



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE DERECHO

---

---

DIVISIÓN DE UNIVERSIDAD ABIERTA Y  
EDUCACIÓN A DISTANCIA

**“SOBRE-REGULACIÓN E INAPLICABILIDAD  
NORMATIVA EN EL SECTOR SALUD”**

**T E S I S**

**QUE PARA OPTAR POREL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN DERECHO  
P R E S E N T A  
GUSTAVO SAMUEL AGUIRRE SOSA**

ASESOR: MTRO. RICARDO ROJAS ARÉVALO



MÉXICO, D.F.

2012



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE DERECHO  
SEMINARIO DE DERECHO CIVIL

OFICIO INTERNO: SEMCIV 05/2012  
ASUNTO: Aprobación de Tesis

**DR. ISIDRO ÁVILA MARTÍNEZ,  
DIRECTOR GENERAL DE LA  
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR DE LA U.N.A.M.,  
P R E S E N T E .**

El alumno, **AGUIRRE SOSA GUSTAVO SAMUEL**, quien tiene el número de cuenta **07834776-8**, elaboró en este Seminario bajo la asesoría y responsabilidad del Lic. **Ricardo Rojas Arévalo**, la tesis denominada "**SOBRE-REGULACIÓN E INAPLICABILIDAD NORMATIVA EN EL SECTOR SALUD**", y que consta de **140** fojas útiles.

La tesis de referencia, en mi opinión, satisface los requisitos reglamentarios respectivos, por lo que con apoyo en la fracción VIII del artículo 10 del Reglamento para el funcionamiento de los Seminarios de esta Facultad de Derecho, se otorga la aprobación correspondiente y se autoriza su presentación al jurado recepcional en los términos del Reglamento de Exámenes Profesionales de esta Universidad.

El interesado deberá iniciar el trámite para su titulación dentro de los seis meses siguientes (contados de día a día) a aquél en que le sea entregado el presente oficio, en el entendido de que transcurrido dicho lapso sin haberlo hecho, caducará la autorización que ahora se le concede para someter su tesis a examen profesional. Dicha autorización no podrá otorgarse nuevamente, sino en el caso de que el trabajo recepcional conserve su actualidad y siempre que la oportuna iniciación del trámite para la celebración del examen, haya sido impedida por circunstancia grave, todo lo cual calificará la Secretaría General de esta Facultad.

Reciba un cordial saludo.

**"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"**  
Cd. Universitaria, D. F. a 23 de enero del 2012.

**DRA. MA. LEOBA CASTAÑEDA RIVAS**  
Directora del Seminario

SEMESTRE DE  
SEMINARIO DE  
DERECHO CIVIL

México, DF a 15 de Agosto de 2011

**Dra. María Leoba Castañeda Rivas**

**Directora del Seminario de Derecho Civil**

**Facultad de Derecho**

**Presente.**

Estimada Dra. Castañeda:

El que suscribe hace constar que revisé el trabajo de Tesis "SOBRE-REGULACIÓN E INAPLICABILIDAD NORMATIVA EN EL SECTOR SALUD" que sustenta el alumno Gustavo Samuel Aguirre Sosa y el cuál apruebo, por lo que estoy de acuerdo se presente en el seminario para su revisión y, si así se considera, otorgamiento del oficio de aprobación de Tesis Profesional y continuar con los trámites necesarios para la Titulación.

Sin otro particular, quedo a sus órdenes.

Atentamente

Mtro. Ricardo Rojas Arévalo



c.c.p. Dra. Alma de los Ángeles Rios Ruiz

Quiero agradecer...

--A Dios, porque me enseñó el camino y  
me dio el valor para seguirlo

--A mi padre Gustavo, quién supo guiar mis pasos e  
inculcó el amor a mi Universidad.

-- A mi esposa Mariela, porque sin su gran apoyo y  
amor no hubiera logrado la culminación de mis estudios.

-- A mis hijas Karla, Alejandra y Mariana,  
que son la razón de mi vida.

-- A mi Madre y Abuelo,  
que se me adelantaron en el camino.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
-------------------	---

### CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1. DEFINICIONES Y CONCEPTOS.....	8
----------------------------------	---

#### 2. ESTADO Y SALUD.

2.1 La salud, bien jurídico tutelado por el Estado.....	22
---	----

2.2 El Derecho Sanitario en México.....	24
---	----

2.2.1 Clasificación del Derecho Sanitario dentro de la Ciencia del Derecho.....	25
---	----

2.3 Concepto de enfermedad.....	25
---------------------------------	----

3. LA SALUD DESDE EL PUNTO DE VISTA BIOPsicISOCIAL.....	26
---	----

4. EL MÉDICO COMO PRESTADOR DE SERVICIOS PROFESIONALES Y COMO SERVIDOR PÚBLICO.	
---	--

4.1 ¿Qué es el Acto Médico?.....	27
----------------------------------	----

4.2 <i>Lex artis</i> , directriz de la Profesión Médica.....	28
--	----

4.3 Bioética. Su vinculación con el Derecho.....	29
--	----

4.4 ¿Qué se entiende por Atención Médica?.....	31
--	----

4.5	La Atención Médica como Contrato y Acto de Comercio.....	31
4.6	La Atención Médica como parte del Plan Nacional de Salud.	33
5.	RESPONSABILIDADES EN LAS QUE PUEDE INCURRIR EL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.	
5.1	Responsabilidad Administrativa.....	34
5.2	Responsabilidad Civil.....	34
5.3	Responsabilidad Penal.....	35
6.	MEDIOS ALTERNOS PARA LA SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	
6.1	¿Qué es y en qué consiste el Arbitraje?.....	41
6.2	Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).....	42

## CAPÍTULO II. MARCO HISTÓRICO.

1.	DESARROLLO DE LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO.....	46
1.1	La Salud en el México Colonial.....	46
1.2	México Independiente y revolucionario.....	49
1.3	Derecho a la Protección de la Salud.....	55
1.4	Plan Nacional de Salud 2007 – 2012.....	59

### CAPÍTULO III. MARCO LEGAL

1.	LEYES, REGLAMENTOS Y NORMAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD.	63
2.	TRATADOS INTERNACIONALES.....	88

### CAPITULO IV. DERECHO COMPARADO

1.	DERECHO COMPARADO.	
1.1	Estados Unidos de América.....	90
1.2	Argentina.....	93
1.3	España.....	95

### CAPÍTULO V. ANÁLISIS DEL PROBLEMA

1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	
1.1	Análisis de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 “Atención a la Mujer durante el Embarazó, el Parto y el Puerperio y del Recién Nacido”.....	97
1.2	Sobre regulación en Materia de Salud.....	124
1.2.1	Inaplicabilidad por exceso de Normatividad.....	124
1.2.2	Desconocimiento legal por parte de los Profesionales de la Salud.....	124
1.2.3	Estándares de Atención en el Sector Salud.....	132

PROPUESTAS.....	133
CONCLUSIONES.....	134
BIBLIOGRAFÍA.....	137



## Introducción

La Medicina y el Derecho, dos ciencias en apariencia tan distantes y sin relación, una perteneciente a las ciencias biológicas, la otra a las ciencias jurídicas, sin embargo, y en virtud de la necesidad del Derecho para regular la vida en sociedad, esta involucrado en cada aspecto de la vida donde se encuentran reunidos un grupo de seres humanos; a pesar de los distintos sistemas jurídicos de cada Estado, siempre existirán las reglas y normas necesarias para una coexistencia pacífica entre los individuos, resolviendo las controversias que surgen entre particulares o entre particulares y el Estado, en ocasiones con fuerza coactiva y violentamente, como es el caso del Derecho Penal.

La práctica médica no es la excepción, por lo tanto necesita ser regulada por el Estado, emitiendo leyes que permitan tener seguridad jurídica a los usuarios de los servicios de salud, así como al personal de esta actividad, sin embargo, el legislador, en su afán (o ignorancia legislativa) de brindar ésta seguridad, en ocasiones sobre-regula, emitiéndose leyes contradictorias, inútiles y al vapor, si a éste problema, ya de por sí grave, aumentamos la emisión de normas oficiales mexicanas, que son de observancia obligatoria, por parte de las entidades estatales con un mínimo de requisitos para el buen desempeño de cierta actividad, veremos que los profesionales de la salud se ven inmersos en una maraña normativa que debe ser cumplida para lograr lo consagrado en nuestra Carta Magna, en el artículo 4º, me refiero al Derecho a la Protección de la Salud y que como garantía constitucional y bien jurídico tutelado por el Estado es uno de los más protegidos y por lo tanto más regulados, encontramos por tanto, una enorme cantidad de preceptos legales sobre la materia.

En este orden de ideas y partiendo del punto de vista del médico como prestador de servicios profesionales, en el ámbito particular y de servidor público, en el ámbito administrativo, tenemos que se tienen estándares de tiempo de atención, resulta contradictorio el esperar el cumplimiento de todas y cada una de las NOM y al mismo tiempo atender a cada uno de los miles de pacientes que diariamente demandan el servicio, no hay que olvidar que también debemos incluir los actos de negligencia, desconocimiento, tanto legal, académico y de la *lex artis*,

que existen, como en todos los ámbitos profesionales, infringiendo daños, lesiones y iatropatogenias en los usuarios.

Así pues, el conjunto de todos estos factores es la causa de la inaplicabilidad de la normatividad existente.

Esto es pues, lo que se tratara de comprobar con el presente trabajo de investigación.

Dentro del capítulo I se plasman las diferencias y conceptos que creo son necesarios para el desarrollo de la investigación, muchos de ellos en base a la terminología médica, lo que nos da luz sobre la importancia del conocimiento médico que debe tener el abogado, cuándo éste ha decidido incursionar en el ámbito del derecho sanitario.

Así mismo se tocan aspectos sobre la obligación del estado en la protección a la salud, el derecho sanitario y su clasificación en la ciencia del derecho y su situación en el país.

Se analiza, así mismo, al ser humano como ente *biopsicosocial*, concepto que en bioética hace comprender los tres aspectos fundamentales en la salud, el físico, la psique y el social.

Me refiero también a la responsabilidad en la que los prestadores de servicios de salud pueden incurrir y las consecuencias de las mismas, al referirme a los preceptos legales que los contienen.

Incluyó, dentro de este capítulo, concepto como el de acto médico, *lex artis* y la bioética. También de gran importancia son los medios alternos en la solución de controversias, o como se les ha llamado en la actualidad, *justicia alternativa* y el órgano rector en este rubro, la CONAMED.

Es evidente que para poder entender nuestro presente y poder dilucidar el futuro es necesario conocer nuestro pasado, motivo por el cuál, el capítulo II versa sobre la historia de la salud y la salubridad pública en nuestro país, haciendo un recorrido por el México colonial, independiente, revolucionario, hasta llegar a nuestros días; aquí omito tocar la época precolombina, en virtud de la poca información con la que se cuenta, debido a la desaparición de códigos que al respecto existían, gracias a los conquistadores españoles y la Iglesia Católica.

Los capítulos III y IV describen el marco legal y una breve semblanza de derecho comparado en el ámbito de la salud, seleccionando a los Estados Unidos de América como representante del derecho anglosajón, y de la sociedad consumista del norte, donde todo es negocio, no escapando la salud a ésta forma de vida, Argentina como parte del derecho latinoamericano y uno de los países de sudamerica con mayor desarrollo y, por último, España, por su amplio desarrollo y conocimiento en el terreno del derecho sanitario.

Por último se hace el planteamiento del problema, centro de la investigación, en lo que se refiere a la atención materno – infantil y los problemas que nuestro país presenta, ya que por desconocimiento por parte de los médicos y auxiliares en el terreno legal, o por las malas condiciones de infraestructura hospitalaria, así como por la gran cantidad de usuarios que, evidentemente, rebasa a las instituciones.

La investigación se realiza revisando bibliografía y doctrina en el terreno del derecho, encontrando que sobre este tema es poca, en realidad, lo que encontramos en nuestro país, encontrando que la mayoría de la bibliografía es de origen europeo, así mismo se analiza la legislación mexicana, encontrando que es extensa y poco práctica para el conocimiento de los profesionales de la salud, lo que lleva a problemas legales para éstos y deficiente restauración y/o prevención para los usuarios; también hago referencia a documentos electrónicos, haciendo uso de la herramienta de internet que involucran aspectos de derecho a la protección a la salud.

Las conclusiones y propuestas están pensadas en que se cumplan cabalmente los principios bioéticos y del programa nacional de salud, simplificar el aprendizaje legal de los futuros médicos y la capacitación de los que actualmente ejercen esta noble profesión en el ámbito del derecho sanitario.

## CAPITULO I Marco Teórico Conceptual

**La investigación de las enfermedades ha avanzado tanto que cada vez es más difícil encontrar a alguien que este completamente sano**

**Aldous Huxley**

### 1. Definiciones y conceptos

Para los fines de este trabajo se entiende por:

1.- *Aborto*. El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española lo define como:

Interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocadas. Puede constituir eventualmente un delito.<sup>1</sup>

De acuerdo con el Código Penal Federal, en su artículo 329, lo define como:

Artículo 329.- Aborto es la muerte del producto de la concepción en *cualquier momento de la preñez*.

Conforme al artículo 144 del Código Penal para el Distrito Federal, es:

Artículo 144. Aborto es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación.

Para los efectos de este Código, el embarazo es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio.

Es importante hacer notar que dependiendo de la entidad federativa, o de si estamos en el ámbito local o federal, cambia el concepto de aborto en cuanto al cual nos referimos, en virtud del tiempo en que se considera un delito o no. Así, mientras en la legislación penal federal se considera aborto a la interrupción del embarazo en cualquier etapa de la gravidez, en el ámbito local del Distrito Federal es un delito sólo después de la doceava semana de gestación; aquí, desde luego, es de considerar también los aspectos morales y éticos, así como la situación económica y social, que llevan a una persona a tomar la decisión de terminar con

---

<sup>1</sup> Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. Vigésima Segunda Edición, [http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=aborto](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=aborto)

un embarazo, constituya esto o no, un delito. Sin embargo, esta reforma al código penal es completamente constitucional, en virtud que la ALDF que ésta tiene facultades constitucionales para legislar al respecto, por otro lado, la reforma citada forma de reavivar los preceptos de la carta magna de 1917. Para Jorge Carpizo<sup>2</sup> los argumentos por los cuales se respeta la Constitución, en lo que respecta a los derechos fundamentales son:

1. Dicha reforma respeta y fortalece los derechos fundamentales de igualdad en general y a no ser discriminado, consagrados en el artículo 1° constitucional.
2. La reforma respeta y fortalece los derechos fundamentales señalados en los dos primeros párrafos del artículo 4° constitucional, toda vez que describe la igualdad entre el varón y la mujer, así como el derecho de decidir el número y espaciamiento de los hijos.
3. La reforma es congruente con el párrafo tercero del mismo artículo, toda vez que toda persona tiene derecho a la protección a la salud.
4. Dicha reforma respeta íntegramente el derecho fundamental de la exacta aplicación de la ley penal, que se encuentra incluido en el artículo 14 constitucional.
5. La reforma no viola los artículos 6° y 24 constitucionales en lo relativo a la objeción de conciencia.
6. Se respetan los derechos contenidos en el artículo 123 con respecto a la maternidad.

Desde luego, si el estado de gestación pone en peligro la vida de la madre o por consecuencia de una patología, estado físico o accidente deriva en la pérdida del producto, no es posible la imputación de delito. Como se verá más adelante, estas causas propician un número importante de decesos en nonatos en nuestro país.

2.- *Acto Médico*: José Caballero lo define como “*Conjunto de acciones que recibe el usuario o paciente en los servicios de salud, las cuales tienen como*

---

<sup>2</sup> Carpizo, Jorge y Valadés, Diego, *Derechos humanos, aborto y eutanasia*, 2da. Ed., México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2010, p 16

*objeto la recuperación del paciente y son realizadas por un profesional de la salud*<sup>3</sup>

Este concepto está íntimamente ligado al concepto de *consentimiento informado*, donde el paciente o usuario de los servicios de salud tiene el derecho a ser informado, de forma clara y sencilla, de los tratamientos, ya sean estos quirúrgicos, de rehabilitación o medicamentosos, que se llevarán a cabo, así como de las diferentes opciones, si es que estas existen, dejando al paciente la elección y otorgamiento del su consentimiento para llevarlos a efecto. Así también es menester mencionar el concepto de *libertad prescriptiva* que los médicos tienen y que debe estar basado en la *lex artis*, concepto que se describirá con mayor detalle más adelante.

3.- *Arbitraje*: La búsqueda de la solución de controversias por medios no judiciales ha dado como resultado que en casi todas las ramas del derecho se recurra a ésta figura con el propósito de no llegar a largos, agotadores y nada económicos procesos. Así las partes someten, por voluntad, al arbitrio de un tercero el asunto y éste, da al final una resolución, siempre buscando justicia y equidad. Luz Ma. Reyna Carrillo Fabela lo describe como:

Es la resolución dictada por un tercero, que resulta obligatoria en virtud del previo compromiso, asumido con las formalidades debidas, por las partes interesadas. El arbitraje es una institución de amplio arraigo como medio para alcanzar la solución de los conflictos sociales.

El árbitro estudia el asunto y da su opinión, da la solución del conflicto, que recibe la denominación de laudo, el cual, no posee fuerza ejecutiva por si mismo, por lo cual su ejecución sólo podrá lograrse acudiendo a un juez que la ordene. El laudo equivale a la sentencia definitiva pronunciada en el juez en el proceso jurisdiccional. En realidad el arbitraje es una institución útil, pues en la mayoría de los casos es una forma rápida y fácil de solución de conflictos, frente a los

---

<sup>3</sup> Vide Casa Madrid Mata, Octavio. *El acto médico y el derecho sanitario*. Memoria del Noveno Simposio CONAMED. Revista CONAMED. Vol. 10, No. 1, enero-marzo, 2005.

procesos jurisdiccionales establecidos por el Estado, los cuales frecuentemente son lentos, difíciles y costosos.<sup>4</sup>

La solución de controversias por medios no judiciales son en realidad una de las formas más adecuadas para resolver conflictos, logrando así mismo una importante economía procesal, ahorrando tiempo a las partes involucradas y evitando largos y costosos procesos.

4.- *Atención Médica*: La Ley General de Salud, en los artículos 32 y 33, la define como el conjunto de acciones y servicios que se brindan a un individuo con el fin de proteger, promover y restaurar la salud, así mismo la divide en las siguientes actividades:

1. Preventiva
2. Curativa
3. De Rehabilitación
4. Paliativa

Es importante señalar que la Atención Médica, además debe incluir, puntos muy importantes, como la amabilidad en el trato, el respeto a la autonomía del paciente y nunca perder de vista la ética que debe acompañar a ésta profesión siempre.

5.- *Bioética*: Palabra acuñada en 1970 por el cirujano oncólogo Van Rensselaer Potter y se entiende como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la salud, a la luz de los principios de la ética, incluyendo la consideración del entorno ecológico, demográfico y ambiental.<sup>5</sup>

En el año de 2002, la Secretaría de Salud, por medio de su titular, Dr. Julio Frenk Mora y atendiendo a éste concepto, publica el Código de Bioética, el cual pretende ser una guía para todos los prestadores de servicios de salud, que norme su conducta e influya el reforzamiento de los valores morales y el respeto a

---

<sup>4</sup> Carrillo Fabela, Luz Ma. Reyna, *La responsabilidad profesional del médico en México*, Ed. Porrúa, México 2005, p 224.

<sup>5</sup> Gracia, D, *Fundamentación y enseñanza de la Bioética*. El Búho, Santa Fe de Bogotá, D.C., 1998, p. 11-12

los Derechos Humanos de los pacientes y sus familiares, todo esto como parte del Programa Nacional de Salud 2001 – 2006, el cual creo necesario transcribir los preceptos más importantes para efecto del presente trabajo, el cual debería ser del conocimiento de toda la población y, principalmente por médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y toda persona relacionada con la prestación de servicios de salud:

## CAPITULO I

### PRINCIPIOS BASICOS

1.- Toda persona tiene, en principio, derecho a la protección de su salud. Los habitantes de la República Mexicana y los mexicanos que habiten en el extranjero deben gozar de este mismo derecho. El personal de salud está obligado a buscar los medios para que se cumplan los deberes de equidad y justicia, paradigma prioritario de la Bioética.

En éste primer artículo encontramos nuevamente el principio constitucional de la protección a la salud, extendiendo el mismo a los compatriotas en el extranjero, no obstante la dificultad que esto entraña cuando en países como los Estados Unidos de América se emiten leyes claramente racistas y discriminatorias en varios de sus estados. Así mismo se hace referencia a dos de los principios de la bioética, la justicia y la equidad, dos conceptos que posteriormente se verán con mayor detenimiento, sin embargo, estos tienen especial importancia en las políticas de gobierno de la actual administración, buscando la cobertura universal de salud.

2.- Las acciones de atención a la salud proporcionadas por el personal profesional y técnico deben ser aplicadas en beneficio de la población en un marco científico y humanitario.

En el precepto que antecede apreciamos otro de los principios de la bioética, que es el de *beneficencia*, podemos entender respecto a éste, que el personal de salud está obligado a siempre trabajar y buscar el beneficio para el *usuario*, dentro de los preceptos que ya se comentaron, que son las acciones preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas de la salud.

3.- El personal de salud debe atender a todos los que demanden sus servicios sin distinción de edad, sexo, nacionalidad, religión, ideología política, posición socio-económica; sin escatimar tiempo, ni espacio, respetando siempre la dignidad y derechos humanos.



Por este concepto apreciamos lo que en el artículo 1° de nuestra Carta Magna dispone, por lo que respecta a la igualdad, equidad y no a la discriminación.

4.- El personal de salud tiene el compromiso de salvaguardar el prestigio de las profesiones que participen en las actividades de la atención médica, con atributos de honradez, capacidad y eficiencia.

Tradicionalmente, el médico ha sido uno de los miembros más importantes y respetados de nuestra sociedad, por otro lado, con la gran cantidad de preceptos legales en este rubro, la mayor de las ocasiones el trabajador de la salud queda en estado de indefensión por desconocimiento de las mismas, esto debido, en gran parte y como se intentara demostrar, por la gran cantidad de normas jurídicas existentes, que hacen poco más que imposible, que sean acatadas, lo que nos lleva a quejas y demandas, e irremediablemente al fenómeno de la *medicina defensiva*.

5.- Es necesario afirmar que el respeto a la dignidad humana se basa en el principio fundamental de que los seres humanos poseen igual valor.

Lo anterior nos da luz sobre el concepto del *consentimiento informado*, que se basa en la idea que el hombre, como ser racional, puede comprender y elegir el tratamiento propuesto por su médico, y así dar su consentimiento en sentido positivo o negativo, atendiendo así a su dignidad como ser humano racional.

De acuerdo a éste primer capítulo, se atiende a los principios bioéticos, base de la medicina moderna.

## CAPITULO II.

### CONDUCTA BIOETICA EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

6.- La población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante.

7.- El personal de salud tiene la obligación de participar en el ámbito de su competencia en actividades que contribuyan al beneficio de la salud de la comunidad, así como en la atención médica en casos de emergencia y desastres.

8.- La actitud del equipo de salud debe mantener e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y personal que los asiste, puesto que el humanitarismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación.

9.- Las instituciones de salud, conforme con sus posibilidades, deberán asignar a cada médico u otros prestadores de servicios el número adecuado de personas de

acuerdo con la complejidad de su atención de salud, considerando que la sobrecarga de trabajo y la fatiga son poco propicias para otorgar servicios de alta calidad.

De los cuatro artículos que preceden se desprende, no sólo la aplicación de los principios Bioéticos, sino la necesidad imperante del conocimiento y estudio de los reglamentos de la ley general de salud, sobre todo en lo que respecta a la atención médica y los lineamientos para su prestación.

10.- Con base en las políticas de la Institución y en casos urgentes, si el paciente es incapaz de tomar una decisión para su diagnóstico y tratamiento y en ausencia de su representante legal, el personal de salud podrá aplicar las medidas que considere pertinentes y sean profesionalmente aceptadas.

Existen situaciones y límites en las que es imposible tener el consentimiento del paciente para la realización de determinados tratamientos o procedimientos, por lo que de acuerdo al criterio del médico y de la Institución, deben realizarse para salvaguardar la integridad y salud del usuario, todo esto apegado a la *lex artis* y a los principios bioéticos. Tales situaciones son:<sup>6</sup>

1. Situaciones de urgencia
2. Pronóstico fatal
3. Información claramente perjudicial para la salud del paciente
4. Renuncia del destinatario

De este último punto es conveniente citar a la Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina “deberá respetarse la voluntad de una persona a no ser informada”.<sup>7</sup>

11.- Es deber de los médicos y de las instituciones de salud realizar el seguimiento de los pacientes durante una enfermedad crónica o aguda y no abandonarlos mientras dure su enfermedad o se rehabilite.

12.- El prestador de servicios de salud tiene la responsabilidad de sus enfermos a los que debe estar dispuesto a atender. Tratará de resolver cualquier diferencia o falta de afinidad con algún paciente, reconociéndole su autonomía, y presentándole alternativas en su tratamiento y, sólo cuando lo amerite por no contar con los medios adecuados, lo derivará a otro colega o nivel para su atención.

Es evidente la referencia que se hace en estos artículos sobre el deber de los prestadores de servicios de salud sobre el deber de no abandonar y prestar

---

<sup>6</sup> Tena Tamayo, Carlos, Manuell Lee, Gabriel y Casa Madrid Mata, Octavio, *Consentimiento válidamente informado*, México, CONAMED, 2004, p 41 y 42

<sup>7</sup> *Convenio sobre derechos humanos y biomedicina*, Art. 10.2, Oviedo, España, p 2

auxilio a quién lo necesite, este concepto es tan importante que incluso, al eludirlo se estará en la comisión de un delito.

Estos son, a mi parecer los artículos más importantes del presente código, sin embargo es necesario hacer notar que debe ser conocido en su totalidad por lo prestadores de servicios de salud.

6.- Constitución. Definida como la norma fundamental de un Estado, la Constitución ocupa el lugar más alto en la pirámide normativa.

Para Ferdinand Lasalle, es la suma de los factores reales de poder que rigen en ese país, debe tener fuerza de Ley, de Ley Fundamental.<sup>8</sup>

Contenidas en nuestra carta magna se encuentran, en los artículos 1° al 29, las garantías individuales y particularmente, en el artículo 4°, se contempla el derecho a la protección a la salud, que es el precepto eje de la presente investigación, en virtud que de él se desprende, como veremos más adelante, una cantidad inmensa de leyes, reglamentos y normas a los que los profesionales de la salud se tienen que ajustar para no incurrir en responsabilidad, ya sea administrativa, civil y/o penal.

7.- Deontología Médica. Con este término se hace referencia a la rama de la Ética cuyo objeto de estudio son los fundamentos del deber y las normas morales. Puede entenderse como el estudio de las obligaciones y los derechos del profesional en el arte de curar.<sup>9</sup>

Así, la deontología es un conjunto de normas morales que deben respetarse en el ejercicio de una profesión. En general, el contenido de los códigos de deontología médica tiene grandes similitudes, estando caracterizados por la división en cuatro grandes capítulos:

- a) Deberes Generales de los Médicos.
- b) Deberes hacia los Enfermos.
- c) Deberes de los Médicos entre sí.

---

<sup>8</sup> Barragán R., José, Contreras Bustamante, Raúl y col., *Teoría de la constitución*, Ed. Porrúa 2° edición, México 2005. p 54

<sup>9</sup> Vargas Alvarado, Eduardo, *Medicina legal*, Ed. Trillas, México 1996. p 367

**d) Deberes con la colectividad.<sup>10</sup>**

Gran parte de este concepto está contenido en el Código de Bioética transcrito anteriormente.

8.- Derecho de Protección a la Salud: Salomón Díaz Alfaro lo conceptualiza como:

“El sistema de normas jurídicas de Derecho Social, que tiene por objeto regular los mecanismos para lograr la protección de la salud como bien supremo del hombre, a través de la delimitación del campo de la actividad gubernamental, social e individual, siendo ésta un elemento de justicia social.”<sup>11</sup>

Este se encuentra consagrado en nuestra Carta Magna, en el artículo 4º, párrafo tercero. Éste rubro es la parte fundamental del presente trabajo, así como toda la normatividad que de él se desprende, siendo tan extensa y poco difundida entre el personal de salud y escuelas de Medicina y Derecho.

9.- Derecho Sanitario: Las relaciones entre Medicina y Derecho clásicamente se han concretado en torno a la Medicina Legal. En la actualidad, la importancia de la legislación sanitaria se hace evidente, por las notables modificaciones normativas producidas en nuestro país en esta materia, que incide de manera trascendental en la toma de decisiones, afectando de manera concreta a la profesión médica, pero también ámbitos tan importantes como la gestión hospitalaria, el seguro y la instauración de políticas sanitarias. Todo ello determina la necesidad de tener un conocimiento detallado de las particularidades que el Derecho Sanitario y la Bioética establecen en nuestra sociedad.<sup>12</sup>

En la actualidad podemos apreciar que existen infinidad de despachos jurídicos especialistas en las distintas ramas del derecho, sin embargo existen solo algunos (y muy escasos) especialistas en el Derecho Sanitario. No podemos

---

<sup>10</sup> Carrillo Fabela, Luz Ma. Reyna, *La responsabilidad profesional del médico en México*, Ed. Porrúa, México 2005, p 224

<sup>11</sup> Díaz Alfaro, Salomón, *Derecho constitucional al derecho a la salud*, Ed. Porrúa, México 1983, p 54

<sup>12</sup> Asociación el defensor del paciente, *Negligencias médicas*, Madrid, España, <http://www.negligenciasmedicas.com/sanitario.html>

dejar a un lado la importancia que esta especialidad reviste, en virtud que engloba y se relaciona con el Derecho Civil, Penal, Administrativo, Constitucional.

No obstante la importancia de esta rama del Derecho, no constituye una especialidad de nuestra facultad, por lo que la mayoría de los abogados la desconocen, por lo que la defensa de médicos y pacientes queda en un estado precario, y que puede ser campo fértil para la aparición de la “Medicina Defensiva”.

10.- Embarazo: Estado de una mujer o cualquier hembra de mamífero, desde la concepción hasta el parto. Su duración es de aproximadamente 280 días en la mujer, contando desde el primer día después de la última menstruación o 267 días aproximadamente desde la concepción.<sup>13</sup>

11.- Expediente Clínico: 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.

Este es el documento más importante para poder resolver, en determinado momento, una controversia, así como para poder determinar la posible responsabilidad médica en. En él debe asentarse cada uno de los procedimientos empleados en el usuario, así como el consentimiento de este para llevarlos a cabo.

En capítulos posteriores veremos el entramado normativo que se tiene que cumplir para poder cubrir este documento en su totalidad, motivo por el cual el profesional de la salud puede incurrir en negligencia.

12.- Jerarquía Normativa: El artículo 133 Constitucional, que a la letra dice: Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los Tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión. Los jueces de cada Estado se arreglarán a dicha Constitución, leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las Constituciones o leyes de los Estados.

---

<sup>13</sup> *Diccionario Enciclopédico de las Ciencias Médicas*, Ed. McGraw Hill. México 1985. Vol. 2, p 449

García Máynez describe esta jerarquización en el siguiente cuadro:<sup>14</sup>

<b>DERECHO FEDERAL</b>	
1.- Constitución Federal	2.- Leyes Federales y Tratados
<b>DERECHO LOCAL</b>	
1.- Leyes ordinarias	Constituciones locales
2.- Leyes reglamentarias	Leyes ordinarias
3.- Normas individualizadas	Leyes reglamentarias
Ámbito espacial de vigencia: DF y zonas a que se refiere el art. 48 constitucional	Leyes municipales
	Normas individualizadas
	Ámbito espacial de vigencia: Estados federados y zonas dependientes de los gobiernos de dichos estados, según el art. 48 constitucional

13.- Ley: Disposición jurídica de carácter general, dictada por el poder legislativo para ordenar las relaciones de los hombres dentro de un Estado.<sup>15</sup>

Es decir, precepto establecido en el que se manda o prohíbe algo, su incumplimiento trae aparejada una sanción. Tiene las siguientes características:

- a) Son generales
- b) Son obligatorias
- c) Son permanentes
- d) Son abstractas e impersonales
- e) Se reputan conocidas

14.- Norma: Para Villoro Toranzo, una norma es una orden general, dada por quién tiene autoridad, para regular la conducta de otros.<sup>16</sup>

15.- Norma Mexicana: La Ley Federal Sobre Metrología y Normalización, en el artículo 3º, fracción X, define a la Norma Mexicana como:

**ARTÍCULO 3o.-** Para los efectos de esta Ley, se entenderá por:

<sup>14</sup> García Máynez, Eduardo, *Introducción al estudio del derecho*, 58ª ed., México, Porrúa, 2005, p 88.

<sup>15</sup> Larousse, *Diccionario enciclopédico*, 2002. Pag. 605

<sup>16</sup> Villoro Toranzo, Miguel, *Introducción al estudio del derecho*, 19 ed., México, Porrúa, 2005. p 465

**X.** Norma mexicana: la que elabore un organismo nacional de normalización, o la Secretaría, en los términos de esta Ley, que prevé para un uso común y repetido reglas, especificaciones, atributos, métodos de prueba, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado.

Estas son de *aplicación voluntaria*, excepto que los particulares manifiesten que sus productos procesos o servicios son conformes con las mismas, lo anterior esta regulado en la Ley arriba mencionada, artículo 51 A.

Con la lectura del artículo anterior se hace notar la gran diferencia entre las Normas Mexicanas y las *Normas Oficiales Mexicanas*, y es que las primeras son de aplicación voluntaria, es decir, sólo aquellos sujetos o empresas que quieran ajustarse a ellas mientras que las segundas son *obligatorias*, por lo que *su desconocimiento no exime de su cumplimiento*, lo que quedara perfectamente claro en el punto siguiente de este trabajo.

16.- Norma Oficial Mexicana: Conforme a la Ley Federal Sobre Metrología y Normalización, en el artículo 3°, descrito en el punto anterior, fracción XI, que a la letra dice:

**XI.** Norma oficial mexicana: 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, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación

En este párrafo del artículo mencionado se hace notar la *obligatoriedad* de las NOM's y la necesidad del conocimiento legal por parte de los prestadores de servicios de salud, en virtud que la no aplicación de ellas irremediablemente lleva a demandas y quejas, con las consecuencias jurídicas que esto implica, derivando en el fenómeno de la medicina defensiva.

17.- Procedimiento: Modo de ejecutar determinadas acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos, que permiten realizar una ocupación o trabajo correctamente.

En el campo jurídico existen, por lo tanto, una serie de procedimientos, que, en conjunto, forman parte del *proceso*, como ejemplo, los procedimientos administrativos, notariales, registrales, etc., aunque también es necesario hacer notar que no todos los procedimientos son parte de un proceso, para lo cual es

evidente diferenciarlos, así para Cipriano Gómez Lara, un procedimiento es procesal cuando:

...se encuentra dentro de un proceso y posee la nota o característica de proyectividad que identifica a los actos procesales. Por tanto, un procedimiento es procesal cuando esta eslabonado con otros, todos ocurridos en el conjunto de actos configurativos del proceso, y que son actos provenientes de las partes, del órgano jurisdiccional y de los terceros ajenos a la relación sustancial, y los cuales se enfocan en un acto final de aplicación de una ley general a un caso concreto controvertido para dirimirlo o resolverlo.<sup>17</sup>

18.- Proceso: Es un conjunto de actividades o eventos que se realizan o suceden con un fin determinado, es decir, es un conjunto de procedimientos.

19.- Reglamento: Felipe Tena Ramírez define al reglamento como:

El reglamento, como la Ley, es una disposición de carácter general y abstracto, sancionado por la fuerza pública; es, pues, un acto objetivamente legislativo, que si se atribuye excepcionalmente al Poder ejecutivo es porque la exacta observancia de la ley requiere la determinación de numerosos detalles, que sólo pueden conocer cabalmente el Poder que tiene a su cargo la ejecución. Además, la Ley, confeccionada por un cuerpo deliberante con el propósito de que rijan permanentemente, no puede acomodarse a las vicisitudes cambiantes de la práctica con la misma elasticidad del reglamento, que es obra de un Poder unitario que no está sujeto a la tramitación dilatada que precede a la expedición de una ley.<sup>18</sup>

Es por esta razón que la mayoría de las leyes tienen reglamentos, los cuales las hacen flexibles para su correcta aplicación, en el caso que nos ocupa, la ley general de salud tiene, a su vez, reglamentos para temas concretos, por ejemplo la atención médica.

20.- Responsabilidad: La voz “responsabilidad” proviene de responder que significa prometer, merecer, pagar. En un sentido más restringido *responsum* significa “el obligado a responder de algo o de alguien”, por lo tanto se puede definir como la obligación de reparar o satisfacer por uno mismo, o en ocasiones especiales por otro, la pérdida causada, el mal inferido o el daño originado.<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> Gómez Lara, Cipriano, *Teoría general del proceso*, 4º reimp., México, Oxford University Press, 2006, p 244

<sup>18</sup> Tena Ramírez, Felipe, *Derecho Constitucional mexicano*, 4º ed, México, Porrúa, México, 1958, p 306

<sup>19</sup> Sánchez Gómez, Narciso. *Primer curso de derecho administrativo*, 2da ed., México, Porrúa, 2000. p 419.



En el campo de la medicina, por la clase de actividad que se desempeña, el médico puede estar sujeto a responsabilidades civiles, penales y administrativas.<sup>20</sup>

Por lo que es indispensable contar con el título profesional respectivo expedido por la autoridad educativa.

21.- Responsabilidad Profesional Médica: La obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios e *involuntarios incluso*, dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión.<sup>21</sup>

El desconocimiento de la legislación existente en este rubro se relaciona con que los profesionales de la salud incurran en responsabilidad, que puede ser administrativa (cuando se trata de profesionales del sector salud), civil y/o penal.

22.- Riesgo: Riesgo es la vulnerabilidad de "bienes jurídicos protegidos" ante un posible o potencial perjuicio o daño.

Aclaración del significado: Cuanto mayor es la vulnerabilidad mayor es el riesgo (e inversamente), pero cuanto más factible es el perjuicio o daño mayor es el peligro (e inversamente). Por tanto, el riesgo se refiere sólo a la teórica "posibilidad de daño" bajo determinadas circunstancias, mientras que el peligro se refiere sólo a la teórica "probabilidad de accidente o patología" bajo determinadas circunstancias, sucesos que son causas directas de daño. Por ejemplo, cuanto mayor es la velocidad de circulación de un vehículo en carretera mayor es el "riesgo de daño", mientras que cuanto mayor es la imprudencia al conducir mayor es el "peligro de accidente" (y también es mayor el riesgo del daño consecuente).

Por consiguiente, el peligro es causa de riesgo o, lo que es equivalente, el riesgo es el efecto último de todas las causas.<sup>22</sup>

23.- Salud: En 1978, la Conferencia Internacional sobre atención primaria a la salud (OMS – UNICEF), la definió como:

---

<sup>20</sup> Carrillo Fabela, Luz Ma. Reyna, *La responsabilidad profesional del médico en México*, México, Porrúa, 2005, p 303

<sup>21</sup> Gisbert, J. A., *Medicina legal y toxicología*, pag. 87

<sup>22</sup> <http://es.wikipedia.org/wiki/Riesgo>

“El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; es un derecho fundamental y el logro más alto posible de la misma, es un objetivo social importantísimo en le mundo”<sup>23</sup>

Este concepto de la OMS es muy interesante en virtud que alude al bienestar mental, lo cual nos vincula inmediatamente con el concepto de responsabilidad civil del médico en lo que concierne al daño moral causado por mala praxis, impericia, negligencia o mala prestación del servicio

24.- Seguridad Social: El Dr. Álvaro Castro define a la Seguridad Social como el conjunto de disposiciones legales y reglamentarias que contemplan, ordenan y determinan las modalidades, cuantías y duración en la concesión de determinadas prestaciones que se pueden agrupar bajo comunes denominadores en virtud de las características particulares que las homogeneizan.<sup>24</sup>

25.- Sistema Nacional de Salud: Artículo 5 LGS. El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

26.- Tratado: La Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, publicado en el DOF el 14 de febrero de 1975, en su artículo 2º, inciso a) dice:

**Términos empleados.** 1. Para los efectos de la presente Convención:

a) se entiende por "tratado" un acuerdo internacional celebrado por escrito entre Estados y regido por el derecho internacional, ya conste en un instrumento único o en dos o más instrumentos conexos y *cualquiera que sea su denominación particular.*

## 2. Estado y salud

### 2.1 La salud, bien jurídico tutelado por el Estado.

¿Qué es un bien jurídico tutelado por el Estado? Es aquel, que por su importancia, el Estado protege con el fin de evitar que se lesione la esfera jurídica

---

<sup>23</sup> Moctezuma Barragán, Gonzalo, *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*, México, UNAM Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2000, p 5

<sup>24</sup> *Ibidem* p 7

del individuo y la sociedad en su conjunto, manteniendo de este modo el orden social. Ejemplos de estos son: la vida, la libertad, *la salud*, etc.

Así pues, nuestra Constitución contempla, en el artículo 4º, la protección de este derecho tan importante para la vida de los individuos y para el desarrollo óptimo del país.

Esto lo podemos comprobar al consultar el Plan Nacional de Salud 2007 – 2012, donde el Gobierno Federal ratifica la responsabilidad del Estado en la tutela de este derecho:

Dentro de los principales retos en el Plan Nacional de Salud 2007-2012 que el Gobierno Federal tiene, es el alcanzar a toda la población en lo que a protección a la salud se refiere, evitar el empobrecimiento por motivos de salud y lograr la excelencia en atención y servicio médico.

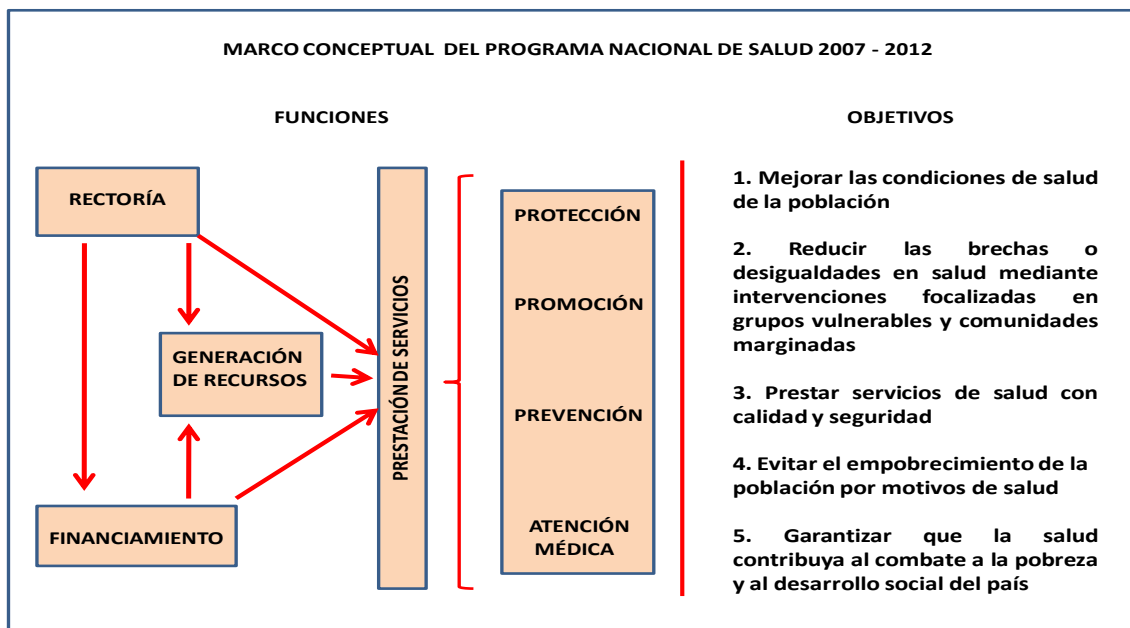
Para poder alcanzar estas metas, el Plan contempla las directrices que a continuación se describen:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población;
2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas;
3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad;
4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud; y
5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.<sup>25</sup>

Lo anterior nos da luz sobre la amplitud de este concepto y el gran campo que abarca, pues no solo se refiere a la salud individual de la población, sino a la salud pública y colectiva, de ahí el concepto de la OMS de ver a la salud como un aspecto *biopsicosocial* en la vida del Estado.

---

<sup>25</sup> Programa Nacional de Salud 2007-2012, México, Secretaría de salud, 2007, p 18



26

## 2.2 El derecho sanitario en México

Las relaciones entre Medicina y Derecho clásicamente se han concretado en torno a la Medicina Legal. En la actualidad, la importancia de la legislación sanitaria se hace evidente, por las notables modificaciones normativas producidas en nuestro país en esta materia, que incide de manera trascendental en la toma de decisiones, afectando de manera concreta a la profesión médica, pero también ámbitos tan importantes como la gestión hospitalaria, el seguro y la instauración de políticas sanitarias. Todo ello determina la necesidad de tener un conocimiento detallado de las particularidades que el Derecho Sanitario y la Bioética establecen en nuestra sociedad.<sup>27</sup>

Es evidente la necesidad de nuestro país de ponerse a la vanguardia en lo que a la materia de Derecho Sanitario corresponde, siendo tarea de médicos y abogados el estudio de la solución de controversias, cada vez mayor, entre los primeros y sus pacientes. Por su parte corresponde al Estado mexicano simplificar el cumplimiento normativo para el cabal desarrollo de la relación

<sup>26</sup> *Idem*

<sup>27</sup> *op. cit.* 12

médico-paciente para poder llegar a la excelencia en la atención y servicio, tanto en instituciones públicas como en la práctica privada, por su parte, las instituciones educativas tiene el deber de dotar a sus alumnos con los conocimientos básicos de medicina legal, entendiendo ésta no sólo como aquella rama de la medicina encargada de las prácticas forenses, en *latu sensu*, toda aquel hecho o acto que se relacione con aspectos legales de la práctica de la medicina y que siendo estrictos, es todo.

### **2.2.1 Clasificación del Derecho Sanitario dentro de la Ciencia del Derecho.**

La dificultad para clasificar esta rama del Derecho dentro de las ciencias jurídicas, radica en la influencia que este tiene en los tres grandes troncos de esta, es decir, tiene gran dependencia del Derecho Público en virtud de la obligación del Estado de proteger este bien, así como por la prestación del servicio que se hace a través de las Instituciones gubernamentales destinadas para tal efecto.

Tiene, a su vez, penetración en el Derecho Privado, toda vez que el profesional de la salud puede prestar sus servicios profesionales de forma particular, a través de un contrato de prestación de servicios profesionales.

Por otro lado, y dado su inalienable forma de garantía individual consagrada en nuestra Carta Magna y ser a su vez un triunfo de la lucha social de los pueblos, la mejor manera de clasificarlo es, sin temor a equivocarme, dentro del Derecho Social.

**2.3 Concepto de enfermedad.** El Diccionario de la Lengua Española lo define como: *“Alteración más o menos grave de la salud”*<sup>28</sup>

Aunque esta definición es ambigua, podemos sacar de ella una más completa y comprensible y que sea más acorde con la finalidad de la presente investigación, así propongo la siguiente:

“Alteración de la homeostasis del individuo o de la comunidad debida a agentes internos o externos, biológicos, físicos o químicos, que atacan y rompen el frágil equilibrio que mantiene sano, tanto al individuo como a la sociedad”

---

<sup>28</sup> *op. cit.* 1

### 3. La salud desde el punto de vista biopsicosocial.

Un ser como el hombre, en virtud de su capacidad de razonar y su afinidad de formar grupos sociales, no puede ser visto como un ente aislado, a pesar de lo particular de cada individuo. Es por esto que tiene que conceptuarse como un ser biopsicosocial:

- a) Biológico: Porqué no puede desligarse de su esencia como ser vivo.
- b) Psicológico: Por su sistema nervioso altamente desarrollado, capaz de evolucionar y permitirle, a través de la inteligencia y otras características, propias solo de los humanos, como los sentimientos, etc., adaptarse al mundo y modificarlo de acuerdo a sus necesidades.
- c) Social: Porqué el hombre es, en esencia, una criatura gregaria y cuya especie no puede subsistir separados del resto.

Aristóteles define al hombre como un animal social (*Zoon politikon*), por consecuencia su afinidad a establecer grupos sociales. Es necesario entender que el hombre, como ente biológico, necesita cubrir las necesidades más básicas, como alimentarse, reproducirse, etc., así mismo, la psique forma parte importante del ser humano, tanto en su comportamiento individual, como en sociedad, lo que nos da luz sobre la importancia de éste rubro en la Salud Pública.

El paradigma que conceptúa el hombre como un ente bio-psico-social inmerso en sus circunstancias de equilibrio inestable entre salud y enfermedad ha derivado en una valoración mayor del estado de salud el bienestar. Reconocido como derecho inalienable de toda persona identificada por tanto como:

- Aplicación del postulado de justicia distributiva.
- Necesidad de crear condicionantes que promuevan la salud tales como:
  - Alimentación adecuada
  - Prevención de enfermedades.
  - Saneamiento ambiental.

Por su alto costo o deficiencias organizativas no se alcanzan ni en los países desarrollados. La justicia distributiva que pretende igualdad de derecho de la salud y a la atención médica para toda persona en el postulado que rebasa la labor médica obliga a enmarcar los problemas de salud como un bien social.

De esta forma, comprender al ser humano, con la complejidad que esto implica, podemos entender que lo afecta y modifica su estado de salud, no sólo los agentes patológicos físicos, químicos o biológicos externos e internos, sino también los factores que pueden afectar su psique y, yendo más lejos, la salud social, donde es influenciado por el medio que lo rodea y los grupos de individuos, es decir, los distintos grupos culturales, étnicos y raciales.

#### **4. El médico como prestador de servicios profesionales y como servidor público**

##### **4.1 ¿Qué es el Acto Médico?**

Como ya se definió, es la acción ejercida por un profesional de la salud dirigida hacia un usuario o paciente con fines preventivos, curativos o rehabilitatorios con el fin de mantener un estado biopsicosocial saludable y con ello mantener el Derecho a la protección de la salud.

Este puede ser ejercido no solamente por médicos, sino por todo trabajador del sector salud, como odontólogos, técnicos, residentes médicos, etc. y es el núcleo fundamental de la relación médico – paciente y origen de los conflictos y controversias entre los usuarios y los profesionales de la salud.

Debe estar siempre documentado -expediente clínico y dentro de este el consentimiento del paciente- y apegado a los criterios y procedimientos científicos universalmente aprobados (*Lex artis*), así como cumplir con los estándares de calidad y amabilidad en el servicio, punto que, como se verá posteriormente, en la mayoría de las ocasiones no es posible cumplir en virtud de la cantidad de usuarios que rebasan al sistema de salud nacional.

Este concepto nos da luz sobre la necesidad de regular toda acción en este ámbito profesional y su vinculación con el Derecho y las probables responsabilidades que deriven de un mal ejercicio, atendiendo en todo momento a la libertad prescriptiva, siempre en beneficio del paciente y, en general, ajustándose a las siguientes características:

- 1.- La profesionalidad. Que se refiere a que siempre debe ser realizado por personal debidamente entrenado.

2.- La ejecución típica estandarizada. Esto es, que el personal de salud debe ajustarse a los principios de la *lex artis*, o sea a las prácticas que se han tenido por válidas en la literatura médica aceptada.

3.- Su finalidad lícita. Igual a la protección de la salud.

4.- La licitud. Conforme a la Ley, a la *lex artis* y con el consentimiento del paciente o de su representante legal debidamente requisitado.

5.- La no formalidad. Entiéndase como la no necesaria forma escrita para la prestación del servicio médico, sin olvidar que todas las acciones derivadas de este acto deberán estar registradas en el expediente clínico (NOM-168-SSA1-1998).

Fernando Guzmán Mora, Presidente de la Federación Médica Colombiana asevera que:

“Todo acto médico, es un acto jurídico o un hecho jurídico; lo que equivale a decir que de todo acto médico se derivan consecuencias en el ámbito del Derecho.”<sup>29</sup>

Éstas derivan en responsabilidad para el médico

#### **4.2 *Lex artis*, directriz de la Profesión Médica**

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

---

<sup>29</sup> [http://www.medspain.com/ant/n10\\_mar00/Actomed.htm](http://www.medspain.com/ant/n10_mar00/Actomed.htm)



enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria -, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

En concordancia a lo anterior, el artículo 9º del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, señala:

*La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.*

Por su parte, el artículo 2º del Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, expresa a la letra:

*PRINCIPIOS CIENTIFICOS DE LA PRÁCTICA MEDICA (LEX ARTIS MEDICA).-El conjunto de reglas para el ejercicio médico contenidas en la literatura universalmente aceptada, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo;*

*PRINCIPIOS ÉTICOS DE LA PRÁCTICA MEDICA.-El conjunto de reglas bioéticas y deontológicas universalmente aceptadas para la atención médica;*

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.<sup>30</sup>

#### **4.3 Bioética. Su vinculación con el Derecho**

Si en tendemos que el campo de trabajo de la profesión médica afecta a otros en varios de los derechos más importantes consagrados en nuestra carta magna, como son la vida y la salud, podemos entender su estrecha vinculación con el derecho, esto nos da luz sobre la importancia que tienen los principios bioéticos como directrices que deben ser seguidas por los profesionales de la

---

<sup>30</sup> [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/lex\\_artis.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/lex_artis.pdf)

salud, no solo como protección de los usuarios de los servicios médicos, sino como protección de ellos mismos, esto se verá con mayor claridad al enlistarlos y analizar cada uno de ellos.<sup>31</sup>

Principios de la Bioética:

- 1 Principio de Autonomía.** Se refiere al derecho que tienen los usuarios al decidir y aceptar los procedimientos y tratamientos propuestos por el médico para la prevención o restauración de su salud, basado, en primera instancia, en el hecho de entender al ser humano como un ser racional y con la capacidad de comprender dichos procedimientos y tratamientos, así mismo el profesional de la salud debe entender que no todos tienen la suficiente preparación académica por lo que es necesario dar las explicaciones lo más claro posible en un lenguaje comprensible para los no médicos, atendiendo así a la obligación del consentimiento informado y la transparencia en la información, advirtiendo de los riesgos y posibles desventajas, así como los efectos secundarios que puedan aparecer.
- 2 Principio de Beneficencia.** Todas las acciones tomadas por los profesionales de la salud deben estar encaminadas a la realización del bien y la obligación jurídica de estos de no causar daño alguno. Es aquí donde apreciamos la vinculación jurídica de los médicos con sus pacientes, ya que moral y normativamente, éstos están obligados a buscar siempre el mayor beneficio para los usuarios de los servicios de salud.
- 3 Principio de no – maleficencia.** *Primum non nocere* es el principal enunciado de éste principio, es decir, siempre se debe buscar el bien y, por lo tanto, atiende al principio básico de la medicina, el cual encontramos dentro del juramento hipocrático, que contiene de forma clara y contundente la obligación de no causar daño.

Matizar los principios de no-maleficencia y de beneficencia es muy importante. El primero obliga, de manera ineludible, a no dañar, mientras que el segundo exige del médico desplegar su mejor esfuerzo profesional sin oponer ninguna excusa o pretexto. Así mismo, es importante dejar en

---

<sup>31</sup> <http://www.unla.edu.mx/iusnla25/reflexion/principiosbioeticos.htm>

claro que el principio de no-maleficencia carece de vinculación directa con el consentimiento informado. Este último reside en informar previamente al paciente de los riesgos y posibles consecuencias que pueda traer el método terapéutico a realizar.<sup>32</sup>

**4 Principio de Justicia.** Este está fundamentado en las obligaciones éticas y morales que garanticen que las investigaciones y tratamientos en el ámbito de la medicina, son siempre en pos de lograr beneficios, y no solo en el concepto Justiniano de “dar a cada quién lo suyo”, o sea el concepto de justicia distributiva.

#### **4.4 ¿Qué se entiende por Atención Médica?**

Es la correcta aplicación de los conocimientos adquiridos por el médico en beneficio de la salud de sus pacientes, siempre buscando la seguridad y el menor riesgo posible para éste y atendiendo a los principios fundamentales que rigen este concepto:

- a) De beneficencia
- b) De equidad
- c) De autonomía
- d) De confidencialidad
- e) De respeto a la dignidad
- f) De solidaridad
- g) De honestidad
- h) De justicia

#### **4.5 La Atención Médica como Contrato y Acto de Comercio**

Éste punto se refiere en especial a la Atención Médica Privada, en virtud que para que pueda ser considerado un acto de comercio, es necesario que se haga un contrato de Prestación de Servicios Profesionales y sea requerida una remuneración económica como pago de éste servicio, sin embargo, el Código de Comercio no menciona nada sobre el Acto Médico como Acto de Comercio no así la Ley General de Salud, que en el artículo 38, a la letra dice:

---

<sup>32</sup> <http://www.unla.edu.mx/iusunla25/reflexion/principios%20bioeticos.htm>

Artículo 38.- Son servicios de salud privados los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles.

En materia de tarifas, se aplicará lo dispuesto en el Artículo 43 de esta Ley.

Estos servicios pueden ser contratados directamente por los usuarios o a través de sistemas de seguros, individuales o colectivos.<sup>33</sup>

Veamos ahora el artículo 43 al cual nos remite éste ordenamiento en el artículo anterior:

Artículo 43.- Los servicios de salud de carácter social y privado, con excepción del servicio personal independiente, estarán sujetos a las tarifas que establezca la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, oyendo la opinión de la Secretaría de Salud.<sup>34</sup>

Como podemos apreciar en el artículo citado, inclusive se encuentran reguladas las tarifas a cobrar por el uso de éste servicio, aunque es importante hacer un análisis y desentrañar el significado de “Servicio Personal Independiente”, ya que podría referirse a que los médicos y prestadores de Servicio de Salud en general, que den o vendan sus servicio en forma personal, es decir en consultorio o clínica, tengan carta abierta para establecer sus propias tarifas y en ocasiones llegar al abuso, aunque este tema no será contemplado en el presente trabajo por tratarse debido a que quedaría fuera de contexto con respecto al tema central del mismo.

También creo necesario mencionar lo que el Código Civil Federal describe sobre lo que es y los alcances del Contrato de Servicios Profesionales:

El artículo 2606 de éste ordenamiento nos da luz sobre lo que puede cobrar un profesional en este sentido:

Artículo 2606. El que presta y el que recibe los servicios profesionales pueden fijar, de común acuerdo, retribución debida por ellos. Cuando se trate de profesionistas que estuvieren sindicalizados, se observarán las disposiciones relativas establecidas en el respectivo contrato colectivo de trabajo.<sup>35</sup>

Como se observa, si se tiene carta abierta para establecer el precio de los servicios que se presten y cada parte se obliga como parezca que quiso obligarse, por tanto, aunque en la realidad, lo que mejor describe lo que de facto sucede es interpretando el siguiente artículo del mismo Código y que a continuación cito:

Artículo 2607. Cuando no hubiere habido convenio, los honorarios se regularán atendiendo juntamente a las costumbre del lugar, a la importancia de los trabajos prestados, a la del asunto o caso en que se prestaren, a las facultades pecuniarias del que recibe el servicio y a la reputación profesional que tenga adquirida el que lo

---

<sup>33</sup> *Ley General de Salud*. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

<sup>34</sup> *Idem*

<sup>35</sup> <http://pg.dofiscal.com/nxt/onlinepg/index.html#>

ha prestado. Si los servicios prestados estuvieren regulados por arancel, éste servirá de norma para fijar el importe de los honorarios reclamados.<sup>36</sup>

Ahora bien, dentro de éste capítulo del Código Civil Federal, el artículo 2615 describe las obligaciones del que presta un servicio profesional:

Artículo 2615. El que preste servicios profesionales, sólo es responsable, hacia las personas a quienes sirve, por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de las penas que merezca en caso de delito.<sup>37</sup>

Podemos apreciar que la aplicabilidad de este contrato al tema que nos ocupa confirma la teoría que se trata de un acto de comercio, en virtud que el Código de Comercio, de forma supletoria, nos remite a la legislación civil cuando éste no contemple el problema planteado.

Según el Plan Nacional de Salud 2007-2012, los servicios profesionales médicos independientes son aquellos que dan servicio en clínicas, consultorios y hospitales.

#### **4.6 La Atención Médica como parte del Plan Nacional de Salud.**

El Gobierno Federal, encabezado por el C. Presidente de la República y en coordinación con el Dr. José Ángel Córdoba Villalobos, Secretario de Salud , al presentar el Plan Nacional de Salud 2007-2012, ha hecho especial énfasis en 5 rubros que, como plantea en la exposición de motivos, llevarán al país a lograr la universalidad de los servicios de salud, logrando así quitar grandes rezagos discriminatorios llevando los servicios a toda la población sin interesar credos políticos, religiosos, preferencias sexuales, edad y género, logrando de ésta forma, avances importantes en materia de salud pública, a través de atención médica de calidad, con calidez e información. Estos rubros a los que se refiere son:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población.
2. Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y *seguridad para los pacientes*.
3. Reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.
4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.

---

<sup>36</sup> *Idem*

<sup>37</sup> *Idem*

5. Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en México.

Así pues, la intención del Plan Nacional de Salud es lograr altos estándares en la atención y servicio, sin embargo, y como veremos, ante la ignorancia legislativa, en combinación con la impericia y en ocasiones el dolo, la deteriorada relación médico-paciente, irremediablemente llevan a prácticas de medicina defensiva

## **5. Responsabilidades en las que puede incurrir el médico en el ejercicio de su profesión.**

### **5.1 Responsabilidad Administrativa**

Ésta se exige a todos los servidores públicos por los actos u omisiones que afecten la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deben observar en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones; en tales condiciones, el incumplimiento de tales deberes, le legislación respectiva previene la aplicación de sanciones por desviaciones hacia la arbitrariedad, la ilegalidad, la parcialidad o la injusticia.<sup>38</sup>

El profesional de la salud que desempeña su actividad en este sector del Estado es, por lo tanto un servidor público, y como tal tiene el deber de realizar su trabajo, cargo o comisión con estricto apego a las leyes y reglamentos existentes para los trabajadores del gobierno y tiene las obligaciones y derechos de cualquier servidor público, así como se hace acreedor de las penas y sanciones respectivas.

### **5.2 Responsabilidad Civil**

Para Ignacio Galindo Gárfias, esta no tiene carácter reparatorio sino un acusado aspecto de compensación que en su cuantificación pecuniaria debe ser libremente apreciado por el juez, teniendo en cuenta la naturaleza del daño causado, las circunstancias y la posición económica y social del agente del daño.

La expresión *daño moral*, se refiere a las lesiones causadas injustamente a una persona en sus derechos no patrimoniales, por ello mismo da lugar al pago de

---

<sup>38</sup> *op. cit.* 19 p 429

una indemnización compensatoria, exigible en dinero e impuesta por el agente del daño por razones de equidad.<sup>39</sup>

El artículo 2117 del CCDF dice: La responsabilidad civil puede ser regulada por convenio de las partes, salvo aquellos casos en que la ley disponga expresamente otra cosa.

Por otra parte el artículo 1161, fracción IV nos da a conocer la prescripción para emprender una acción por algún daño:

Artículo 1161. Prescriben en dos años:

IV. La responsabilidad civil por injurias ya sean hechas de palabra o por escrito, y la que nace del daño causado por personas o animales, y que la ley impone al representante de aquéllas o al dueño de éstos.

La prescripción comienza a correr desde el día en que se recibió o fue conocida la injuria o desde aquel en que se causó el daño.

### **5.3 Responsabilidad Penal**

La responsabilidad penal nace exclusivamente para quien ha cometido el delito, entendiéndose por tal, a quien ha cabido en alguna de las formas de intervención punible (sancionable) previstas por la ley.

Dentro del derecho penal, para que una conducta sea punible debe reunir requisitos como son *la tipicidad, la antijuricidad y la culpabilidad*, y a su vez, estos pueden cometerse por acción o por omisión, para efectos del presente trabajo haremos una breve descripción de los tres primeros conceptos.

La *tipicidad* es la descripción legal que se hace de una conducta delictiva, para García Ramírez, consiste en:

...la adecuación del comportamiento (la conducta o el hecho) a un tipo penal. La integración del comportamiento en un supuesto de la norma penal, deriva del principio de legalidad, que reconocen los párrafos segundo y tercero del artículo 14 de la constitución, e implícitamente el artículo 7 del código penal federal.<sup>40</sup>

El segundo concepto, la *antijuricidad*, es lo contrario a derecho, Amuchategui Requena describe en su libro derecho penal lo siguiente:

---

<sup>39</sup> Galindo Garfias, Ignacio, *Derecho civil*, 24° ed, México, Porrúa, 2005, p 331

<sup>40</sup> García Ramírez, Sergio, *Derecho penal*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 1990, p 56

Cualquier tipo penal que se encuentra previsto en un código o *ley especial* es considerado delito en atención a diversas consideraciones, pero fundamentalmente al criterio que indica que dicho actuar se aparta de lo establecido por el derecho, destruyendo o poniendo en peligro un bien jurídico que previamente la norma legal tutela.<sup>41</sup>

Por lo que cualquier conducta que se afecte el bien jurídico *salud*, se aparta del derecho y por tanto, constituye un delito.

Ahora analizaremos el concepto de *culpabilidad*, de vital importancia, en virtud que la mayoría de las conductas realizadas por un médico, son siempre tratando de buscar un beneficio a su paciente, por lo que en pocas ocasiones podremos hablar de *dolo*.

Esta se describe como ...la relación directa que existe entre la voluntad y el conocimiento del hecho con la conducta realizada.<sup>42</sup>

La culpabilidad se deriva en dos elementos, el *dolo* y la *culpa*, el primero es cuando el sujeto activo del delito lleva a cabo la conducta con pleno conocimiento del daño y resultado de ésta, mientras que la culpa es cuando se da el resultado típico sin la intención, ya sea por imprudencia o falta de pericia del sujeto activo, sin embargo, este pudo evitarlo y prevenirlo. De ahí que cuando un médico, por imprudencia, impericia o *desconocimiento de la legislación*, causa un daño, estará cometiendo un delito culposo.

Las reglas de responsabilidad recaen sobre los profesionistas sin distinción y sobre sus auxiliares y sobre los artistas o técnicos y sus auxiliares, por los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión. La sustancia de esas reglas es, en primer lugar, *la adición de la pena de suspensión temporal o definitiva del ejercicio profesional* a la comunidad para el delito consumado, doloso o culposo, de que se trate y, en segundo lugar, la obligación de reparar el daño que se hubiere ocasionado.

---

<sup>41</sup> Amuchategui Requena, Griselda, *Derecho penal*, 3ra ed., México, Oxford University Press, 2005, p 73

<sup>42</sup> *Idem* 41, p 91



Para el derecho procesal penal, la *averiguación previa* se inicia cuando la víctima o el ofendido hacen del conocimiento del agente del ministerio público, la verificación de determinados hechos que pueden ser constitutivos de delitos perseguibles de oficio (o por excepción) perseguibles a petición de parte ofendida. (artículo 16 constitucional).<sup>43</sup>

Los delitos en los que puede incurrir el profesional de la salud están descritos en 1) Código Penal Federal, 2) Código Penal para el DF, 3) Ley General de Salud:

1) Código Penal Federal

**Artículo 8º.** Las acciones u omisiones delictivas solamente pueden realizarse dolosa o culposamente.

**Artículo 9º.** Obra dolosamente el que, conociendo los elementos del tipo penal, o previendo como posible el resultado típico, quiere o acepta la realización del hecho descrito por la ley, y obra culposamente el que produce el resultado típico, que no previó siendo previsible o previó confiando en que no se produciría, en virtud de la violación a un deber de cuidado, que debía y podía observar según las circunstancias y condiciones personales.

*En los artículos que anteceden de éste ordenamiento, se describen las dos alternativas para incurrir en un delito y que son de manera dolosa y culposa, es razonable pensar que en los casos de responsabilidad penal de los profesionales de la salud, la inmensa mayoría será del orden culposo, esto en razón que casi en su totalidad, las quejas que se presentan son por negligencia o impericia del trabajador de la salud, por lo que no se buscaba, de forma consiente el resultado típico o no se previó y evaluó correctamente el riesgo.*

A continuación se describen los delitos que contempla éste mismo ordenamiento y en los que puede incurrir el trabajador de la salud en el desempeño de su actividad.

En primer lugar describiré los delitos contemplados en los códigos penales federal y para el DF, para después abocarme a los delitos especiales incluidos en la Ley General de Salud.

TITULO DECIMO NOVENO  
Delitos contra la vida y la integridad corporal.  
Capítulo I

---

<sup>43</sup><http://mx.geocities.com/colegiooaxaquenoanestesiologos/penal.html>

## Lesiones

Artículo 288. Bajo el nombre de lesión, se comprende no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deja huella material en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa.

Con este argumento, es posible notar que, en virtud de que se encuadra en este delito a cualquier alteración de la salud y a cualquier daño que deje huella material en el cuerpo, es posible deducir que estas alteraciones pueden ser consecuencia de una mala *praxis* de la medicina, como puede ser el haber sido sometido a tratamientos o cirugías en las que, es posible que no se haya obtenido el consentimiento del paciente o, en su defecto, no se explico correctamente los procedimientos y los posible beneficios así como las complicaciones, o bien si se informo adecuadamente, pero la impericia del profesional de la salud dio como resultado la lesión.

## Capítulo II

### Homicidio

*Artículo 302.- Comete el delito de homicidio: el que priva de la vida a otro.*

Artículo 303.- Para la aplicación de las sanciones que correspondan al que infrinja el artículo anterior, no se tendrá como mortal una lesión, sino cuando se verifiquen las tres circunstancias siguientes:

I.- Que la muerte se deba a las alteraciones causadas por la lesión en el órgano u órganos interesados, alguna de sus consecuencias inmediatas o alguna complicación determinada inevitablemente por la misma lesión y que no pudo combatirse, ya sea por ser incurable, ya por no tenerse al alcance los recursos necesarios.

III.- Que si se encuentra el cadáver del occiso, declaren dos peritos después de hacer la autopsia, cuando ésta sea necesaria, que la lesión fue mortal, sujetándose para ello a las reglas contenidas en este artículo, en los dos siguientes y en el Código de Procedimientos Penales.

Cuando el cadáver no se encuentre, o por otro motivo no se haga la autopsia, bastará que los peritos, en vista de los datos que obren en la causa, declaren que la muerte fue resultado de las lesiones inferidas.

La simpleza de éste artículo no da mucho campo al análisis, “el que prive de la vida a otro”, y como vemos está íntimamente ligado con el delito de lesión, y con la probable responsabilidad del médico, ya que éste al provocar lesiones en su paciente y éstas tener como consecuencia la muerte del mismo, se encuadra perfectamente en el tipo penal del delito de homicidio, como se observa en el artículo 303, fracción primera.

## Capítulo IV

### Aborto

Artículo 329. Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

Artículo 331. Si el aborto lo causare un médico, cirujano, comadrón o partera, además de las sanciones que le correspondan conforme al artículo 330, se le suspenderá de dos a cinco años en el ejercicio de su profesión.

En lo referente a este delito, es menester hacer notar la diferencia que existe entre éste código y el propio del DF, ya que para lo que nos ocupa, dependiendo del modo, lugar y circunstancia, puede o no ser causa de responsabilidad para el trabajador de la salud, si nos apegamos al presente ordenamiento, el hecho ilícito se presenta en cualquier momento de la preñez, por lo que si se lleva a cabo la acción descrita en cualquier nosocomio de jurisdicción federal, estaremos cayendo en el supuesto descrito en los anteriores artículos, aunque estos se encuentren en territorio del Distrito Federal.

## 2) Código Penal para el Distrito Federal

### TÍTULO VIGÉSIMO SEGUNDO

#### DELITOS COMETIDOS EN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN

##### CAPÍTULO III

##### ABANDONO, NEGACIÓN Y PRÁCTICA INDEBIDA DEL SERVICIO MÉDICO

ARTÍCULO 324. Se impondrán prisión de uno a cuatro años, de cien a trescientos días multa y suspensión para ejercer la profesión, por un tiempo igual al de la pena de prisión, al médico en ejercicio que:

I. Estando en presencia de un lesionado o habiendo sido requerido para atender a éste, no lo atienda o no solicite el auxilio a la institución adecuada; o

II. Se niegue a prestar asistencia a un enfermo cuando éste corra peligro de muerte o de una enfermedad o daño más grave y, por las circunstancias del caso, no pueda recurrir a otro médico ni a un servicio de salud.

ARTÍCULO 325. Al médico que habiéndose hecho cargo de la atención de un lesionado, deje de prestar el tratamiento sin dar aviso inmediato a la autoridad competente, o no cumpla con las obligaciones que le impone la legislación de la materia, se le impondrán de uno a cuatro años de prisión y de cien a trescientos días multa.

ARTÍCULO 326. Se impondrá de dos a seis años de prisión y de doscientos a cuatrocientos días multa al médico que:

I. Realice una operación quirúrgica innecesaria;

II. Simule la práctica de una intervención quirúrgica; o

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

##### CAPÍTULO V

##### SUMINISTRO DE MEDICINAS NOCIVAS O INAPROPIADAS

ARTÍCULO 328. Al médico o enfermera que suministre un medicamento evidentemente inapropiado en perjuicio de la salud del paciente, se le impondrán de seis meses a tres años de prisión, de cincuenta a trescientos días multa y suspensión para ejercer la profesión u oficio por un lapso igual al de la pena de prisión impuesta.

ARTÍCULO 329. A los encargados, empleados o dependientes de una farmacia, que al surtir una receta sustituyan la medicina específicamente señalada por otra que ponga en peligro la salud o cause daño, o sea evidentemente inapropiada al padecimiento para el que se prescribió, se les impondrán seis meses a dos años de prisión y de cincuenta a doscientos días multa.

Todos los artículos anteriores están íntimamente relacionados con los principios bioéticos que ya se han mencionado y que aluden a la calidez y calidad

del servicio, así como el compromiso cumplir con el principio de beneficencia y no maleficencia.

Ahora enumero los delitos especiales y los artículos relacionados con este trabajo, en los cuales puede incurrir el profesional de la salud, estos se encuentran regulados en la Ley General de Salud.

Artículo 455.- Al que sin autorización de las autoridades sanitarias competentes o contraviniendo los términos en que ésta haya sido concedida, importe, *posea, aísle, cultive, transporte, almacene o en general realice actos con agentes patógenos* o sus vectores, cuando éstos sean de alta peligrosidad para la salud de las personas, de acuerdo con las normas oficiales mexicanas emitidas por la Secretaría de Salud, se le aplicará de uno a ocho años de prisión y multa equivalente de cien a dos mil días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate.

Este precepto es importante porque alude a norma técnica para la información epidemiológica publicada en el DOF (diario oficial de la federación) el día 7 de julio de 1986, así como las normas oficiales mexicanas aplicables al control epidemiológico, así como con la norma oficial mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica.

El artículo 456 de la ley general de salud alude al delito de introducir, transportar, elaborar o almacenar productos tóxicos que puedan poner en riesgo la salud de la población.

Artículo 458.- A quien sin la autorización correspondiente, utilice fuentes de radiaciones que ocasionen o puedan ocasionar daños a la salud de las personas, se le aplicará de uno a ocho años de prisión y multa equivalente de cien a dos mil días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate.

La cita anterior es importante en virtud de la gran utilización de fuentes de radiación en el rubro de la salud, debiendo cumplir estos con lo estipulado en la norma oficial mexicana NOM-002-SSA2-1993, para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria del servicio de radioterapia. Esta es aplicable sobre todo a los establecimientos (laboratorios) y hospitales que dan este tipo de servicio.

Artículo 459.- Al que por cualquier medio pretenda sacar o saque del territorio nacional sangre humana, sin permiso de la Secretaría de Salud, se le impondrá prisión de uno a diez años y multa por el equivalente de cien a quinientos días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate.

Si el responsable es un profesional, técnico auxiliar de las disciplinas para la salud, a la pena anterior se añadirá suspensión en el ejercicio de su profesión u oficio hasta por cuatro años.

La norma oficial mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes para fines terapéuticos, establece todos los

procedimientos para poder trabajar con este tejido, en virtud de los peligros que para la salud pública implica un mal manejo de sangre.

Artículo 469.- Al profesional, técnico o auxiliar de la atención médica que sin causa justificada se niegue a prestar asistencia a una persona, en caso de notoria urgencia, poniendo en peligro su vida, se le impondrá de seis meses a cinco años de prisión y multa de cinco a ciento veinticinco días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate y suspensión para ejercer la profesión hasta por dos años. Si se produjere daño por la falta de intervención, podrá imponerse, además, suspensión definitiva para el ejercicio profesional, a juicio de la autoridad judicial.

Lo que hace referencia el artículo anterior, está relacionado con lo comentado en el código penal, en lo referente al abandono de un enfermo o la negativa a prestar el servicio, sin embargo en la realidad y tratándose de uno de los rubros que tienen mayor relevancia en el programa nacional de salud, como es la salud materno infantil, las futuras madres son reiteradamente rechazadas y enviadas a otras instituciones, cuando, ya en trabajo de parto, llegan solicitando el servicio.

Artículo 470.- Siempre que en la comisión de cualquiera de los delitos previstos en este capítulo, participe un servidor público que preste sus servicios en establecimientos de salud de cualquier dependencia o entidad pública y actúe en ejercicio o con motivo de sus funciones, además de las penas a que se haga acreedor por dicha comisión y sin perjuicio de lo dispuesto en otras leyes, se le destituirá del cargo, empleo o comisión y se le inhabilitará para ocupar otro similar hasta por un tanto igual a la pena de prisión impuesta, a juicio de la autoridad judicial.

En caso de reincidencia la inhabilitación podrá ser definitiva.

Con independencia de la responsabilidad administrativa y las sanciones que en esta materia sea acreedor el profesional de la salud.

Después de observar la gran cantidad de legislación existente en el ámbito penal por lo que a la protección a la salud se refiere, es fácil inferir la importancia que para el Estado tiene este rubro.

## **6. Medios alternos en la solución de controversias.**

### **6.1 ¿Qué es y en qué consiste el arbitraje?**

Es la resolución dictada por un tercero, que resulta obligatoria en virtud del previo compromiso, asumido con las formalidades debidas, por las partes interesadas. El arbitraje es una institución de amplio arraigo como medio para alcanzar la solución de los conflictos sociales.

El árbitro estudia el asunto y da su opinión, da la solución del conflicto, que recibe la denominación de laudo, el cual, no posee fuerza ejecutiva por si mismo, por lo cual su ejecución sólo podrá lograrse acudiendo a un juez que la ordene. El

laudo equivale a la sentencia definitiva pronunciada en el juez en el proceso jurisdiccional. En realidad el arbitraje es una institución útil, pues en la mayoría de los casos es una forma rápida y fácil de solución de conflictos, frente a los procesos jurisdiccionales establecidos por el Estado, los cuales frecuentemente son lentos, difíciles y costosos.<sup>44</sup>

La solución de controversias por medios no judiciales son en realidad una de las formas más adecuadas para resolver conflictos, logrando así mismo una importante economía procesal, ahorrando tiempo a las partes involucradas y evitando largos y costosos procesos.

En la materia que nos atañe, el órgano encargado de solucionar controversias en el ámbito de la salud es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)

## **6.2 Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)**

Así como México fue pionero en elevar a rango constitucional el derecho a la protección a la salud, también es pionero en proponer un modelo de arbitraje para solución de los conflictos relacionados con los profesionales de la salud, de ésta forma, el Dr. Juan Ramón de la Fuente encarga a un equipo de expertos la creación de dicho modelo.

Creada por decreto presidencial del Lic. Ernesto Zedillo Ponce de León con fecha 3 de Junio de 1996, del cual cito la exposición de motivos:

Ernesto Zedillo Ponce de León, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio que me confiere la fracción I del artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y con fundamento en los artículos 2º, 17, 31, 37 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 2º, 3º, 13 inciso A), 23, 34, 40, 45, 48, 54, 58 y 416 al 425 de la Ley General de Salud, y...

### **CONSIDERANDO**

Que el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 plantea el mejorar la calidad de los servicios médicos a través de la reestructuración de las instituciones, así como atender las legítimas demandas de los usuarios para que los servicios operen con mayor calidad y eficiencia;

Ya desde el sexenio del Dr. Zedillo se aprecia la importancia que el Estado da a la salud, lo cual es lógico en virtud que un pueblo sano tiene como consecuencia mayor productividad y menor gasto público, con la tendencia de largo plazo de tener más medicina preventiva que curativa, además de atender a lo descrito en el artículo 4º constitucional.

---

<sup>44</sup> *op. cit.* 20 p 224.

Ya en sexenios posteriores, específicamente durante la administración de presidente Fox, se instituye el seguro popular, tratando de dar cobertura universal a la población mexicana, además de dar equidad y justicia al derecho a la salud.

Que los mexicanos reciben servicios médicos en los que participan instituciones públicas y privadas, así como profesionales de la salud que ejercen libremente su actividad, con el objeto común de proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes del país;

Que en las actuales circunstancias resulta necesario que la población cuente con mecanismos que, sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales en la solución de conflictos, contribuyan a tutelar el derecho a la protección a la salud, así como mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos;

Logrando con ello una importante economía procesal, toda vez que el la mayoría de las controversias que se dirimen en éste órgano, se llega a una conciliación sin tener que recurrir a una instancia jurisdiccional, como ejemplo las estadísticas siguientes de la CONAMED de 2010 de quejas recibidas y concluidas:

**Quejas concluidas por modalidad  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico  
2010**

	Modalidad	Total
<b>Total</b>		<b>1671</b>
<b>Conciliación</b>		<b>852</b>
Aclaración aceptada		505
Desistimiento de la acción		10
Transacción		337
<b>Laudo</b>		<b>42</b>
Absolutorio		16
Condenatorio		26
<b>No conciliación bajo audiencia</b>		<b>473</b>
<b>Propuesta de arreglo en amigable composición</b>		<b>0</b>
<b>Falta de interés procesal</b>		<b>296</b>
<b>Sobreseimiento</b>		<b>8</b>

Improcedencia	1
Improcedencia por falta de materia conciliatoria	2
Improcedencia por prescripción	1
Por fallecimiento del usuario o del prestador de servicios de salud	3
Por falta de legitimación procesal	1
<b>Enviado a otra Comisión de Arbitraje Médico</b>	<b>0</b>

Fuente: Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

Que para lograr tal objetivo, es pertinente contar con un órgano al cual puedan acudir los usuarios y prestadores de servicios médicos para dilucidar, en forma amigable y de buena fe, posibles conflictos derivados de la prestación de dichos servicios, con lo cual se contribuirá a evitar grandes cargas de trabajo para los órganos jurisdiccionales, sin sustituirlos;

Que de igual manera, es indispensable que esa instancia especializada, garantice a los usuarios y prestadores de servicios médicos, la imparcialidad en el análisis, dictamen y resolución de las controversias que conozca, y;

Que la creación de un órgano administrativo con autonomía técnica para recibir quejas, investigar las presuntas irregularidades en la prestación o negativa de prestación de servicios médicos y emitir sus opiniones, acuerdos y laudos, responde a los legítimos reclamos de los actores de la relación que genera la prestación de servicios médicos.<sup>45</sup>

A partir de entonces y durante 15 años, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), con el modelo de arbitraje creado en México, ha recibido y resuelto miles de quejas y controversias mediante formas de solución y conciliación no judiciales, y no sólo ha sido importante en este aspecto, sino que, en colaboración con diversas casas de estudio, entre ellas nuestra querida Universidad, ha contribuido a la academia y la investigación en diversos campos, en el que destaca el jurídico, el interés por la relación médico – paciente, evitar la mala praxis médica y, en la medida de lo posible, la medicina defensiva, fenómeno sumamente dañino sobre todo para el usuario de los servicios de salud.

Atención de controversias por instancias no especializadas. Desahogo inoportuno y burocrático de los trámites. Injusticia en los pronunciamientos jurídicos. Deformación en los trámites, merced a lo cual se venía dando un cariz penal a situaciones jurídicas que sólo debían ser atendidas bajo el ángulo del derecho civil (cumplimiento contractual o de seguridad social y en su caso, fijación

---

<sup>45</sup> [http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/decreto\\_creacion.pdf](http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/decreto_creacion.pdf)



de obligaciones patrimoniales) o desde el punto de vista del derecho sanitario (cumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y normas).

Entronización de la desconfianza en los servicios médicos. Ruptura en la relación médico paciente. Denigración de los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud.

El panorama descrito anunciaba el fantasma de la medicina defensiva y los ineludibles estragos observados en otros países, por tanto, era menester una respuesta social asertiva del Estado Mexicano, la cual no podría sino inscribirse en el ámbito del derecho sanitario.

## **CAPÍTULO II. Marco histórico.**

**“La salud y la felicidad no pueden ser valores absolutos  
y permanentes, por cuidadosa que sea  
la planificación social y médica”**

**René Dubos**

### **1. Desarrollo de la salud pública en México.**

Éste capítulo comienza con la época colonial, no porque la etapa precolombina no sea importante, sino que la mayoría de los códigos fueron hechos quemar por el clero evangelizador, donde inclusive intervino el culto Fray Juan de Zumárraga quemando textos profanos.<sup>46</sup>

También tenemos las descripciones que dejaron los conquistadores en sus narraciones y crónicas, como las de Hernán Cortés, Bernal Díaz del Castillo y otros más, además de los descubrimientos arqueológicos, que nos dan luz sobre el modo de vida, costumbres, legislación y organización social y económica de los pueblos americanos antes de la llegada de los españoles.

Sin embargo, podemos ver buena parte de ésta derecho en las comunidades indígenas que aún existen en nuestro país, con un derecho consuetudinario donde la legislación no encuentra cabida, en virtud que siguen rigiéndose con sus usos y costumbres, que como ya se comento, son reminiscencias del derecho que prevaleció en el México precolombino.

#### **1.1 La Salud en el México Colonial**

Desde la figura de la encomienda, donde se abolió la esclavitud y el indio pagaba un modesto tributo al encomendero, éste trataba de sacarle el mayor provecho, en virtud que después de 4 generaciones dejaba de existir esta figura, quedando los indios como vasallos de la Corona Española y por lo tanto el tema de la salud poco les importaba, a pesar del interés económico que en la península se tenía de las Américas, tan ligado al tema de la salud, en virtud que el indio representaba mano de obra barata, y por la costumbre ya encarnada en los

---

<sup>46</sup> Margadant S., Guillermo F., *Introducción a la historia del derecho mexicano*, 6° ed., México, Esfinge, 1984, p 26

naturales americanos de otorgar o pagar tributo a los mismos conquistadores americanos, no representaba ningún obstáculo para que estos rindieran sus pagos a los españoles que los tenían a su cargo en la encomienda, y que los tributos requeridos eran de menor cuantía que los que se pagaban a los pueblo conquistadores antes de la llegada de los europeos.

Dentro de los ordenamientos jurídicos que prevalecieron durante la época colonial podemos mencionar los siguientes:

Las Leyes de Indias. En si mayoría no se aplicaron y trataron a los naturales como niños, con un abrazo paternalista (que prevalece hasta nuestros días en los gobiernos actuales), imposibilitando a los nuestros de madurar como pueblo y obligándolos a depender de los europeos.

Fue hasta finales del periodo colonial, cuando se realizaron un conjunto de acciones destinadas a mejorar la salud y el bienestar de los habitantes de la Nueva España.

Se emitieron 52 Cédulas Reales para la Nueva España durante el periodo de 1797 a 1813, las cuales sirven como referencia para conocer el interés de la Corona en política sanitaria.

El paternalismo ya descrito en el trato paternalista de los Españoles hacia los indígenas queda de manifiesto en la Real Cédula de 1803, en ella se anula la propuesta para crear un hospicio de españoles pobres en Mérida, ya que se mantendría gracias a los beneficios obtenidos del comercio de los pueblos de indios de la provincia.<sup>47</sup>

Existe un grupo de 11 cédulas que muestra el interés de la corona en la administración sanitaria, se emiten órdenes que mandan poner al día, así como erradicar errores e inspeccionar los hospitales existentes.

A partir de 1798, año en que se notifica la creación del Real Establecimiento del Monte Pío de Cirujanos, se suceden las órdenes respecto a este organismo creado para proteger a las viudas, hijos y madres del cuerpo médico del ejército al cuál pertenecían en un principio tantos médicos como cirujanos. Sin embargo,

---

<sup>47</sup> AGN, *Reales Cédulas Originales*, 8 de noviembre, 1808, v. 190, exp. 120, f. 300-301v.

como preámbulo a la separación de ambas facultades, se ordenó en 1801 que los médicos se desligaran de aquella institución.<sup>48</sup>

Uno de los azotes que diezmaron a la población indígena – o naturales de México – durante la Conquista y después en la vida colonial, es sin duda, la Viruela, motivo por el cual y atendiendo a la epidemia acontecida en el año de 1797, la mayoría de las resoluciones se refieren a ella.

Durante esta época el principal encargado de la administración de la salud pública era el Ayuntamiento, autorizado a emitir ordenanzas y administrar los distintos ramos de la obra pública, como la limpieza de las calles, el abasto de agua, etc. Todo se lograba por conducto de la junta de policía, formada por el corregidor, nueve regidores, un alguacil y un escribano.

La Iglesia, por su parte, tenía bajo su administración los hospitales de la Ciudad de México, así como el mantenimiento de los cementerios, normalmente ubicados en el atrio de las iglesias.

Las deficiencias de la ciudad en cuanto a salud y belleza en esta época, se reflejan en los ordenamientos del Virrey Revillagigedo con la intención de corregirlas, implementando una serie de medidas destinadas a salvaguardar la salud y pulcritud de la ciudad, como, por ejemplo, prohibir a los dueños de vacas y cerdos el dejarlos libres por las calles, la recolección de basura y desperdicios humanos, quitar la fuente del zócalo que servía para lavar ropa y bañar niños, así como limpiar carruajes. A las principales empresas de obra pública, prohibió contratar a nadie que no vistiera decentemente, con el fin de evitar a los indios, que lo mismo usaban su ropaje de manta como traje que como ropa de cama.

Así mismo se emitieron varios bandos de los que señalaron los de mayor importancia para la época:

- 1) Abasto de aguas
- 2) Población
- 3) Limpieza de la ciudad
- 4) Empedrado y alumbrado

---

<sup>48</sup> Alba Morales, Patricia, *Nueva época/ Salud problema/*, año 2, num. 3, Universidad Autónoma Metropolitana, diciembre 1997.

- 5) Incendios
- 6) Perros
- 7) Viruela (este último de suma importancia por la experiencia ya adquirida).

Después de lo expuesto, podemos tener un ligero esbozo de lo que la salud significaba en el lapso de tiempo que duro la Colonia, que se dirigía más a proteger los intereses económicos de la Corona y la Iglesia, que realmente proteger la salud y bienestar de la población, no obstante, es claro que son las bases de lo que posteriormente veremos en el marco constitucional, como derecho a la protección de la salud.

## **1.2 México Independiente y revolucionario**

Año de 1810 De la beneficencia a la salud pública

Morir joven y enfermo era algo común en el virreinato de la Nueva España.

En términos de salud, el peor dolor de cabeza para la población eran las epidemias, sobre todo de viruela, que se propagaba por la insalubridad. Además, la mayoría de la población no confiaba en los avances de la medicina. Era más común acudir a un curandero o a una partera que a un médico.

Persistía la medicina doméstica. Los hospitales se consideraban insalubres, por lo que en los hogares se brindaba la atención y la recuperación. Predominaba la visión de que se necesitaba la intervención divina y las enfermedades se contagiaban por “golpes de aire”.

Los investigadores que se han ocupado de estudiar la historia de la medicina en México señalan que la primera escuela de medicina que se fundó en la Nueva España estuvo en la Pontificia Universidad de México. La actividad de partera era desempeñada por viudas de clase media baja que encontraban en ese oficio un medio de subsistencia. Además, no había hospitales dedicados a la obstetricia, por lo que los nacimientos se atendían en los domicilios.

Los pocos hospitales que existían se localizaban en las urbes. En la ciudad de México funcionaban, entre otros, los hospitales Real de Naturales, De Jesús, Amor de Dios y San Hipólito.

En 1774 se creó el Hospital General de San Andrés, una de las instituciones modernas y ejemplares de la época. Para los historiadores se trata

de la “última gran empresa hospitalaria de España en América”, sobre todo porque se diseñó siguiendo el modelo de los hospitales europeos, donde la idea de servicio público superaba la doctrina de la caridad que predominaba en los hospitales que funcionaron durante los tres siglos que duró la Colonia.

Tal era la importancia del Hospital de San Andrés, que logró sobrevivir la guerra de Independencia.

Para marzo de 1790, ese nosocomio tenía 39 salas, y podía alojar a poco más de mil enfermos. En ese lugar se atendían todas las enfermedades, excepto sífilis y demencia.

La investigadora Claudia Agostoni<sup>49</sup> señala que el siglo XIX mexicano fue testigo de “la recepción y adaptación de la medicina clínica y experimental europea, y de la creación de los primeros institutos nacionales de investigación médica. Se puede afirmar que entre 1810 y 1910 se transitó del sanitarismo a la salud pública estatal”.

Causa de muerte

Costumbres insalubres

A principios del siglo XIX, las enfermedades más comunes en la Nueva España eran la fiebre amarilla, viruela, sarampión, tifoidea, cólera, tuberculosis y escarlatina. México llegó a su vida independiente asolado por la insalubridad y la propagación de enfermedades epidémicas. La falta de higiene era uno de los principales factores de riesgo. En esos años, el baño no era una actividad cotidiana. La población de clase acomodada usaba harina para retirar la grasa del cabello. Sólo se lavaban las manos, muñecas y cuello. Se pasaban un paño húmedo para retirar el sudor del rostro

Pulque y otros vicios

Emiten bando contra borrachos

El 5 de junio de 1810, la Real Audiencia publicó un bando para regular la venta de bebidas alcohólicas y controlar a los ebrios. En él se señala la urgencia de un reglamento, sobre todo al ver el poco efecto que producían las acciones

---

<sup>49</sup> Agostoni, Claudia. *Salud pública y control social en la Ciudad de México a fines del siglo XIX*. Historia y Grafía. No. 17, 2001, pp 73-97.

para “extinguir el abominable vicio de la embriaguez, raíz fecundísima de muchos crímenes”. La resolución real señalaba que la venta de vinos (exceptuando el pulque) sólo podría realizarse en las vinaterías y no en las tiendas de abarrotes.

Además del pulque, el tabaco también seducía a muchos. Guadalupe Jiménez Codinach, en el libro “México. su tiempo de nacer 1750-1821”, escribe: “Pobres y ricos, hombres y mujeres tenían debilidad por el tabaco... El tabaco de hoja era fumado por todos”.

#### Tiempos de viruela

Una de las mayores crisis sanitarias de la Nueva España se vivió en 1797, cuando se presentó una epidemia de viruela. Entre las prácticas que se ponían en marcha para atacar el brote estaban las cuarentenas y el aislamiento de los enfermos. Estas medidas, sobre todo la segunda, provocaban grandes protestas entre la población. En 1803 se publicó la Real Cédula que anunció una expedición para llevar la vacuna contra la viruela por todo el territorio de la Nueva España.

Guanajuato experimentó, al menos, unas 10 epidemias entre 1750 y 1850. Mientras que en Veracruz y Acapulco los padecimientos más recurrentes eran la malaria y la fiebre amarilla.

#### Año de 1910 El Hospital General:

En los primeros años del siglo XX, México tenía un grave problema de salud por la falta de higiene. En 1903, Luis E. Ruiz, uno de los médicos de mayor prestigio, publicó la Cartilla de Higiene, en la que se podía leer lo siguiente: “La salud es el mayor tesoro que poseemos y los microbios patógenos son los ladrones que pueden robárnosla. Pero la poderosa luz mata a muchos de ellos, el oxígeno puro aniquila a otros...”.

El interés por inculcar en la población prácticas como el baño comenzó a incrementarse a finales del siglo XIX, cuando la bacteriología transformó la percepción del origen y prevención de las enfermedades.

La investigadora Claudia Agostoni señala que periódicos y revistas se encargaron de informar sobre las medidas que podía adoptar la población para “prevenir el deterioro o para restaurar la salud”. Incluso, estas publicaciones se

encargaban de difundir remedios, medicamentos novedosos y “científicamente” garantizados.

Los médicos comenzaron a realizar grandes campañas para divulgar los beneficios de la higiene.

La mayor proporción de médicos diplomados ejercía en las principales urbes, sobre todo en la ciudad de México. Los historiadores han documentado que un médico no recibía más de cuatro pesos diarios por consulta.

Una de las grandes obras que se realizaron durante la dictadura de Porfirio Díaz fue la creación del Hospital General de México, en 1905. “Está montado a la moderna y dotado de un magnífico arsenal quirúrgico”, escribió el italiano Adolfo Dollero cuando visitó el país un año antes de que comenzara la Revolución. La capacidad ordinaria del hospital era de 800 internos, aunque podía alojar hasta mil. Cuando se creó el Hospital General, se cerró el Hospitales de San Andrés, mientras que la Casa de Maternidad e Infancia se convirtió en consultorio central.

Costumbres insalubres

Propagación de males:

La tuberculosis, el tifo, el cólera, la escarlatina y la viruela eran los padecimientos que causaban mayor preocupación debido a que podían adquirir proporciones epidémicas. Aunque también predominaban las diarreas, el catarro y la bronquitis, padecimientos que causaban un número importante de muertes. En febrero de 1910 se dijo que la viruela se extendía por Chiapas “por el desaseo de los indios y, sobre todo, por la renuencia a vacunarse”. La fiebre amarilla (que en 1903 desató una epidemia que mató a 2 mil 783 personas) casi había desaparecido para este año.

Pulque y otros vicios

El reino del pulque:

“La plebe consume una gran cantidad de pulque que la embrutece de manera deplorable”, escribió con asombro el historiador italiano Adolfo Dollero.

Las pulquerías eran muy concurridas. Algunos historiadores han documentado que en la ciudad de México había 946 pulquerías diurnas y 365



nocturnas. El alcoholismo ya era considerado un problema de salud pública. Incluso, durante el porfiriato se realizaron campañas para atacar el alcoholismo.

Beber alcohol era algo común en todas las clases sociales. Algunos cronistas de la época, incluso, manifestaron por escrito su asombro al ver que “algunas madres y nodrizas no tenían empacho en embriagarse durante el tiempo en que amamantaban a sus pequeños hijos”.

#### Tifo en la ciudad

Entre octubre de 1910 y marzo de 1911, varios barrios de la ciudad de México sufrieron las consecuencias de una epidemia de tifo. Entonces se registraron 3 mil 992 enfermos; 18% de ellos fallecieron. El 31 de diciembre de 1910, el titular del Consejo Superior de Salubridad, el doctor Eduardo Liceaga, propuso demoler las casas de vecindad de los barrios “más deplorables” y afectados por las epidemias. En su lugar planteó abrir amplias avenidas, y construir parques y jardines. También proyectó sanear varias colonias, entre ellas Santa Julia, la Romita e Indianilla; aumentar la dotación de agua y completar el drenaje. Sólo se aplicó parte de su proyecto de salud<sup>50</sup>

#### Salud

#### Servicios de medicina preventiva otorgados por SSA (1893-1907)

#### SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA

#### OTORGADOS POR LA SSA 1/

1893-1996

Año	Total	Viruela	Sarampión	D.P.T.	B.C.G	Rabia	Tétanos	Poliomielitis
1893	123 741	-	-	-	-	-	-	-
1895	226 420	-	-	-	-	-	-	-
1900	485 131	-	-	-	-	-	-	-
1903	427 810	-	-	-	-	-	-	-
1907	383 154	-	-	-	-	-	-	-

<sup>51</sup>

Dentro de las primeras acciones que el régimen porfirista, señalaremos la tomada en el año de 1877, cuando se traspasaron los establecimientos que pertenecían a la Junta Directiva de Beneficencia, para ser administrados por la Dirección de Beneficencia Pública.

<sup>50</sup> <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/180310.html>

<sup>51</sup> <http://biblioteca.itam.mx/recursos/ehm.html>

En el año de 1881, se crea la Dirección General de Fondos de Beneficencia Pública integrada a la Secretaría de Gobernación, asignando la responsabilidad de ejecución de programas de beneficencia a los gobiernos locales.

Los antecedentes de las políticas de salud en nuestro país se remontan al porfiriato, cuando el gobierno centralizó las funciones de este rubro en el Consejo Superior de Salud, dependiente del Ministerio del Interior. En el año de 1891 el Congreso Federal legisla en torno al tema de salud e higiene y emite el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.

El 7 de noviembre de 1899, el presidente Díaz decreta la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito Federal y Territorios Federales, originando de ésta forma la constitución de la Junta de Beneficencia Privada, en 1904 se consolida la beneficencia privada con la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito Federal, con lo que se facilitó que las instituciones se allegaran de recursos y aplicación de lo privado hacia la sociedad.

En ese mismo año, la primera dama, la Sra. Carmelita Romero Rubio funda la Casa Amiga de la Obrera, dándose los esbozos de las guarderías para trabajadoras, en virtud que dentro de sus funciones estaban la enseñanza y atención de los hijos de éstas.

En el periodo de 1907 a 1911 se reparten en el distrito Federal los primeros desayunos escolares y vestidos a los niños humildes de 5 escuelas públicas.

El filántropo Don Gabriel Mancera repartía la leche que se necesitaba para los desayunos, más tarde Don Justo Sierra, como Secretario de Instrucción Pública y Bellas Artes y Don Ezequiel A. Chávez, como subsecretario, dieron el impulso para que este beneficio se extendiera a todas las escuelas primarias oficiales del Distrito Federal.

Sin embargo, la idea porfiriana de beneficencia privada y administrada por la aristocracia da un giro radical durante la época revolucionaria, con los postulados de responsabilidad social colectiva, de los pensamientos de justicia social e igualdad de derechos para toda la población, sin importar su estatus

social, cultural y económico, todos estos principios rectores de la Constitución de 1917.<sup>52</sup>

### **1.3 Derecho a la Protección de la Salud.**

En la Constitución de 1917 se había entendido originalmente la idea de protección a la salud asociada con las prestaciones de seguridad social de la clase trabajadora, es decir, no como derecho para todos los mexicanos, sino sólo para los trabajadores y su familia. Ésta es la lógica que anima la redacción de la fracción XXIX del apartado A del artículo 123 en el Título Sexto: “Del trabajo y la previsión social”, así como la promulgación de la Ley del Seguro Social (LSS) en 1943.

Fue hasta 1983 cuando al concepto de previsión social en salud del art. 123 se adicionó el concepto “Protección de la salud” en el art. 4 constitucional. Este cambio fue parte de las reformas al iniciar el sexenio de Miguel de la Madrid Hurtado. El párrafo adicionado al artículo 4 estipula: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud...”

A diferencia del derecho a la educación, que tiene un artículo dedicado exclusivamente al tema, el derecho a la protección de la salud se encuentra dentro del artículo 4 de la Constitución, donde también se define el derecho de los mexicanos a trabajar en la profesión que les interese, siempre y cuando sea lícita.

En el mismo artículo se había incorporado anteriormente la igualdad jurídica entre hombres y mujeres, la libertad de escoger el número y tipo de esparcimiento de los hijos, así como la obligación paterna de cuidar a los hijos. Se irían agregando después el derecho a la vivienda, a un medio ambiente limpio y los derechos de la niñez.

Pero fue hasta 1934, durante el cardenismo, cuando se sentaron las bases institucionales del actual sistema de salud. En estos años se crearon diversas instituciones, tales como la Secretaría de la Asistencia Pública y los servicios médicos rurales cooperativos, y se elaboraron los primeros proyectos para la Ley

---

<sup>52</sup> <http://www.senado.gob.mx/libreria/sp/libreria/historico.pdf>

de Seguridad Social. Asimismo, se aprobó un presupuesto creciente para los proyectos de salubridad pública.

La expansión del sistema de salud y el fortalecimiento de las normas jurídicas en la materia tienen que ver con dos factores. En primer lugar, explica James Wilkie, era necesario combatir las condiciones de insalubridad en las que vivía la mayoría de la población en el país. En segundo lugar, la creación de un sistema institucional en la materia también respondió a la lógica de legitimación que caracterizó al sistema político mexicano de los años cuarenta y cincuenta.

La creación de instituciones del sistema de salud, iniciada por Lázaro Cárdenas, continuó durante las administraciones posteriores. Entre 1943 y 1946, durante la presidencia de Manuel Ávila Camacho, se fundaron el Hospital Infantil de México, el Instituto Nacional de Cardiología y el Hospital de las Enfermedades de la Nutrición, instituciones que recibieron apoyo legal y financiero, e incluso cierta autonomía frente al Estado. Asimismo, se impulsó a los centros de investigación en materia de salud. Sin embargo, las instituciones más importantes del sexenio de Ávila Camacho fueron la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Éstas serían la base de dos modelos paralelos de atención a la salud: el de la Secretaría, orientado a la población en general, y el del IMSS, destinado a los trabajadores que tienen una relación laboral formal. De esta forma, el Estado cumplió su compromiso de proveer servicios básicos de salud a la mayoría de la población, pero, al mismo tiempo, se conformó un sistema cuya dinámica se centró en brindar atención a determinados grupos organizados a cambio de apoyo político.

A finales de la década de 1950 y principios de los años 60 se llevaron a cabo campañas contra enfermedades como la viruela y la fiebre amarilla. La Secretaría de Salubridad y Asistencia entregó 17 grandes centros de salud urbanos y 339 rurales. Además, Adolfo López Mateos transformó la Dirección de Pensiones Civiles y Retiro en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSSTE), lo que permitió otorgar mayor cobertura a los trabajadores al servicio del estado.

Hacia finales de los años sesenta, el gobierno mexicano inició una política de austeridad que impactó de manera negativa tanto al crecimiento de las instituciones de salubridad como al incremento en el acceso de la población a los servicios del sistema. La inversión en infraestructura disminuyó drásticamente tanto en las instituciones de seguridad social como en la Secretaría de Salud. El Estado tuvo que buscar nuevos y menos costosos mecanismos para atender la demanda de servicios, tales como campañas de auto-aplicación bucal de fluoruro de sodio, que permitieron abatir la incidencia de caries dentales, el adiestramiento intensivo a la mayor parte de las parteras tradicionales empíricas y la creación del Médico Comunitario, especialmente en las regiones de mayor pobreza o más alejadas del país. A pesar de las nuevas medidas, el Estado se enfrentó a una creciente clase media que demandaba mayor participación política, pues no gozaba de los mismos servicios que se ofrecían a otros grupos; el acceso se volvió cada vez más selectivo y diferenciado y la administración de los servicios crecientemente gremial adquirió características burocráticas, autoritarias o clientelares.

Las medidas de austeridad del gobierno de Gustavo Díaz Ordaz contribuyeron a que su gobierno no otorgara un lugar central a la política de salud para la población mexicana. Como explica Santiago Zorrilla, Díaz Ordaz simplemente siguió el curso ya trazado en sexenios anteriores y, de hecho, redujo la inversión pública federal destinada a este sector. Sin embargo, Ruiz Cortines tuvo cierto interés por los niños víctimas del abandono y la desnutrición, por lo que implementó las jornadas en Pro de la Niñez y el Congreso Nacional de Protección a la Infancia.

Fue hasta el sexenio del presidente Luis Echeverría Álvarez cuando se dio un nuevo impulso al sistema de salud, aunque esta vez la solución vino en el terreno de la legislación y a través de planes para reformar el sistema en el futuro.

En octubre de 1972, Echeverría lanzó la iniciativa de fundamentar un nuevo Plan de Salud para el país. Además, ante la imposibilidad económica de seguir expandiendo la seguridad social a otros grupos de la población, en 1973 se reformó la Ley del Seguro Social para dar cabida, a través de regímenes

especiales, a grupos sociales excluidos. En 1973, la administración organizó la Primera Convención Nacional de Salud para definir los principios, propósitos y objetivos en la materia para el próximo decenio.

En la década de los ochenta se reformó el sistema de salud, en parte como respuesta a la crisis económica, y se propuso, por primera vez, integrar las diversas instituciones en un Sistema Nacional de Salud. Sus bases políticas e ideológicas fueron elevadas a rango constitucional en 1983, mediante la modificación del artículo 4° que estableció el derecho a la protección de la salud.

Un año después se implementó la Ley General de Salud (LGS), la cual contiene los fundamentos del Sistema Nacional de Salud, define las bases y modalidades de acceso a los servicios correspondientes y fija los lineamientos de acción para los programas públicos. A pesar de estas reformas, el Sistema Nacional durante el gobierno de Miguel de la Madrid, caracterizado por una importante participación estatal en la provisión directa de servicios a través de una gran variedad de instituciones semiautónomas, trabajó de manera desarticulada, lo que le restó eficacia.

La consolidación del sistema de salud inició en el siguiente sexenio. El presidente Carlos Salinas de Gortari impulsó un proceso de coordinación funcional entre las instituciones del sistema, las cuales tenían que evitar la duplicidad de funciones e incrementar la participación de los sistemas locales y de la propia comunidad. Salinas retomó el Programa Nacional de Salud del Presidente De la Madrid y definió los siguientes objetivos: sumar esfuerzos interinstitucionales para desarrollar programas conjuntos e incrementar la cobertura y la oportunidad de los servicios de salud, elevar el índice de esperanza de vida, reducir las tasas de mortalidad general, infantil y materna, y optimizar y mejorar la infraestructura de salud. El presidente Erenesto Zedillo continuó con este esfuerzo.

En balance, puede decirse que durante las dos últimas décadas del siglo XX los gobiernos de De la Madrid, Salinas de Gortari y Ernesto Zedillo, impulsaron una serie de medidas y programas para modificar al sector salud. Las más importantes son:

- 1) La descentralización administrativa iniciada en los años ochenta, que implicó la transferencia de recursos, bienes e inmuebles, y plazas laborales a las entidades federativas y que hizo a la Secretaría de Salud la cabeza del sector. El objetivo de esta reforma es que las entidades federativas decidan sobre los recursos federales que reciben, siempre y cuando cumplan con un nivel mínimo de acciones de salud determinadas a nivel federal en el Paquete Básico de Servicios de Salud que se proporciona a la población abierta.
- 2) Reducir la desigualdad entre las entidades federativas respecto a la disponibilidad de los servicios de salud.
- 3) Fomentar la provisión pública y privada de los servicios de salud.
- 4) Distribuir de manera equitativa el gasto federal en salud entre las entidades federativas.

El esfuerzo de reforma ha continuado durante el gobierno del Presidente Vicente Fox, quien retomó muchas de estas directrices e impulsó la reforma a la Ley General de Salud en abril de 2003, para crear el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).<sup>53</sup>

#### **1.4 Plan Nacional de Salud 2007 – 2012**

En este punto hago una copia textual de documento emitido por el Gobierno Federal y un resumen de los capítulos y contenido del mismo.

En los últimos 50 años se produjo en México un descenso muy importante de la mortalidad en todos los grupos de edad. Este descenso se ha acompañado de un cambio igualmente significativo en las principales causas de muerte y discapacidad. Hoy en nuestro país predominan como causas de daño a la salud las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Estos padecimientos son más difíciles de tratar y más costosos que las infecciones comunes, los problemas reproductivos y las enfermedades relacionadas con la desnutrición, que en el siglo XX fueron las principales causas de defunción. Esta transición está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y a reciente desarrollo de riesgos

---

<sup>53</sup> [http://www.diputados.gob.mx/cesop/Comisiones/2\\_salud.htm](http://www.diputados.gob.mx/cesop/Comisiones/2_salud.htm)

relacionados con estilos de vida poco saludables, dentro de los que destacan el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la mala nutrición, el consumo de drogas, la vialidad insegura y las prácticas sexuales de alto riesgo.

El ejercicio sectorial y plural de identificación de prioridades permitió la definición de los cinco objetivos del *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, que son los siguientes:

1. mejorar las condiciones de salud de la población;
2. reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas;
3. prestar servicios de salud con calidad y seguridad;
4. evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y
5. garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

Para cumplir con estos objetivos se diseñaron diez estrategias que están orientadas al fortalecimiento de las funciones sustantivas del Sistema Nacional de Salud: la rectoría efectiva, el financiamiento equitativo y sostenible, y la generación de recursos suficientes y oportunos encaminados a prestar servicios de salud de calidad y seguros.

#### Rectoría efectiva en el sector

1. Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios
2. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades
3. Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud
4. Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud
5. Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud

#### Financiamiento equitativo y sostenible

6. Garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud



7. Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona  
Generación de recursos suficientes y oportunos
8. Promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector
9. Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos
10. Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios.

En resumen, el capítulo I del *Programa Nacional de Salud 2007-2012* presenta un diagnóstico sobre la salud y los servicios de salud en el país. Este capítulo está dividido en tres secciones: necesidades, recursos y servicios. En la primera sección se describen los riesgos y daños a la salud que enfrenta nuestra población, con énfasis en las principales causas de muerte y discapacidad.

Además de presentar un cuadro del nivel general de salud de la población, se presenta información sobre las desigualdades en las condiciones de salud. En la segunda sección se hace un recuento de los recursos financieros, materiales, humanos e intangibles (información y conocimiento) de los que dispone el país para atender sus necesidades de salud. Aquí se discuten los problemas de distribución de estos recursos, que afectan principalmente a las poblaciones rurales, indígenas y de menores ingresos.

Finalmente, en la tercera sección se analiza la situación de los servicios curativos y de salud pública, y de las actividades de regulación de dichos servicios.

El capítulo II presenta la visión prospectiva del Sistema Nacional de Salud al que aspiramos en el 2030. En este capítulo se describen las principales características de ese sistema y los obstáculos que deberán superarse para poder construirlo.

En el capítulo III se presentan, como ya se mencionó, los objetivos del *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, y las estrategias y actividades que se desarrollarán para cumplir con ellos.

Finalmente, en el capítulo IV se describen las actividades de seguimiento, evaluación y rendición de cuentas que permiten medir los avances e informar a la sociedad sobre el desempeño del Sistema Nacional de Salud y los resultados obtenidos.

El *Programa Nacional de Salud 2007-2012* responde a los retos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud poniendo en marcha mecanismos que fortalecerán las actividades de protección contra riesgos sanitarios, promoción de la salud y prevención de enfermedades; mejorarán la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes; permitirán ampliar la infraestructura y el equipamiento en salud; consolidarán el abasto de medicamentos y otros insumos, e impulsarán el aseguramiento universal en salud. A través de ello se irá construyendo el camino que conduce a la necesaria integración de nuestro sistema de salud.<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> *Programa Nacional de Salud 2007 – 2012*. 1º Edición, México 2007

## CAPÍTULO III. Marco legal

“Ojo por ojo...y el mundo acabará ciego.”  
Gandhi

### 1. Leyes, reglamentos y normas en el ámbito de la salud.

#### 1.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

##### 1.1.1 Artículo 4° Constitucional

Artículo 4, párrafo 3:

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

Derivado del artículo que precede, es necesario definir al derecho, en *latu sensu*, como el conjunto de normas jurídicas vigentes de derecho público, privado o social, que imponen obligaciones y establece prestaciones, a una sociedad en un determinado tiempo, por Salud, como ya se mencionó, no sólo es la ausencia de enfermedad, *sino el completo bienestar físico, mental y social de un individuo.*

La Ley General de Salud es el precepto que reglamenta éste artículo, y en forma supletoria es necesaria la consulta del Código Civil Federal, así como las leyes y códigos en materia mercantil, administrativa y penal.

*Como ya se mencionó, la salud es un bien jurídico tutelado por el Estado y parte fundamental para el desarrollo del país, por lo que esta altamente regulado con el fin de cumplir con ésta garantía constitucional.*

##### 1.1.2 Artículo 5° Constitucional

La importancia de éste artículo reside en los párrafos 1 y 2:

Artículo 5o. 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 los derechos de tercero, o por resolución gubernativa, dictada en los términos que marque la ley, cuando se ofendan los 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.

Así como todos tenemos el derecho de dedicarnos a la actividad o profesión que más nos convenga, también establece la obligación de hacerlo dentro de las normas y reglas que para la seguridad de cada individuo establecen las leyes, por otro lado, es evidente que para la atención médica es menester ser Médico

Titulado y, en el caso que nos interesa, especialista en Ginecología y Obstetricia; también nos da luz acerca de las sanciones de las que se puede ser acreedor un profesional al mencionar que se puede vedar el derecho a ejercer un oficio o profesión en virtud de mandato judicial, más adelante veremos como el código penal establece las sanciones en este rubro, además de las privativas de la libertad, así mismo las establecidas en las leyes y reglamentos administrativos para los servidores públicos.

### **1.1.3 Artículo 16 Constitucional**

La importancia que para nuestro estudio tiene el artículo 16 constitucional radica en 1) La garantía de legalidad, motivo por el cual cualquier acto de molestia debe ser fundado y motivado por la autoridad judicial que lo expida, con las formalidades que la ley exige y, 2) el derecho de confidencialidad de los datos personales, me refiero en específico al expediente clínico, el cual sólo por mandato judicial puede ser abierto para dirimir alguna controversia, ya sea en acción extrajudicial (arbitraje) o judicialmente (juicio civil, penal o administrativo).

A continuación transcribo los párrafos 1 y 2 del artículo citado:

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.

Toda persona tiene derecho a la protección de sus datos personales, al acceso, rectificación y cancelación de los mismos, así como a manifestar su oposición, en los términos que fije la ley, la cual establecerá los supuestos de excepción a los principios que rijan el tratamiento de datos, por razones de seguridad nacional, disposiciones de orden público, seguridad y salud públicas o para proteger los derechos de terceros.

### **1.1.4 Artículo 108 Constitucional, 1er y último párrafo.**

Artículo 108. Para los efectos de las responsabilidades a que alude este Título se reputarán como servidores públicos a los representantes de elección popular, a los miembros del Poder Judicial Federal y del Poder Judicial del Distrito Federal, los funcionarios y empleados y, en general, a toda persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en el Congreso de la Unión, en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal o en la Administración Pública Federal o en el Distrito Federal, así como a los servidores públicos de los organismos a los que esta Constitución otorgue autonomía, quienes serán responsables por los actos u omisiones en que incurran en el desempeño de sus respectivas funciones.

Las Constituciones de los Estados de la República precisarán, en los mismos términos del primer párrafo de este artículo y para los efectos de sus responsabilidades, el carácter de servidores públicos de quienes desempeñen empleo, cargo o comisión en los Estados y en los Municipios.

El presente artículo da la pauta de las responsabilidades en las que puede incurrir el médico adscrito a los servicios de salud estatales, llámese ISSSTE, IMSS, etc., y su calidad de servidores públicos.

#### **1.1.5 Artículo 113 Constitucional**

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

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.

#### **1.1.6 Artículo 123 Constitucional, inciso A, fracción V,**

V. Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un descanso de seis semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto y seis semanas posteriores al mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el período de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día de media hora cada uno para alimentar a sus hijos

e inciso B, fracción XI, letra c

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

c) Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros dos después del mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el período de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos. Además, disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles.

En estas fracciones del artículo citado se denota la gran importancia que tuvo el constituyente de salvaguardar el bienestar físico de la mujer gestante y de su producto, por lo que, en resumen, el derecho a la

protección a la salud esta cuidadosamente estipulado a lo largo de nuestra carta magna.

## **1.2 Ley General de Salud**

La presente Ley es reglamentaria del artículo 4º Constitucional y contempla el Derecho a la Protección a la Salud en los Artículos 1º, 2º, fracciones I, II, III, IV, V, VI y VII, 3º, fracciones II, II bis, IV, IV bis, V, VI, VII, 6, fracción I, 23, 27, fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX y X, 32, 33 fracciones I, II, III y IV, 51, 51 bis 1, 51 bis 2, 51 bis 3 y de forma más particular por el tema objeto del presente proyecto Capítulo V Atención Materno – Infantil, artículos 61 fracciones I, II, III, IV, y V, 62,63, 64 fracciones I, II, III, y IV, 65 fracciones I, II, III, y IV, 134 fracción VIII y XIII, 136 fracción IV párrafo 2, 348, 350 bis 6, 388, 389 fracción III, 391. Estos se analizarán en seguida.

Artículo 1o.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Como podemos apreciar, en el artículo 1, se establece la reglamentación constitucional del derecho a la protección a la salud, así como las disposiciones para el acceso a ella; también se hace referencia al artículo 73, fracción XVI constitucional por lo hace a la intervención de las entidades federativas en cuestiones de salubridad y que ya fue descrito con anterioridad en éste trabajo.

Artículo 2o.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

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

El artículo anterior me parece particularmente interesante en virtud de que define de forma acertada el precepto de “*Derecho a la Protección a la Salud*”, y

del cual tratare de analizar cada fracción y la importancia para el desarrollo del trabajo presentado.

En la fracción I es menester hacer hincapié en la idea que el legislador trato de dar sobre que no sólo se debe tener en consideración el aspecto físico al concepto de salud, sino que le da importancia – y en este aspecto es plausible la visión del mismo – al aspecto mental para el pleno desarrollo de un individuo, de lo que podemos deducir que no sólo se puede causar daño o lesiones, ya sea por negligencia o dolo, en el aspecto físico, sino que es necesario incluir la psique, que también es susceptible de los mencionados daños y que en la mayoría de las veces pasa desapercibida, tanto por el profesional de la salud como por los abogados y juzgadores, en virtud de lo complicado que puede – o pareciera – llegar a ser demostrar los mismos.

En la segunda fracción se alude a los preceptos rectores de la profesión Médica, la que está consagrada y que está muy relacionada con la calidad en la atención, así como con el cuidado que el profesional de la salud debe tener para diagnosticar y tratar los padecimientos que el paciente presenta. También se refiere a la investigación científica, parte esencial en el desarrollo del Estado y que por desgracia se le da una importancia menor a la que verdaderamente merece, como ejemplo podemos citar la disminución al presupuesto que se otorga a la Universidad Nacional Autónoma de México, cuna de la investigación en nuestro país.

La tercera fracción se interpreta como la necesidad de tener permanentemente programas de desarrollo social, que como ya se mencionó, forma parte integral del concepto de salud ya descrito, varios de estos puntos son tocados en el Programa Nacional de Salud 2007 – 2012.

La fracción cuarta está muy ligada a lo expuesto anteriormente y es la culturización del la población como coadyuvante en la protección y mantenimiento de la salud, teniendo, en este orden de ideas, el no empobrecimiento del pueblo por factores de salud.

La quinta fracción nos remite, necesariamente, a recordar que el derecho a la protección a la salud, es indiscutiblemente, un derecho social, al que todos los gobernados tenemos por el simple hecho de ser mexicanos o estar en el territorio nacional, recordando que la Constitución de 1917 es precursora de los derechos sociales en el mundo.

Esta sexta fracción se refiere, no sólo al conocimiento que como parte de la población, todos debemos tener de los servicios que el Estado brinda y que están a nuestra disposición, sino que también de la obligación que como servidor público (hablando de los servicios de salud públicos), el médico, y en general todos los trabajadores de éste sector, deben tener para aprovechar al máximo los recursos que el Estado pone en sus manos y que al final del camino, todo el pueblo paga.

La última fracción está íntimamente relacionada con lo que expuse con antelación, acerca de la importancia que, por lo menos, en papel se le debe dar a la investigación científica, a la educación médica y al desarrollo de tecnología para preservar y prevenir la salud, pero es evidente que lo político rebasa por mucho los fines del Estado.

Artículo 3o.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;

En ésta fracción se pone de manifiesto la importancia que tiene la atención médica en la prevención y conservación de la salud, razón por la cual se encuentra regulada, no sólo en la presente Ley, sino que existen diversas Normas Oficiales Mexicanas en las que se trata este aspecto con detalle, a fin de poder prestar un servicio de calidad; así mismo retoma el carácter eminentemente social del derecho a la protección a la salud. Así mismo, es el fin preponderante del programa nacional de salud.

IV. La atención materno-infantil;

Tema central del trabajo que presentó, está definida en la NOM-007-SSA2-1993, en ella se regulan los requisitos mínimos con los que los médicos deben cumplir para dar cabal atención, tanto a la mujer, desde el momento de la concepción hasta la etapa del puerperio, como para el recién nacido, por tanto, al tener desconocimiento de la misma y por ende, no aplicarla, jurídicamente se está



incurriendo en negligencia y *mala praxis*, la definiremos como “la práctica impropia o inhábil del desempeño profesional médico; es el ejercicio inidóneo de su actividad y la ausencia de diligencias apropiadas de conformidad con la naturaleza de la prestación que forma el contenido de su obligación”<sup>55</sup> posteriormente analizaremos a detalle ésta norma.

IV Bis. El programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas.

Encontramos nuevamente de manifiesto el espíritu evidentemente de derecho social y la protección a grupos vulnerables, así, vemos plasmado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 2, apartado B, fracciones III y V el aspecto de derecho a la protección de la salud vinculado directamente con los pueblos indígenas del país; particularmente en la fracción V, que textualmente dice:

V. Propiciar la incorporación de las mujeres indígenas al desarrollo, mediante el apoyo a los proyectos productivos, la protección de su salud, el otorgamiento de estímulos para favorecer su educación y su participación en la toma de decisiones relacionadas con la vida comunitaria.

También se contempla lo referente a la planificación familiar en la fracción VII del artículo en cuestión, y más a detalle en la norma NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.

VII. La planificación familiar;

Aún cuando en el segundo párrafo del artículo 4º de la Carta Magna se lee que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número de hijos y el espaciamiento entre ellos, es de vital importancia los programas de planificación familiar, así como la información acerca de los métodos para evitar embarazos no deseados, ya que esto es, indudablemente, un problema de salud pública y por otro lado, afecta de manera importante la economía familiar.

El Artículo 6º de la presente ley contempla los objetivos del Sistema Nacional de Salud, de lo que se desprende que:

---

<sup>55</sup>Iriarte Sánchez, María Julia, “Iatrogenia y mala praxis médica”, *Rev Inv e Info Salud*, 3(7), 2008, p 73-75

El Sistema Nacional de Salud tiene como finalidad garantizar el derecho a la protección a la salud estipulado en nuestra Ley Fundamental, a través de las entidades y secretarías del sector público y de la intervención de los sectores privado y social que brinden los servicios de salud.

Este se encuentra regulado en la Ley de Planeación y, a través de los 3 sectores (público, privado y social), se vigila que se cumpla cabalmente con este derecho; se encuentra contenido en dos grandes rubros:

1. Que este derecho llegue a todos los sectores de la sociedad, dando especial importancia a los grupos rurales y urbanos más vulnerables y desprotegidos, y
2. Lograr la calidad mínima indispensable en el servicio, de tal forma que sirva de base para el desarrollo futuro en este campo

La coordinación del Sistema Nacional de Salud está a cargo de la Secretaría de Salud.

La fracción I del presente artículo describe los alcances del programa:

- I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.

Es a través de la normalización que se establecen los parámetros para que los profesionales de la salud, y en general todo el personal relacionado con la misma, cumplan con los estándares mínimos de servicio y calidad en el mismo, y conforme al Plan Nacional de Salud, corresponde a la Secretaría de Salud la elaboración de éstas y la observancia de su cumplimiento. Dentro de estas acciones se encuentra la atención materno – infantil y los métodos y procedimientos en materia de Ginecología y Obstetricia.

Artículo 23.- Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Entendiéndose por acción el acto médico, el cual siempre debe estar orientado a prevenir, preservar y, en su caso, restablecer la salud del paciente, realizado éste por profesionales de la salud, todo lo anterior debe conducirnos sin duda a la no aparición de iatrogenias, y aunque, debido a que se trabaja con seres

vivos y cada individuo puede reaccionar de diferente forma, siguiendo los protocolos y procedimientos podremos reducir en gran medida los riesgos de daño a los pacientes y por consiguiente las quejas médicas.

Artículo 27.- Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;

Al tratar nuestro tema sobre la atención a la mujer en el embarazo, parto y puerperio, así como del recién nacido y en vista de que muchas de las patologías trasmisibles son por vía sexual, como por ejemplo VIH, es importante el manejo que en Ginecología se haga de las pacientes en parto con alguno de estos padecimientos, ya que así se logrará evitar el contagio, en muchas ocasiones, del recién nacido y por otro lado salvaguardar la salud del personal encargado del procedimiento por estar éste capacitado para estas eventualidades.

Artículo 51 Bis 1.- Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

Artículo 51 Bis 2.- Los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico.

Los usuarios de los servicios públicos de salud en general, contarán con facilidades para acceder a una segunda opinión.

Artículo 51 Bis 3.- Las quejas que los usuarios presenten por la atención médica recibida, deberán ser atendidas y resueltas en forma oportuna y efectiva por los prestadores de servicios de salud o por las instancias que las instituciones de salud tengan definidas para tal fin, cuando la solución corresponda a su ámbito de competencia.

Para que cualquier usuario de los servicios de salud otorgue su consentimiento por sí o por su representante, sobre la realización del procedimiento al cual será sometido, es necesario que el profesional de la salud informe de manera sencilla sobre los riesgos que éste implique y los pasos a seguir, así como las diferentes alternativas en cuanto a tratamientos, de tal suerte que juntos, médico y paciente, tomen la decisión más idónea para el segundo.

Esto no es la excepción para los pacientes tema de este trabajo, y en la medida en que se informe lo más claro posible sobre los riesgos y posibles

eventos posteriores, en esa medida evitaremos las quejas contra las instituciones y el personal que interviene en este rubro, logrando economía judicial.

En las fracciones anteriores también se hace referencia al expediente clínico y la importancia que reviste que este perfectamente redactado, cubriendo en su totalidad los puntos que para el efecto, no da la *Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico*. La integración correcta de éste documento puede ser la diferencia en la solución de una controversia suscitada por algún procedimiento médico, particularmente, para nuestro interés, en lo relacionado a la atención a mujeres con las características del tema tratado.

Artículo 61.- La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

- I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio;
- II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna y su salud visual.

El artículo anterior toca en particular el tema desarrollado, para lo cual, subsecuentemente abordaremos a detalle al analizar la *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*.

Por el momento, creo importante destacar la primera parte del artículo por lo que se refiere a que la atención materno – infantil tiene carácter prioritario, por lo que se le debe considerar uno de los puntos medulares del Plan Nacional de Salud y por lo tanto de los más estrechamente vigilados en el cumplimiento de metodologías y procedimientos.

Artículo 62.- En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

En los albores del siglo XXI resulta increíble que siga apareciendo con relativa frecuencia la muerte materna e infantil, ocupando, la infantil, una de las principales causas de muerte en mujeres en edad reproductiva, para lo cual refiero datos del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, CNEGySR, en éste sentido:

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOMBRES  
POBLACIÓN INFANTIL (MENOR DE 1 AÑO)  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2007

Orden	CAUSA DE MUERTE		HOMBRES	
	Clave CIE-10 <sup>1/</sup>	Descripción	Defunciones	Tasas <sup>2/</sup>
	<b>A00 - Y98</b>	<b>Total</b>	<b>17,190</b>	<b>1,731.0</b>
<b>01</b>	<b>P03, P10-P15, P20-P28</b>	<b>Asfixia y trauma al nacimiento</b>	<b>5,106</b>	<b>514.2</b>
02	Q20-Q24	Malformaciones congénitas del corazón	1,580	159.1
03	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	1,115	112.3
04	P05-P07	Bajo peso al nacimiento y prematuridad	716	72.1
05	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	569	57.3
06	E40-E46	Desnutrición calórico proteica	242	24.4
07	Q00	Anencefalia y malformaciones similares	118	11.9
08	Q79.2-Q79.5	Defectos de la pared abdominal	103	10.4
09	J00-J06	Infecciones respiratorias agudas altas	94	9.5
10	N00-N19	Nefritis y nefrosis	79	8.0
	R00-R99	Causas mal definidas	319	32.1
		Las demás causas	7,149	719.9

1/ Causas de muerte según códigos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión (CIE-10) OPS-OMS.

2/ Tasa por cada 100 mil nacimientos de hombres.

Nota: Para la construcción de las tasas se utilizó la Base de Datos de Defunciones 2007. INEGI/Secretaría de Salud y Proyecciones de la población de México, 2005-2050. Consejo Nacional de Población. México, 2006.

Secretaría de Salud. Dirección General de Información en

Fuente: Salud.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN MUJERES  
POBLACIÓN INFANTIL (MENOR DE 1 AÑO)  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 2007

Orden	CAUSA DE MUERTE		MUJERES	
	Clave CIE-10 <sup>1/</sup>	Descripción	Defunciones	Tasas <sup>2/</sup>
	<b>A00 - Y98</b>	<b>Total</b>	<b>13,142</b>	<b>1,383.9</b>
<b>01</b>	<b>P03, P10-P15, P20-P28</b>	<b>Asfisia y trauma al nacimiento</b>	<b>3,671</b>	<b>386.6</b>
02	Q20-Q24	Malformaciones congénitas del corazón	1,214	127.8
03	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	854	89.9
04	P05-P07	Bajo peso al nacimiento y prematuridad	559	58.9
05	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	412	43.4
06	E40-E46	Desnutrición calórico proteica	221	23.3
07	Q00	Anencefalia y malformaciones similares	118	12.4
08	Q79.2-Q79.5	Defectos de la pared abdominal	116	12.2
09	Q90	Infecciones respiratorias agudas altas	67	7.1
10	J00-J06	Enfermedad cerebrovascular	61	6.4
	R00-R99	Causas mal definidas	218	23.0
		Las demás causas	5,631	593.0

1/ Causas de muerte según códigos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión (CIE-10) OPS-OMS.

2/ Tasa por cada 100 mil nacimientos en mujeres.

Nota: Para la construcción de las tasas se utilizó la Base de Datos de Defunciones 2007. INEGI/Secretaría de Salud y Proyecciones de la población de México, 2005-2050. Consejo Nacional de Población. México, 2006.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

No puede pasar que en esta época siga habiendo mujeres y niños que mueren por falta de atención o una deficiencia de la misma, ya que gran parte del desarrollo de un Estado se basa en los servicios de salud que brinda y de la calidad de los mismos y este punto sólo se solucionará en la medida en que todos los involucrados realmente tomen conciencia de su papel en la sociedad y se abatan todas las malas prácticas y corruptelas que lesionan a nuestra Nación.

Artículo 64.- En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

- I. Procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios;
- II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento a la lactancia materna y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil;
- III. Acciones para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias agudas de los menores de 5 años, y
- IV. Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio.

Para el efecto del artículo que precede, el Gobierno Federal ha diseñado programas dirigidos primordialmente a las clases más vulnerables, tal como el programa “Vivir mejor”, en el que se establecen los puntos para la participación de la población en rubros como la educación, vivienda, alimentación y desde luego, salud.<sup>56</sup>

Artículo 65.- Las autoridades sanitarias, educativas y laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán:

- I. Los programas para padres destinados a promover la atención materno-infantil;
- III. La vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas.

La cultura, como parte fundamental del desarrollo sano de cualquier Nación no puede escapar en lo hace a la atención materno-infantil donde creo importante destacar los ámbitos educativos y laboral, obviando al sector sanitario por sobreentenderse es el principal protagonista en el rubro; en el ámbito educativo y a través de las autoridades educativas se impartirán conocimientos para que los jóvenes, como esta plasmado en el art. 7º, fracc. X de la Ley General de Educación:

“Desarrollar actitudes solidarias en los individuos, para crear conciencia sobre la *preservación de la salud, la planeación familiar y la paternidad responsable*, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana.....”

---

<sup>56</sup> Programa Vivir Mejor, p 14

En el ámbito laboral, como ya se analizó anteriormente, nuestra constitución, en el art. 123, observa los derechos y privilegios con los que cuentan las mujeres en estado de gravidez y recién paridas, esto se hace patente en la Ley Federal del Trabajo, reglamentaria del artículo citado, en sus artículos del 164 al 172.

### **1.3 Ley Federal sobre Metrología y Normalización**

Art. 2, fracción II, incisos a, b, c, d, e, f y g.

ARTÍCULO 2o.- Esta Ley tiene por objeto:

II. En materia de normalización, certificación, acreditamiento y verificación:

- a) Fomentar la transparencia y eficiencia en la elaboración y observancia de normas oficiales mexicanas y normas mexicanas;
- b) Instituir la Comisión Nacional de Normalización para que coadyuve en las actividades que sobre normalización corresponde realizar a las distintas dependencias de la administración pública federal;
- c) Establecer un procedimiento uniforme para la elaboración de normas oficiales mexicanas por las dependencias de la administración pública federal;
- d) Promover la concurrencia de los sectores público, privado, científico y de consumidores en la elaboración y observancia de normas oficiales mexicanas y normas mexicanas;
- e) Coordinar las actividades de normalización, certificación, verificación y laboratorios de prueba de las dependencias de administración pública federal;
- f) Establecer el sistema nacional de acreditamiento de organismos de normalización y de certificación, unidades de verificación y de laboratorios de prueba y de calibración;
- y
- g) En general, divulgar las acciones de normalización y demás actividades relacionadas con la materia.

La presente Ley regula la forma y procedimientos para establecer las NOM, así como su vigencia (5 años a partir de su publicación en DOF) y el procedimiento para su revisión y ampliación de vigencia (artículo 51, párrafo cuarto LFSMN).

ARTÍCULO 51.- Para la modificación de las normas oficiales mexicanas deberá cumplirse con el procedimiento para su elaboración.

Las normas oficiales mexicanas deberán ser revisadas cada 5 años a partir de la fecha de su entrada en vigor, debiendo notificarse al secretariado técnico de la Comisión Nacional de Normalización los resultados de la revisión, dentro de los 60 días naturales posteriores a la terminación del período quinquenal correspondiente. De no hacerse la notificación, las normas perderán su vigencia y las dependencias que las hubieren expedido deberán publicar su cancelación en



el Diario Oficial de la Federación. La Comisión podrá solicitar a la dependencia dicha cancelación.

En art. 40, fracciones I, III y XI de la Ley se establecen las finalidades y objetivos que persiguen las NOM, en particular las fracciones que se relacionan con el fin del presente trabajo.

**ARTÍCULO 40.-** Las normas oficiales mexicanas tendrán como finalidad establecer:

**I.** Las características y/o especificaciones que deban reunir los productos y procesos cuando éstos puedan constituir un riesgo para la seguridad de las personas o dañar la salud humana, animal, vegetal, el medio ambiente general y laboral, o para la preservación de recursos naturales;

**III.** Las características y/o especificaciones que deban reunir los servicios cuando éstos puedan constituir un riesgo para la seguridad de las personas o dañar la salud humana, animal, vegetal o el medio ambiente general y laboral o cuando se trate de la prestación de servicios de forma generalizada para el consumidor;

**XI.** Las características y/o especificaciones, criterios y procedimientos que permitan proteger y promover la salud de las personas, animales o vegetales;

En particular la fracción XI se refiere a los procedimientos, que en nuestro caso, son quirúrgicos, químicos y terapéuticos que los profesionales de la salud deben conocer y aplicar con el fin de promover y restaurar la salud de los usuarios. Nuevamente encontramos que es primordial el conocimiento de la legislación por parte de los médicos y la necesidad imperiosa de una educación legal para estos profesionales e insisto, prevenir la aparición del fenómeno de la medicina defensiva, que contraria las finalidades de los sistemas y programas de salud en virtud que en vez de lograr economía a la población más vulnerable, los costos se elevan por procedimientos y estudios de laboratorio, en la mayor de las veces innecesarios, además de afectar la relación médico – paciente y tirar por los suelos los estándares buscados en el rubro de atención médica de calidad y calidez, donde la comunicación entre ambos actores es vital para llevar a buen término cada tratamiento y seguimiento de un padecimiento.

#### **1.4 Ley General de Población**

Esta Ley tiene relación con el fin del trabajo presentado en virtud que regula los fenómenos que afectan el factor demográfico del país, así como su distribución y dinámica.

En el art. 3 se hace referencia a los programas, que en coordinación con la Secretaría de Gobernación, se tienen que difundir sobre planificación familiar, así

como de la influencia que debe existir en la dinámica de la población y protección a los menores.

## **1.5 Ley de Asistencia Social**

Esta precepto tiene relación con el presente trabajo porque se relaciona con la ley general de salud en el rubro de asistencia social en salud, así como la elaboración de las normas oficiales mexicanas para las instituciones de salud y los parámetros para la prestación del servicio.

**Artículo 4.-** Tienen derecho a la asistencia social los individuos y familias que por sus condiciones físicas, mentales, jurídicas, o sociales, requieran de servicios especializados para su protección y su plena integración al bienestar.

Con base en lo anterior, son sujetos de la asistencia social, preferentemente:

**II. Las mujeres:**

a) En estado de gestación o lactancia y las madres adolescentes

En este artículo puede apreciarse la tendencia del legislador de proteger, no sólo a la población más vulnerable, sino en específico a la mujer y más en lo particular a las que se encuentran en estado de gestación y a los recién nacidos, que son de la fracción de la población que más se trata de proteger en el programa nacional de salud.

Artículo 9.- La Secretaría de Salud, en su carácter de autoridad sanitaria, y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, en su carácter de coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada, tendrán respecto de la asistencia social, y como materia de salubridad general, las siguientes atribuciones:

II. Formular las Normas Oficiales Mexicanas que rijan la prestación de los servicios de salud en materia de asistencia social, a fin de garantizar la calidad de los servicios, y los derechos de los sujetos de esta Ley; así como la difusión y actualización de las mismas entre los integrantes del Sistema Nacional de Salud, y del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada;

III. Certificar que los servicios que presten en la materia las instituciones de los sectores público y privado, cumplan con lo estipulado en las Normas Oficiales Mexicanas señaladas en el artículo anterior;

IV. Supervisar la debida aplicación de las Normas Oficiales Mexicanas que rijan la prestación de los servicios de salud en esta materia, así como evaluar los resultados de los servicios asistenciales que se presten conforme a las mismas;

La importancia de la Secretaría de salud y de las normas que de ellas emanen siempre tendrá como finalidad el cuidado y mantenimiento de la salud de la población, sin embargo, es obvio que al querer cubrir todas las posibilidades, se emitan normas en exceso, como veremos más adelante, cuándo se enlisten las normas que en materia de salud existen y que es evidente que es necesario que sea del conocimiento de todos los profesionales de la salud, para su cabal cumplimiento, por lo que en las escuelas y facultades de medicina es vital que se impartan cátedras medicina legal, entendiendo ésta no sólo a lo referente a el

ámbito forense, sino al conocimiento de leyes, reglamentos y normas y la capacitación de la planta médica actualmente en ejercicio de la profesión.

## **1.6 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica**

ARTÍCULO 4o.- Corresponde a la Secretaría emitir las Normas Técnicas a que se ajustará, en todo el territorio nacional, la prestación de los servicios de salud en materia de atención médica, las que se publicarán en la Gaceta Sanitaria para su debida observancia.

Artículo íntimamente ligado con el precepto anterior de la ley de asistencia social ante la obligación de la secretaría de salud de emitir las normas oficiales mexicanas en éste rubro.

ARTÍCULO 29.- Todo profesional de la salud, estará obligado a proporcionar al usuario y, en su caso, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes.

En la NOM-168-SSA1-1998 se define a las *cartas de consentimiento bajo información*, como los documentos escritos, *signados por el paciente o su representante legal*, mediante los se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, *un procedimiento médico o quirúrgico* con fines de diagnóstico, terapéuticos o rehabilitatorios.<sup>57</sup>

Este documento es sumamente importante en caso de controversias, en virtud que puede ser la diferencia entre la suspensión o pérdida de la cédula profesional, de él se contemplan algunos aspectos en los artículos siguientes:

ARTÍCULO 30.- El responsable del establecimiento estará obligado a proporcionar al usuario, familiar, tutor o representante legal, cuando lo soliciten, el resumen clínico sobre el diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico del padecimiento que ameritó el internamiento.

ARTÍCULO 32.- Los establecimientos para el internamiento de enfermos, estarán obligados a conservar los expedientes clínicos de los usuarios, por periodo mínimo de cinco años.

Creo necesario en este punto hacer un apunte sobre lo que son los representantes legales en cuestión de salud; a pesar de entender que toda persona es capaz de decidir por sí misma sobre el tratamiento, intervención o procedimiento para la restauración de la salud, existen ciertas circunstancias en las que es imposible que éste otorgue su consentimiento, como puede ser en el caso de pérdida de la conciencia, menores o

---

<sup>57</sup> *op. cit.* 6, p 23

incapaces o bien, en el caso de urgencias en las que este comprometida la vida del paciente y no se encuentre nadie que pueda signar, teniendo en éste caso que, de acuerdo a las circunstancias, el médico, y más específicamente, la institución, tengan que tomar la decisión, siempre apegadas a las leyes, reglamentos y normas, además de la *lex artis* y principios bioéticos.

En principio, el destinatario de la información es el propio paciente o usuario y, en su caso, la persona legitimada para recibirla. Se presumirán legitimados para estos efectos el cónyuge, concubina o concubinario, familiares (según la prelación establecida en la legislación civil), o por su representante legal. En el caso de menores o incapaces se recurrirá a la figura del representante o pariente más próximo y, cuando así lo exijan las leyes para determinados supuesto especiales, se informará, si es preciso, al propio juez como es el caso del internamiento psiquiátrico involuntario).

La intervención de los representantes legales ha de ir encaminada a favorecer la salud del representado, en tal forma que en aquellos casos en los que el padre o tutor no consiente una actuación médica, con base, por ejemplo, en sus convicciones religiosas (como sucede, con cierta frecuencia, con los Testigos de Jehová), muy a pesar de que la misma resulta necesaria y urgente para preservar la salud del menor, el juez podrá suplir tal autorización, por cuanto actuará en beneficio del menor, con lo que se corregirá el abuso de derecho del padre o representante del paciente.

En este orden de ideas, la Norma Oficial Mexicana NOM- 168-SSA1-1998 del Expediente Clínico, establece que el consentimiento no obliga al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado para el paciente.

Sobre la representación de los menores de edad, se considera de interés mencionar que la legislación española, en su Código Civil<sup>58</sup>, prevé que *cuando se trate de menores que reúnan condiciones de madurez suficiente y en los que, por tanto, su capacidad de juicio y entendimiento les permita conocer el alcance del*

---

<sup>58</sup> Código Civil Español, artículo 162.1

*acto médico para su propio bien jurídico, deben ser ellos mismos quienes autoricen la intervención médica; y que, en aquellos casos en los que el padre o tutor no consienta una actuación sobre la base de sus convicciones, el juez puede suplir tal autorización”.*

Por su parte la *Declaración de Lisboa* considera que el paciente incapacitado debe participar en las decisiones al máximo que lo permita su estado.

En el caso de que el médico dude de la capacidad de hecho del paciente para tomar decisiones, aun cuando éste siendo mayor de edad y legalmente capaz haya dado su consentimiento a la intervención, es recomendable recabar de los familiares que asuman o no la decisión del paciente y, en el supuesto de discordancia, recurrir al juez.

En suma, resulta necesario limitar las facultades de intervención ajenas, para obviar que un tercero, contra la voluntad del titular, decida por éste qué riesgos ha de asumir o a qué bienes ha de renunciar.<sup>59</sup>

En el siguiente artículo se hace constancia de lo expuesto anteriormente en relación con el consentimiento en caso de urgencia:

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 autorizadas 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 99 del presente reglamento hace referencia a la atención materno – infantil:

ARTÍCULO 99.- Los responsables de un hospital gineco-obstétrico tendrán la obligación de tomar las medidas necesarias para disminuir la morbimortalidad materno infantil, acatando las recomendaciones que para el efecto dicten los comités nacionales respectivos.

Para lo cual se elaboró la NOM-007-SSA2-1993, en la que se especifican todos los procedimientos para el caso de embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido, documento al que hay que dar cabal cumplimiento a fin de evitar la morbilidad y mortalidad, tanto de la madre como del neonato.

---

<sup>59</sup> *op. cit.* 6, p 29 y 30

ARTÍCULO 110.- El personal no profesional autorizado para la prestación de servicios en materia de obstetricia podrá:

I.- Atender los embarazos, partos y puerperios normales que ocurran en su comunidad, dando aviso a la Secretaría;

II.- Prescribir los medicamentos que en esos casos se requieran de acuerdo a las Normas Técnicas que para dicho fin emita la Secretaría, y

III.- Realizar las demás actividades que determine la Secretaría.

ARTÍCULO 111.- No podrá, en ningún caso, el personal no profesional autorizado en la prestación de servicios de obstetricia:

I.- Atender los embarazos, partos o puerperios patológicos, salvo cuando la falta de atención en forma inmediata o la transferencia de la paciente a la unidad de atención médica más cercana, hagan peligrar la vida de la madre o del producto. En este caso deberán dar aviso a la Secretaría;

II.- Realizar intervenciones quirúrgicas;

III.- Prescribir distintos medicamentos de los expresamente autorizados;

IV.- Provocar abortos, y

V.- Las demás actividades que determine la Secretaría.

Los dos artículos anteriores dan las obligaciones y prerrogativas del personal no profesional de los centros de salud, haciendo énfasis en la atención gineco-obstetrica, lo que, indudablemente, también debe aplicarse a los residentes, que aunque son médicos que cuentan con cédula, están en etapa de preparación de la especialidad, por lo tanto no están aptos para tomar decisiones en los casos señalados por el artículo 111 del presente reglamento, y que en la realidad, es una práctica común, casi siempre por falta de los médicos de base, caso en el cual el responsable es el subdirector o director de área, quién debe, en teoría, tomar la responsabilidad del caso.

ARTÍCULO 119.-Para la realización de salpingoclasias y vasectomías, será indispensable obtener la autorización expresa y por escrito de los solicitantes, previa información a los mismos sobre el carácter de la intervención y sus consecuencias.

En este apartado se hace alusión a las esterilizaciones, tanto en varones como en mujeres, las cuales deben ser autorizadas por el propio interesado, práctica que sobre todo en los estratos más vulnerables y de menor nivel sociocultural, no es llevada a cabo, haciéndose esterilizaciones sin el debido consentimiento, actividad que debe ser erradicada, a fin de hacer valer los derechos de este sector de la sociedad, hacer equitativo y justo el *derecho a la protección a las salud*.

### **1.7 Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud y atención materno infantil**

En este numeral y por cuestiones de espacio solo voy a enumerar las NOM's que corresponden al sector salud, tomando como fuente las que la

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) menciona en su página web<sup>60</sup>:

- 1) Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA1-1993, que instituye el procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.
- 2) Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA2-1993, que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud.
- 3) Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA2-1993, para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria del servicio de radioterapia.
- 4) Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangra humana y sus componentes para fines terapéuticos.
- 5) Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de Planificación Familiar.
- 6) Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de Planificación Familiar.
- 7) Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria de la salud.
- 8) Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria de la salud.
- 9) Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- 10) Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993, para el fomento de la salud escolar.
- 11) Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por virus de inmunodeficiencia humana.

---

<sup>60</sup> [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/NOMS.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/NOMS.pdf)

- 12) Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por virus de inmunodeficiencia humana.
- 13) Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-1993, para la prevención y control de la rabia.
- 14) Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-1993, para la prevención y control de la rabia.
- 15) Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales.
- 16) Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales.
- 17) Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello, útero y de la mama en la atención primaria.
- 18) Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello, útero y de la mama en la atención primaria, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.
- 19) Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
- 20) Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
- 21) Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-1994, para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.
- 22) Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica.
- 23) Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994, para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancias.



- 24) Norma Oficial Mexicana NOM-021-SSA2-1994, para la vigilancia, prevención y control del complejo teniasis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica
- 25) Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-021-SSA2-1994, para la prevención y control del complejo teniasis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica, para quedar como NOM-021-SSA2-1994, Para la prevención y control del Binomioteniasis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica
- 26) Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA2-1994, para la prevención y control de la brucelosis en el hombre
- 27) Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA2-1994, para la prevención y control de la brucelosis en el hombre
- 28) Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médica-psiquiátrica
- 29) Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-1999, para la prevención, control y eliminación de la lepra
- 30) Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- 31) Norma Oficial Mexicana NOM-029-SSA2-1999, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano
- 32) Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial
- 33) Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño
- 34) Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2002, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector

- 35) Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, para la prevención y control de los defectos al nacimiento
- 36) Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002, prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica.
- 37) Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano
- 38) Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002, para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias
- 39) Norma Oficial Mexicana NOM-038-SSA2-2002, para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo
- 40) Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
- 41) Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud
- 42) Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de la mama
- 43) Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, para la organización y funcionamiento de residencias médicas
- 44) Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico
- 45) Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico
- 46) Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, para la práctica de anestesiología
- 47) Norma Oficial Mexicana NOM-171-SSA1-1998, para la práctica de hemodiálisis

- 48) Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-171-SSA1-1998, para la práctica de hemodiálisis
- 49) Norma Oficial Mexicana NOM-172-SSA1-1998, prestación de servicios de salud. Actividades auxiliares. Criterios de operación para la práctica de la acupuntura humana y métodos relacionados
- 50) Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, para la atención integral a personas con discapacidad
- 51) Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad
- 52) 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
- 53) Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar
- 54) 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
- 55) Norma Oficial Mexicana NOM-205-SSA1-2002, para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria
- 56) Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica
- 57) Norma Oficial Mexicana NOM-208-SSA1-2002, regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica
- 58) Norma Oficial Mexicana NOM-209-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de cirugía oftalmológica con láser excimer
- 59) Norma Oficial Mexicana NOM-233-SSA1-1993, que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso, permanencia de las

personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud

60) Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado

Estas son solo las relacionadas directamente elaboradas por la Secretaría de Salud, como veremos en el siguiente capítulo, el análisis de una sola de ellas nos va entramando en un laberinto normativo difícil de desenmarañar y por lo tanto imposible de aplicar, por lo que en todos los casos estaremos faltando a las normas y poniendo en estado de indefensión a los profesionales de la Salud.

Es pertinente aclarar que no se pretende, con el presente trabajo, descuidar la salud de los usuarios de los servicios de salud, y que la normatividad existente está hecha pensando siempre en el bienestar y conservación de la salud, pero es evidente en la mayoría de los casos, las normas están pensadas como un ideal y no como un mínimo de requisitos a cumplir para cubrir cabalmente esta garantía constitucional.

## **2. TRATADOS INTERNACIONALES**

A partir del año de 1946 es que ha tenido relevancia internacional el tema del derecho a la salud, como antecedentes tenemos que, siendo los documentos más importantes en éste aspecto los siguientes:

- a)** Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946). Da un concepto de salud y se reconoce como principio la importancia de la misma.
- b)** Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948). Derecho a la preservación a la salud y al bienestar, y derecho a la seguridad social.
- c)** Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). Condensa los derechos básicos de todo ser humano. Establece el derecho a la salud.
- d)** Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966). Reconoce el derecho a la salud y señala obligaciones de los Estados de adoptar medidas para hacerlo efectivo.

- e) Declaración sobre el Progreso y Desarrollo en lo Social (1969). Se establece la necesidad de adoptar medidas sanitarias, un sistema de seguridad social y medidas de rehabilitación e integración de las personas con capacidades diferentes.
- f) Declaración de Alma-Ata (1978). Reconoce como fundamental para el desarrollo el derecho a la salud y otorga reconocimiento internacional al concepto de atención primaria a la salud.
- g) Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Culturales y Sociales, Protocolo de *El Salvador* (1988). Reconoce el derecho a la salud y refiere obligaciones de los Estados en atención primaria, servicios, prevención y educación en materia de salud.
- h) Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (2000). Define varios aspectos sobre el alcance, características, elementos y componentes del derecho a la salud en lo general; obligaciones de los Estados; define las violaciones al derecho a la salud.<sup>61</sup>

---

<sup>61</sup> Lara Ponte, Lic. Rodolfo, DERECHO Y MEDICINA. INTERSECCIONES Y CONVERGENCIAS EN LOS ALBORES DEL SIGLO XXI. Derecho y Salud, México 2008. pags. 83, 84, 85 y 86.

## CAPITULO IV. DERECHO COMPARADO

**"Pensar es fácil.....Actuar es un poco más difícil, pero actuar como se piensa es lo más difícil del mundo"**

**Goethe**

### 1. DERECHO COMPARADO

#### 1.1 Estados Unidos de América

En este primer apartado que versa sobre el sistema de salud norteamericano no se hacen citas de preceptos legales ni de ninguna ley, en virtud que en este país no se encuentra nada relacionado con la protección a la salud ni en la constitución, ni en la de los estrados.

El sistema de salud en los Estados Unidos está caracterizado por sus contradicciones y su complejidad. Por un lado, Estados Unidos posee una gran cantidad de la más alta tecnología, incluyendo muchas de las mejores facultades de medicina, clínicas, hospitales y centros investigativos del mundo. Sin embargo, muchos de los recursos de salud estadounidenses jamás están a la disposición de gran parte de la población. La gran contradicción norteamericana consiste en tener uno de los más grandes, costosos y complicados sistemas de salud del mundo, a la vez de que más de 42 millones de estadounidenses no tienen acceso a los mínimos recursos de salud<sup>62</sup>

A pesar de tener uno de los sistemas de salud más costosos y complicados del mundo, contiene grandes problemas, de los cuales quiero puntualizar los siguientes:

- a) La administración del Sistema de Seguridad Social.
- b) La influencia política sobre las propuestas de reforma.
- c) La contradicción entre el costo del sistema de salud y los servicios que ofrece.

En este sistema jurídico, la salud, más que derecho social, se considera un negocio, íntimamente ligado a la política y los mercados libres.

---

<sup>62</sup> University of Maine, Bureau of Labor Education. *The U.S. Health Care System: Best in the World, or Just the Most Expensive?* (Maine, 2001). Pág 3.

Históricamente a predominado el concepto de salud como un bien individual. Dentro de las obligaciones del estado, la protección sanitaria no esta considerada en forma expresa, ni en la constitución federal, ni en la de los gobiernos estatales.

En este país, la seguridad social se inicia en 1935, mucho más tarde que en la mayoría de los países de américa latina y europa. En este año, con la Social Insurance Act, comienza una intervención sin precedentes del gobierno federal en temas de seguridad social.

La creación de *Medicare*, para la población de adultos mayores, y *Medicaid*, para la población más pobre, en 1965, y más tarde, en la década de los 80's, con la puesta en funcionamiento la expansión del *Managed Care*, fincaron las bases de la reforma que en materia de salud se dio en la década de los 90's durante la administración del presidente Clinton, basado en el *Managed Competition* y en la construcción de un modelo centralizado en la compra de servicios.

Como ejemplo esta el Acta de Cuidados Affordable (Affordable Care Act), que busca brindar bajos costos, extendiendo la cobertura de cuidados de la salud a 32 millones de americanos. Sin embargo, sigue siendo negocio.

En resumen, los planes y programas de salud de nuestro vecino del norte son los siguientes:

- a) *Medicare* es un seguro de salud para mayores de 65 años y para discapacitados. Es obligatorio para la asistencia hospitalaria y voluntario para otros cuidados médicos. Está administrado por el gobierno federal y es controlado por agencias intermediarias privadas, que se encargan de realizar los pagos a los proveedores.
- b) *Coparticipaciones*, que consiste en participar financieramente del costo de una parte del servicio de salud que es utilizado por el asegurado. Es diferente del pago de la prima del seguro de salud, contribución o tasa, pagados independientemente del cuidado médico recibido. Las formas de *cost-sharing* son: co-pago (*copayment*), participación con un valor fijo por cada servicio; co-seguro, porcentajes de los valores de los servicios; y las deducciones, que corresponden al monto que el paciente gasta para el

cuidado en salud en un determinado periodo antes de ser efectuados los pagos para el seguro.

- c) *Medicaid* presta asistencia a las familias consideradas de renta baja (pobres) y a ancianos indigentes. Regidos por la ley federal, los programas estatales *medicaid* deben cubrir algunos grupos, como jóvenes hasta 18 años pertenecientes a familias con una renta total por debajo del nivel federal del pobreza. *Está permitida la cobertura de mujeres embarazadas y niños menores de un año.*
- d) *Managed care* “atención gerenciada”, es un término genérico referido a los planes de salud que realizan acciones activas que afectan el tipo y la cantidad de cuidado que reciben sus asociados, con la mejor relación costo – efectividad. Difieren de los planes tradicionales básicamente porque poseen contratos detallados y relaciones laborales con los proveedores de cuidados de salud.
- e) *Guild Model* es un sistema de libre elección del médico por parte del paciente, libre prescripción para el médico, entendimiento y negociación directa entre médicos y pacientes con relación a los procedimientos, sin interferencia de terceros y finalmente, pago por servicio.
- f) *Managed competition*, en el modelo de competencia gerenciada se asume la imperfección del mercado de servicios sociales, resultante de la asimetría de informaciones y de la incapacidad de hacer factible la compra de servicios solo con el financiamiento privado, como contingencia que requiere un acuerdo distinto. Por consiguiente, se atribuye al estado la creación de mecanismos compulsorios de financiamiento y las funciones de normalización y regulación, de forma que garantice que el mercado de los seguros y los prestadores de servicios funciones dentro de las reglas públicas.<sup>63</sup>

---

<sup>63</sup> Tavares Quinhoes, Trajano Augustus y Fleury, Sonia, “La Reforma del sistema de salud de los Estados Unidos de América en los años 90’s”, *Salud Colectiva*, Argentina, 1(2), mayo – agosto 2005, pp 148-151



Por nombrar los más importantes aunque hay que aclarar que existen alguno otros programas y servicios; solo haciendo notar que las aseguradoras solo pueden ofrecer 10 planes estandarizados de salud.

## 1.2 Argentina

El Derecho a la Protección de la Salud no se encuentra como tal en la Constitución de éste país, sin embargo, dentro de algunos artículos de la misma es posible dilucidar algunos conceptos que podrían interpretarse como tal, a continuación expongo estos artículos, con el fin de analizarlos y llegar a una conclusión:

Constitución de la Nación Argentina

Primera Parte

Capítulo segundo

Nuevos Derechos y Garantías

Artículo 41. Todos los habitantes gozan del derecho a un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano y para que las actividades productivas satisfagan las necesidades presentes sin comprometer las de las generaciones futuras; y tienen el deber de preservarlo. El daño ambiental generará prioritariamente la obligación de recomponer, según lo establezca la ley.

Las autoridades proveerán a la protección de este derecho, a la utilización racional de los recursos naturales, a la preservación del patrimonio natural y cultural y de la diversidad biológica, y a la información y educación ambientales.

Corresponde a la Nación dictar las normas que contengan los presupuestos mínimos de protección, y a las provincias, las necesarias para complementarlas, sin que aquéllas alteren las jurisdicciones locales.

Se prohíbe el ingreso al territorio nacional de residuos actual o potencialmente peligrosos, y de los radiactivos.

Artículo 42. Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno.

Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos, a la educación para el consumo, a la defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados, al control de los monopolios naturales y legales, al de la calidad y eficiencia de los servicios públicos, y a la constitución de asociaciones de consumidores y de usuarios.

La legislación establecerá procedimientos eficaces para la prevención y solución de conflictos, y los marcos regulatorios de los servicios públicos de competencia nacional, previendo la necesaria participación de las asociaciones de consumidores y usuarios y de las provincias interesadas, en los organismos de control.<sup>64</sup>

En el primer artículo citado se hace mención sobre el cuidado del medio ambiente con el fin de lograr un desarrollo sano de la población en armonía con la naturaleza y los recursos naturales, lo que nos da luz del interés de mantener un

---

<sup>64</sup> <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>

equilibrio biopsicosocial de los habitantes y la diversidad biológica del país. No obstante, no se hace referencia específica a la Protección a la Salud, existe el interés del Estado por mantener sano al pueblo.

En el segundo artículo citado alude a la obligación de los prestadores de bienes y servicios de proteger la salud de sus clientes.

Sin embargo no existe, como tal, elevado a rango constitucional éste derecho. A continuación enumero los programas vigentes en materia de salud por parte del Gobierno en este rubro para la población:

1. **Política Nacional de Medicamentos.** Con la prescripción de medicamentos por nombre genérico se aseguró a las familias el acceso a medicamentos a bajos costos y se han distribuido gratuitamente mediante el Plan Remediar, 1.200.000 botiquines en 6.000 Centros de Salud de primer nivel, lo que significa la distribución de 78.000.000 de medicamentos a 15 millones de personas que no tenían acceso.
2. **Ampliación de la cobertura del 40 al 70% en los medicamentos necesarios en las enfermedades crónica más frecuentes.**
3. **Plan "Nacer", brinda cobertura médica gratuita a todas las mujeres embarazadas y niños de hasta 6 años de edad que carezcan de la misma.** Más de 1.500.000 niños, niñas y embarazadas se inscribieron en el Plan Nacer y se realizaron 21.000.000 de prestaciones médicas a través de este Plan.
4. **Acceso gratuito a métodos anticonceptivos hormonales, dispositivos intrauterinos (DIU) y preservativos.** A inicios del 2003 sólo 7 provincias contaban con programas de salud reproductiva. Hoy la totalidad de las provincias cuenta con algún programa de este tipo gracias a los insumos distribuidos desde el programa nacional de Salud Reproductiva.
5. **Programa de Trazabilidad de Medicamentos** para combatir la adulteración de remedios oncológicos y para el tratamiento de enfermedades como la hemofilia y el VIH-SIDA.
6. **Ley de Medicina Prepaga** regulando las prestaciones para 4 millones y medio de usuarios. Las prepagas no podrán negar la afiliación a personas

que padezcan enfermedades preexistentes o que cuenten con edad avanzada.<sup>65</sup>

### 1.3 España

Este país es uno dentro del cual el Derecho Sanitario ha tenido más desarrollo en todo él urbe, tiene múltiples ordenamientos salvaguardando este derecho.

El artículo 43 de la Constitución Española contempla el derecho a la protección a la salud que tienen todos los ciudadanos españoles.

#### **Artículo 43.**

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.<sup>66</sup>

En los artículos 44 al 48 de la Ley General de Sanidad:

#### TÍTULO III.

#### DE LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO.

#### CAPÍTULO I.

#### DE LA ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO.

#### Artículo 44.

1. Todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el Sistema Nacional de Salud.
2. El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley.

#### Artículo 45.

El Sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo previsto en la presente Ley, son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

#### Artículo 46.

Son características fundamentales del Sistema Nacional de Salud:

- a. La extensión de sus servicios a toda la población.
- b. La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.
- c. La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.

---

<sup>65</sup> <http://www.presidencia.gov.ar/component/content/article/102-obra-de-gobierno/1308-salud>

<sup>66</sup> [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/constitucion.t1.html#c3](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/constitucion.t1.html#c3)

- d. La financiación de las obligaciones derivadas de esta Ley se realizará mediante recursos de las Administraciones públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.
- e. La prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

Artículo 48. El Estado y las Comunidades Autónomas podrán constituir comisiones y comités técnicos, celebrar convenios y elaborar los programas en común que se requieran para la mayor eficacia y rentabilidad de los servicios sanitarios.<sup>67</sup>

En los artículos que preceden se establece el carácter de derecho social que la salud como derecho tiene y como el Estado se encarga de hacer valer dicho derecho a toda persona, aún no siendo ciudadano español.

Observando los tres sistemas de salud de los países estudiados, apreciamos el carácter prioritario de la salud, dejando por un lado el consumismo para los norteamericanos representa su salud, siempre se está cuidando este rubro ya que implica no solo la salud individual, sino la salud pública y la repercusión económica que causa.

Así mismo, se aprecia que el desarrollo de este tema está más elaborado y con una conciencia social neta en nuestro país, que como es bien sabido, es pionero a nivel mundial en derecho social y derechos humanos.

---

<sup>67</sup> [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/I14-1986.t3.html#c1](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/I14-1986.t3.html#c1)

## **CAPÍTULO V. ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

**"La inteligencia consiste no sólo en el conocimiento, sino también en la destreza de aplicar los conocimientos en la práctica".**

**Aristóteles**

### **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 Análisis de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 “Atención a la Mujer durante el Embarazó, el Parto y el Puerperio y del Recién Nacido”**

El análisis de esta norma es vital para poder llevar a buen término el presente trabajo de investigación, dado que servirá de muestra de la gran cantidad de leyes, reglamentos y normas existentes en el sector salud y que el médico tiene la obligación de conocer y aplicar ya que de lo contrario puede caer en responsabilidades ya descritas, mala práctica y negligencia, con las consecuencias que esto implica.

Por otro lado se escogió esta norma en virtud de la cantidad de muertes materno infantil que todavía prevalece en el país y de la que más adelante presentare estadísticas que hacen más claro el problema que desgraciadamente todavía existe en México.

A continuación transcribo lo más importante de la norma para su análisis:

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.

#### **0. Introducción**

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

De esta manera procedimientos frecuentemente usados para aprontar el parto, por señalar sólo algunos ejemplos, la inducción del mismo con oxitocina o la ruptura artificial de las membranas amnióticas, han sido revalorados en vista de que no aportan beneficios y sí contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad materno-infantil, por lo que su uso debe quedar limitado a ciertos casos muy seleccionados. Otros como la anestesia utilizada indiscriminadamente en la atención del parto

normal, efectuar altas proporciones de cesáreas en una misma unidad de salud o el realizar sistemáticamente la revisión de la cavidad uterina postparto, implican riesgos adicionales y su uso debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados. Algunos de estos procedimientos aún persisten como parte de las rutinas en la atención del parto, por lo que deben modificarse en las instituciones. No se trata de limitar el quehacer de los profesionistas, sino que a partir del establecimiento de lineamientos básicos se contribuya a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud. En la medida que se cuente con tecnología de mayor complejidad y por ende con el personal idóneo para su manejo e indicación precisa, este tipo de avances en la medicina deben ser utilizados.

Las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente y se corresponsabiliza junto con su pareja (o familia), y con el médico en el cuidado de su propia salud.

A fin de mejorar los servicios a la población materno-infantil, en algunas instituciones se han desarrollado normas y procedimientos para la atención en la materia, como es el caso del parto psicoprofiláctico, pero no tienen difusión generalizada ni un carácter uniforme, bien sea porque no son revisadas periódicamente o porque en algunos casos se adolece del conocimiento actualizado. Este tipo de prácticas en las unidades que han desarrollado su utilización y cuando la mujer lo solicite lo pueden llevar a cabo.

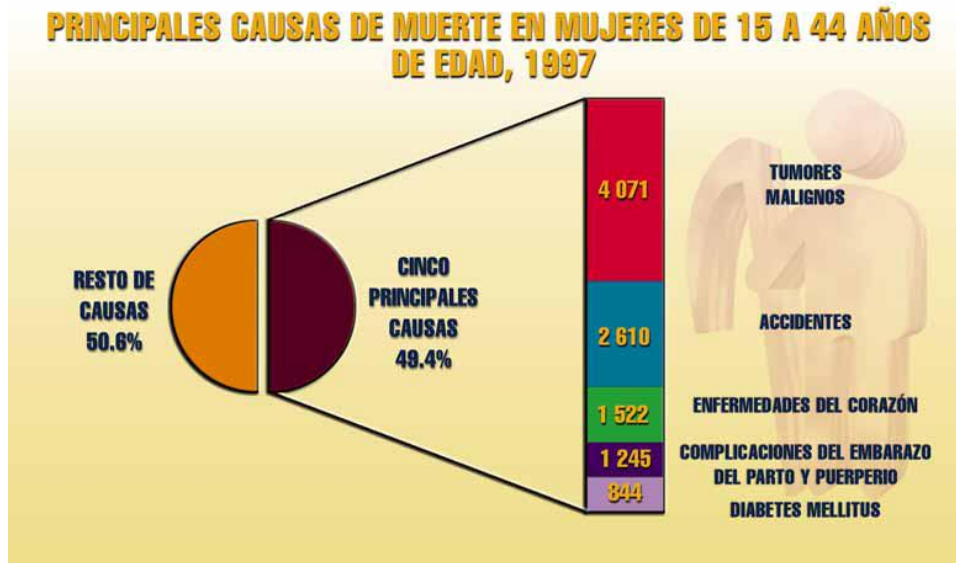
Como puede verse, es necesario efectuar algunos cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil que deben ser normados a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera la Norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención y señalará pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil, atribuible a la atención por parte de los prestadores de servicios y las instituciones.

Como se puede observar, la principal razón para la elaboración de ésta, y en general de todas las normas oficiales mexicanas, es tener estándares de calidad que redunden en beneficios para los usuarios, y en este caso en particular, reducir al máximo la muerte materno infantil derivados de malas prácticas durante la gestación y el parto, algunas de ellas hechas por generaciones, por lo tanto difíciles de erradicar, sobre todo en los médicos de generaciones pasadas y parteras.

También es importante hacer notar que la morbimortalidad materno infantil sigue siendo un problema grave en nuestro país, y que se presenta con más frecuencia de la que podríamos pensar, siendo un rubro importante en el Plan Nacional de Salud, a fin de prestar atención médica temprana a las mujeres gestantes de todos los sectores de la población. Desgraciadamente, es común enterarnos de las prácticas discriminatorias que los prestadores de servicios de

salud ejecutan con cientos de mujeres al llegar a requerir atención, incurriendo así en responsabilidad administrativa y civil.

En la gráfica que presento y cuya fuente es el INEGI, podemos apreciar que dentro de las cinco principales causas de muerte en mujeres de 15 a 44 años de edad se encuentran las relacionadas al embarazo, parto y puerperio:



68

#### 1. Objetivo

Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.

Estos criterios deben fundamentarse en los principios bioéticos que ya se han mencionado en capítulos anteriores, así como en la *lex artis* médica, con el fin de cumplir con lo estipulado en toda la legislación y planes de salud; el problema se encuentra principalmente en el desconocimiento de la mayor parte de los prestadores de servicios de salud de las normas existentes e inclusive de la ley general de salud y sus reglamentos, en específico el reglamento de la Ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica, y este es el punto medular de la presente investigación.

<sup>68</sup> <http://www.inegi.org.mx/default.aspx>

En posteriores capítulos tratare de mostrar el “entramado” normativo al que se enfrentan los médicos y prestadores de servicios, que hacen que el cumplimiento de los ordenamientos se convierta en un *via crucis* para estos.

## 2. Campo de aplicación

Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos.

En este apartado se observa la obligatoriedad del cumplimiento de la norma, tanto para los sectores público como para el privado, extensivo para todo el territorio nacional, por lo que en ningún rincón del país debe desatenderse a este sector de la población, aun siendo de las poblaciones indígenas, en cuyo caso, con lo que hay que luchar es contra los usos y las costumbres.

## 3. Referencias

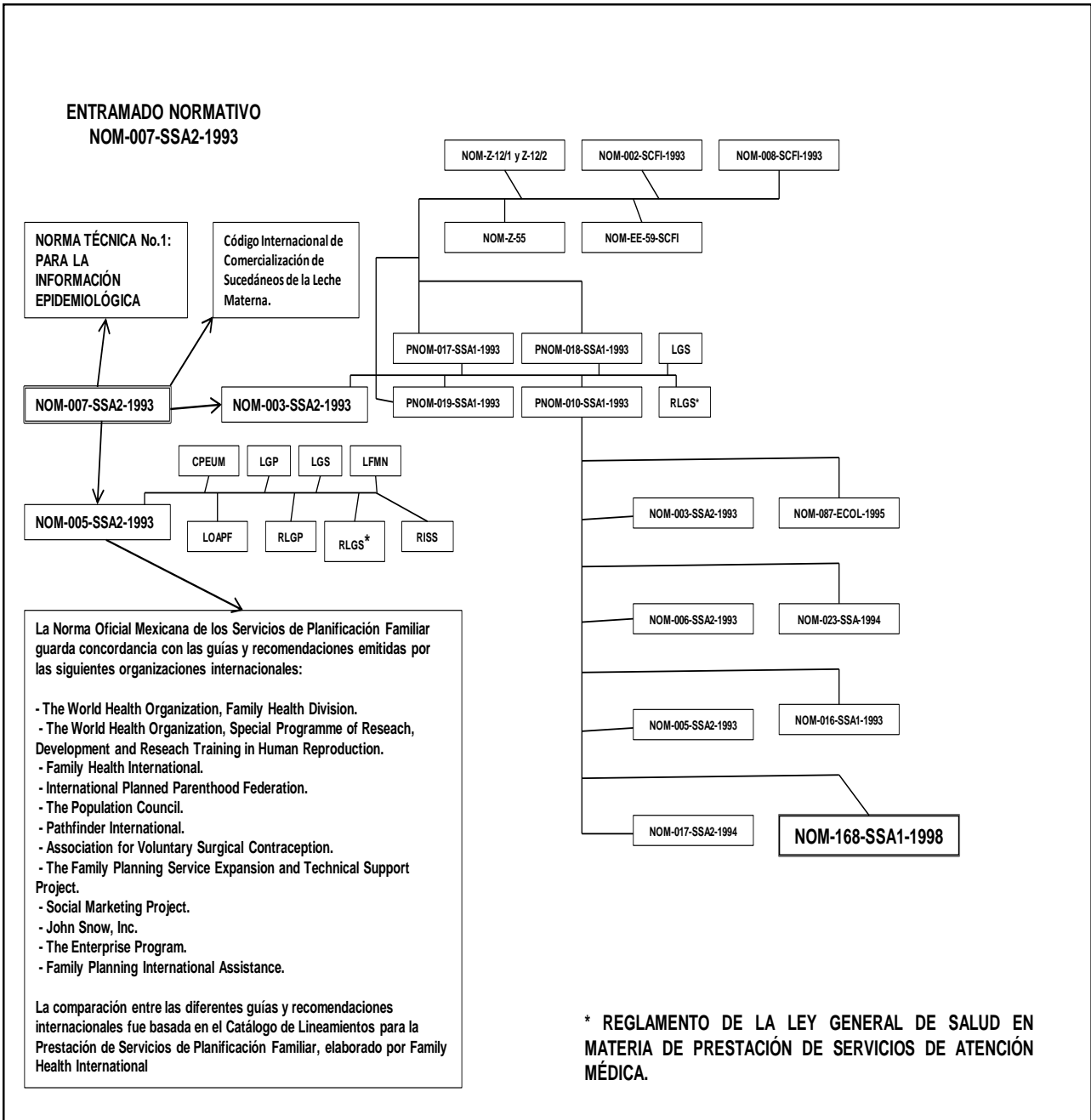
Para la correcta aplicación de esta Norma, es conveniente consultar la siguiente norma técnica 1): para la Información Epidemiológica (Diario Oficial de la Federación del 7 de Julio de 1986).

Asimismo deben consultarse la Norma Oficial Mexicana "NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos", así como la Norma Oficial Mexicana "NOM-005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar".

En este punto quiero hacer énfasis y presentar gráficamente la maraña de normas y leyes que enfrentan los trabajadores de la salud, sin embargo, la intención no es justificar la mala praxis, la falta de pericia y las negligencias en la que muchos de estos trabajadores incurren, y mucho menos que eludan las responsabilidades y reparaciones de los daños que puedan causar. Así mismo, el desconocimiento de la ley no exime de su cumplimiento, por lo que toda la normatividad vigente en este sector debe ser acatado, lo que trato de demostrar es que en nuestro país, esta normatividad es muy numerosa, además de la falta de enseñanza legal en las escuelas de medicina, factor que contribuye al aumento de quejas y la aparición del fenómeno de MEDICINA DEFENSIVA.

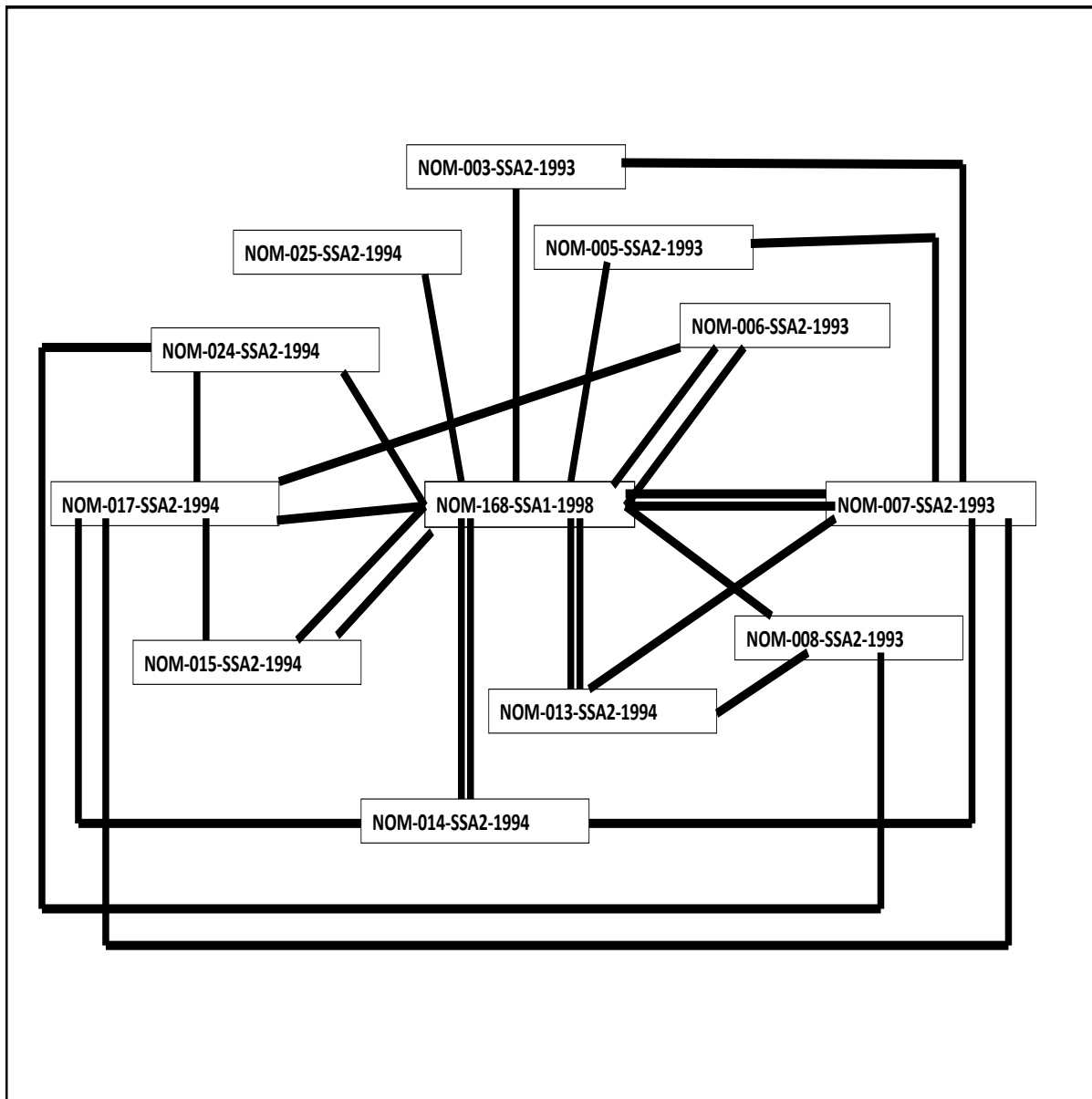
Con las siguientes gráficas espero poder dar una idea de lo anteriormente expresado, en primer lugar de la norma NOM-007-SSA2-1993, que es la norma analizada en el presente trabajo, posteriormente hacer la representación gráfica de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 Del Expediente Clínico, documento clave en la atención médica y fundamental para dirimir controversias médico-paciente:





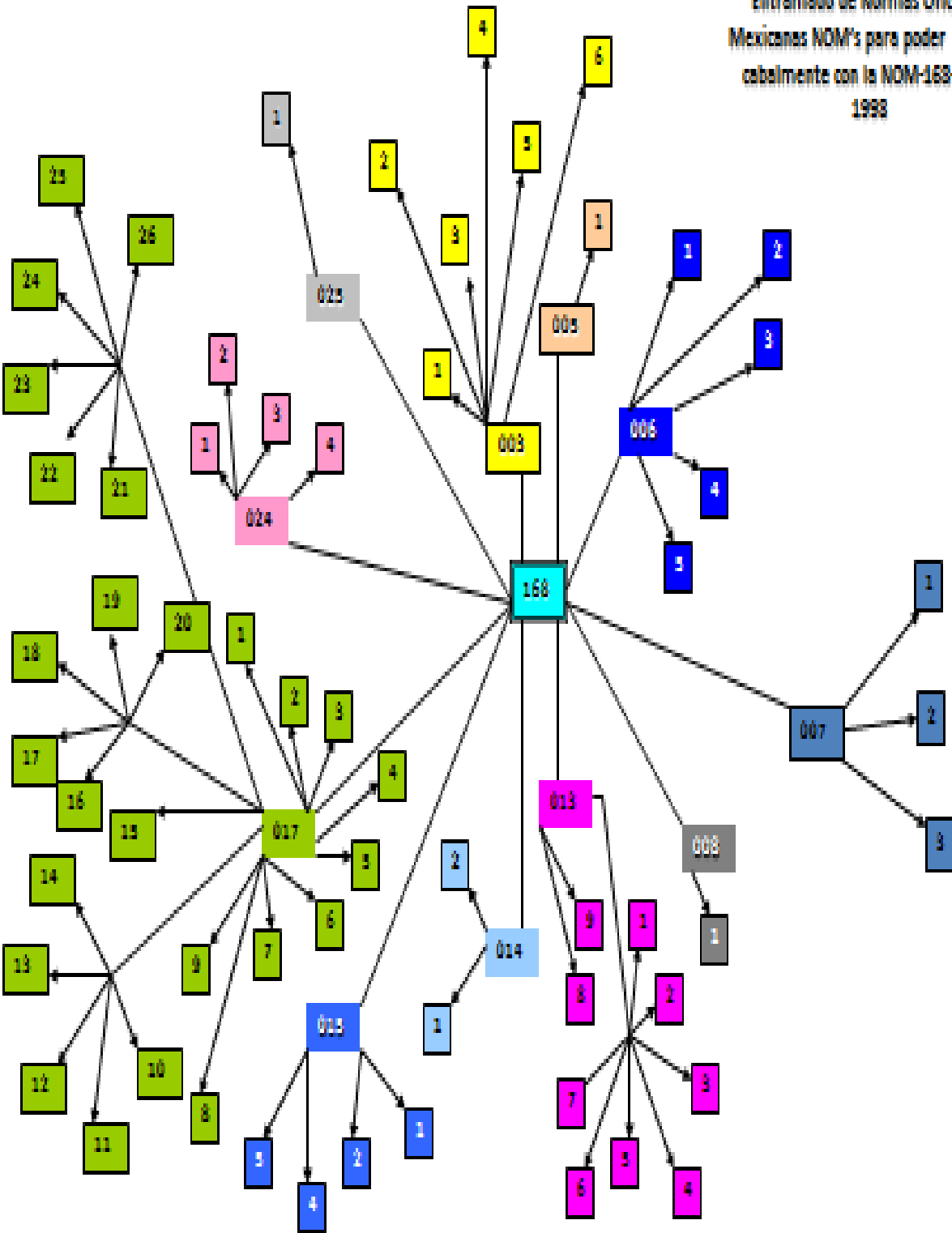
Como puede observarse en el cuadro que presento, la norma en cuestión se ramifica, para su cabal cumplimiento, en otros ordenamientos, por lo que al tener incumplimiento en alguno de los ordenamientos, automáticamente se tiene incumplimiento en todos, en virtud que se encuentran interrelacionados unos con otros.

En el cuadro también se da especial importancia a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 Del Expediente Clínico por las razones ya citadas, en seguida hago el mismo ejercicio con esta norma:



En la gráfica que precede se aprecia como esta norma se entrelaza en una primera “generación”, por llamarla de alguna manera.

Entramado de Normas Oficiales Mexicanas NOM's para poder cumplir cabalmente con la NOM-168-SSA2-1998



*003.- Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.*

003.1.- El título decimocuarto de la Ley General de Salud: Control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos

003.2.- El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

003.3.- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA1-93, de los reactivos hemoclasificadores para determinar grupos del sistema ABO

003.4.- Norma Oficial Mexicana NOM-018-SSA1-93, del reactivo anti Rh para identificar el antígeno D

003.5.- Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA1-93, del reactivo antiglobulina humana para la prueba de Coombs

003.6.- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

*005.- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar*

005.1.- La Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar guarda concordancia con las guías y recomendaciones emitidas por las siguientes organizaciones internacionales:

- The World Health Organization, Family Health Division.
- The World Health Organization, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction.
- Family Health International.
- International Planned Parenthood Federation.
- The Population Council.
- Pathfinder International.
- Association for Voluntary Surgical Contraception.
- The Family Planning Service Expansion and Technical Support Project.
- Social Marketing Project.
- John Snow, Inc.
- The Enterprise Program.

- Family Planning International Assistance.

La comparación entre las diferentes guías y recomendaciones internacionales fue basada en el Catálogo de Lineamientos para la Prestación de Servicios de Planificación Familiar, elaborado por Family Health International

*006.- Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud.*

006.1 NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

006.2 NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.

006.3 NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.

006.4 NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

006.5 NOM-036-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano.

*007.- 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*

007.1.- Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

007.2.- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar

007.3.- Norma Técnica No. 1. Sobre la Información Epidemiológica(DOF del 7 de Julio de 1986)

*008.- NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993, Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.*

Correspondencia con normas internacionales: Medición del Cambio del Estado Nutricional. OMS, Ginebra, 1983. Tomadas de NCHS. Growth Curves for Children, Birth 18 years, 1977. Evaluación del Desarrollo Psicomotor del niño menor de 5 años (Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano CLAP-OPS/OMS).

*013.- Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales.*

013.1 NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

013.2 NOM-009-SSA2-1993 Para el fomento de la salud del escolar.

013.3 NOM-041-SSA1-1993 Bienes y servicios, agua purificada y envasada.

013.4 NOM-012-SSA1-1993 Requisitos sanitarios que deben cumplir los sistemas de abastecimiento de agua para uso y consumo humano públicos y privados.

013.5 NOM-040-SSA1-1993 Bienes y servicios, sal yodada y sal yodada fluorurada.

013.6 NOM-010-SSA2-1993 Para la Prevención y Control de la Infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana.

013.7 NOM-087-ECOL-1997 Establece los requisitos para la separación, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico - infecciosos que se generan en establecimientos que prestan atención médica.

013.8 NOM-008-SSA2-1993 Para el control de la nutrición crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente.

013.9 \*NOM-168-SSA1-1998 Del Expediente Clínico.

*014.- Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.*

014.1.- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica.

014.2.- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico

*015.- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes*

015.1 NOM-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica.

015.2 NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.

015.3 NOM-174-SSA1-1998, Para el Manejo Integral de la Obesidad.

015.4 NOM-030-SSA2-1999, Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial.

*017.- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.*

017.1.- NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

017.2.- NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria de salud.

017.3.- NOM-020-SSA-1-1993, Salud Ambiental, criterio para evaluar la calidad del aire, ozono (O<sub>3</sub>). Valor permisible para la concentración de ozono en el aire ambiente como medida de protección a la salud de la población

017.4.- NOM-021-SSA1-1993, Salud Ambiental, criterio para evaluar la calidad del aire monóxido de carbono (CO). Valor permisible para la concentración de monóxido de carbono en el aire ambiente como medida de protección a la salud

017.5.- NOM-022-SSA1-1993, Salud Ambiental, criterio para evaluar la calidad del aire de dióxido de azufre (SO<sub>2</sub>). Valor permisible para la concentración de dióxido de azufre en el aire ambiente como medida de protección a la salud

017.6.- NOM-023-SSA1-1993, Salud Ambiental, criterio para evaluar la calidad del aire de dióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>). Valor permisible para la concentración de dióxido de nitrógeno en el aire ambiente como medida de protección a la salud

017.7.- NOM-024-SSA1-1993, Salud Ambiental, criterio para evaluar la calidad del aire partículas suspendidas totales (PST). Valor permisible para la concentración de partículas suspendidas totales en el aire ambiente como medidas de protección a la salud

017.8.- NOM-025-SSA1-1993, Salud Ambiental, criterio para evaluar la calidad del aire partículas menores de 10 micras (PM<sub>10</sub>). Valor permisible para la concentración de partículas menores de 10 micras en el aire ambiente como medida de protección a la salud

017.9.- NOM-026-SSA1-1993, Salud Ambiental, criterio para evaluar la calidad del aire plomo (Pb). Valor permisible para la concentración de plomo en el aire ambiente como medida de protección a la salud.

- 017.10.- NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino
- 017.11.- NOM-011-SSA2-1993, Para la prevención y control de la rabia.
- 017.12.- NOM-022-SSA2-1994, Para la prevención y control de la brucelosis en el hombre, en el primer nivel de atención
- 017.13.- NOM-021-SSA2-1994, Para la vigilancia, prevención y control del complejo teniosis/ cisticercosis en el primer nivel de atención médica
- 017.14.- NOM-064-SSA1-1993, Para el establecimiento de las especificaciones sanitarias de reactivos utilizados para diagnóstico
- 017.15.- NOM-024-SSA2-1994, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera
- 017.16.- NOM-024-SSA2-1994, Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud
- 017.17.- NOM-001-STPS-1993, Relativo a las condiciones de seguridad e higiene en los edificios, locales, instalaciones y áreas de los centros de trabajo
- 017.18.- NOM-087-ECOL-1995, Que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica
- 017.19.- NOM-052-ECOL-1993, Que establece las características de los residuos peligrosos, el listado de los mismos y los límites que hacen a un residuo peligroso por toxicidad al ambiente
- 017.20.- NOM-029-ECOL-1993, Que establece los límites máximos permisibles de contaminantes en las descargas de aguas residuales a cuerpos receptores provenientes de hospitales
- 017.21.- NOM-031-ECOL-1993, Que establece los límites máximos permisibles de contaminantes en las descargas de aguas residuales provenientes de la industria, actividades agro-industriales, de servicios y el tratamiento de aguas residuales a los sistemas de drenaje y alcantarillado urbano o municipal.



017.22.- NOM-005-STPS-1993, Relativa a las condiciones de seguridad en los centros de trabajo para el almacenamiento, transporte y manejo de sustancias inflamables y combustibles

017.23.- NOM-018-STPS-1993, Relativa a los requerimientos y características de los servicios de regaderas, vestidores y casilleros en los centros de trabajo

017.24.- NOM-025-STPS-1993, Relativa a los niveles y condiciones de iluminación que deben tener los centros de trabajo

017.25.- NOM-028-STPS-1994, Seguridad del código de colores para líquidos y gases

017.26.- NOM-029-Z00-1995, Características y especificaciones para las instalaciones y equipo de laboratorios de pruebas y/o análisis en materia zoosanitaria

*024.- Norma oficial mexicana NOM-024-SSA2-1994, Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud.*

024.1.- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica.

024.2.- Norma Oficial Mexicana NOM-023-SSA2-1994 para el Control, Eliminación y Erradicación de las Enfermedades Evitables por Vacunación.

024.3.- Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA2-1994 para la Prestación de Servicios de Atención Primaria a la Salud.

024.4.- Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993 para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

*025.- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-SSA2-1994, PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN UNIDADES DE ATENCION INTEGRAL HOSPITALARIA MEDICO-PSIQUIATRICA*

025.1.- Esta Norma tiene concordancia con la Norma Internacional "Principios para la Protección de las Personas que Padecen Enfermedades Mentales y para el Mejoramiento de la Atención a la Salud Mental", publicada por el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, en febrero de 1991.

Desde esta óptica es fácil comprender porque los profesionales de la salud no cumplen con la normatividad existente, y sólo están graficados hasta una tercera “generación” pero podríamos seguir y esta maraña de normas seguiría creciendo.

Aun siendo técnico en Derecho resulta complicado el estudio y aplicación de la legislación que se presenta, y se dificulta más si sabemos que la materia de trabajo son seres vivos, que responden individualmente a tratamientos y procedimientos, de ahí que resulte de vital importancia para la protección de ambos –médico y paciente- el consentimiento informado, además de un mejor conocimiento legal por parte de los prestadores de servicios de la salud.

#### 5. Especificaciones

##### 5.1 Disposiciones generales

5.1.1 La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.

De cumplirse este punto y en general la norma no tendríamos los juicios mediáticos en los que con frecuencia se ve a usuarias que son traídas de un hospital a otro sin que reciban atención. El incumplimiento de este punto tiene por necesidad la imputación de responsabilidades, tanto administrativas, como civiles y la obligación de, tanto las instituciones como de los médicos responsables del servicio de gineco-obstetricia, reparar los daños que pudiesen causarse y las consecuencias jurídicas que ello acarrea.

5.1.2 En la atención a la madre durante el embarazo y el parto debe de vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración.

Prácticas que en la actualidad son difíciles de erradicar, sobre todo el uso de Oxitocina para lograr por más tiempo contracciones uterinas y dilatación pélvica.

5.1.3 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez en la atención.

Esta parte es atendiendo al reglamento de la ley general de salud en materia de atención médica, ya descrito en el capítulo III, y al trato digno y profesional que merecen todos los habitantes del país y en especial las mujeres en gestación y los neonatos.

5.1.4 Las mujeres y los niños referidos por las parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad deben ser atendidos con oportunidad en las unidades donde sean referidas.

Lo que significa que los casos que no puedan ser resueltos por este personal, tiene que ser remitido a clínicas y hospitales para la atención oportuna y aplicación de los procedimientos adecuados y normados para llevar a buen fin cada una de las situaciones que se presentan en partos distócicos.

Como ya se comentó antes, existen restricciones para que el personal no profesional atiendan partos y puerperios.

5.1.5 La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contrarreferencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención).

5.1.6 Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:

- elaboración de historia clínica;

#### ***NOM-168-SSA1-1998 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.***

- identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales);
- medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración;
- medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración;
- valoración del riesgo obstétrico;
- valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto;
- determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo);
- determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil D<sub>μ</sub>), se recomienda consultar la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes, con fines terapéuticos;
- examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36;
- detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad;
- prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico;
- prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo);
- aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales;
- orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada;
- promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada;
- promoción de la lactancia materna exclusiva;
- promoción y orientación sobre planificación familiar;
- medidas de autocuidado de la salud;
- establecimiento del diagnóstico integral.

Todas estas medidas deben anotarse puntualmente en la historia clínica, a fin que exista evidencia de la correcta aplicación de la norma; así mismo el expediente tiene que contener todas las notas que el médico crea pertinente sobre cada caso en particular. Recordemos que la presente NOM se basa en los avances científicos de vanguardia en el campo gineco-obstetra.

5.4.1.1 A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma;

#### ***-NUEVAMENTE ENCONTRAMOS NOM-168-SSA1-1998 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO-***

5.4.1.2 Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica;

5.4.1.3 No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta;

Se hace obvia la importancia del consentimiento informado en la toma de decisiones conjunta -médico – paciente- para la administración de medicamentos y la forma de tratar cada caso en particular, cumpliendo con los requisitos básicos de:

1. Libertad de decisión (ausencia de error, violencia o dolo),
2. Explicación adecuada, suficiente y comprensible.
3. Competencia para decidir
4. Suscrita por paciente, familiar o responsable.

5.4.1.4 No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto;

5.4.1.5 En los hospitales se requiere la existencia de criterios técnicos médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía y el ultrasonido;

5.4.1.6 Toda unidad médica con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice idealmente se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos, por lo que las unidades de atención médica deben aproximarse a estos valores;

5.4.1.7 El rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto debe realizarse por indicación médica e informando a la mujer;

5.4.1.8 La episiotomía debe practicarse sólo por personal médico calificado y conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer;

5.4.2 El control del trabajo de parto normal debe incluir:

5.4.2.1 La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos;

5.4.2.2 La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo del parto y el criterio médico;

5.4.2.3 El registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, considerando la evolución clínica;

5.4.2.4 Mantener la hidratación adecuada de la paciente;

5.4.2.5 El registro de los medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto;

5.4.3 Para la atención del periodo expulsivo normal se debe efectuar el aseo perineal y de la cara interna de los muslos y no se debe hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión.

5.4.4 Para la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso. Puede aplicarse oxitocina o ergonovina a dosis terapéuticas, si el médico lo considera necesario.

5.4.5 Los datos correspondientes al resultado del parto deben ser consignados en el expediente clínico y en el carnet perinatal materno incluyendo al menos los siguientes datos:

- Tipo de parto;

- Fecha y hora del nacimiento;

- Condiciones del recién nacido al nacimiento: sexo, peso, longitud, perímetro cefálico, Apgar al minuto y a los cinco minutos, edad gestacional, diagnóstico de salud y administración de vacunas;

- Inicio de alimentación a seno materno;

- En su caso, método de planificación familiar posparto elegido.

Los puntos descritos anteriormente son la columna vertebral del seguimiento correcto de un parto, así como de los documentos que se deben elaborar y anexar al expediente clínico, pero que en la práctica son deficientes o nulos en la mayoría de los casos, si bien por falta de interés (negligencia), o por falta de educación legal de los médicos y auxiliares, recordando que el desconocimiento de las normas no los eximen de su cumplimiento; en caso de queja o demanda un buen expediente clínico es la documental pública de mayor peso en favor del médico, si es que este lo integro correctamente y tomo tiempo para capacitarse legalmente, la cual es la mejor arma contra daños a su profesión, ya que en la práctica también se detectan personas que tratan de hacer de estas demandas su *modus vivendi*, aprovechando la *ignorancia* legal de los profesionales de la salud y, de la mayoría de los abogados en el terreno del derecho sanitario y la legislación nacional en el campo.

5.5 Atención del puerperio

5.5.1 Puerperio Inmediato: (primeras 24 horas posparto normal)

5.5.1.2 Toda unidad médica con atención obstétrica deberá contar con procedimientos por escrito para la vigilancia del puerperio inmediato y debe incluir:

5.5.1.3 En los primeros 30 minutos el inicio de la lactancia materna exclusiva en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan y la indicación de alimentación a seno materno a libre demanda.

5.5.1.4 En las primeras dos horas la verificación de normalidad del pulso, tensión arterial y temperatura, del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de la micción. Posteriormente cada 8 horas.

5.5.1.5 En las primeras 6 horas favorecer la deambulación, la alimentación normal y la hidratación, informar a la paciente sobre signos y síntomas de complicación.

5.5.1.6 Se recomienda aplicar a las madres Rho (D) negativas, con producto Rho positivo, la globulina inmune anti-Rho preferentemente dentro de las primeras 72 horas siguientes al parto, aborto, cesárea, amniocentesis o cualquier otro evento obstétrico invasivo capaz de ocasionar hemorragia fetomaterna y que pueda condicionar en la madre inmunización al antígeno "D" que estuviese en la superficie de los glóbulos rojos del producto.

5.5.1.7 Durante el internamiento y antes del alta, orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva y los signos de alarma que ameritan atención médica de ambos.

5.5.1.8 Se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio normal se lleve a cabo preferentemente con un mínimo de tres controles.

5.5.1.9 Puerperio Mediato: (2o. al 7o. día) y tardío (8o. a 42o. día)

- Se deberá proporcionar un mínimo de tres consultas, con una periodicidad que abarque el término de la primera semana (para el primero), y el término del primer mes (para el tercero); el segundo control debe realizarse dentro del margen del periodo, acorde con el estado de salud de la mujer.

- Se vigilará la involución uterina, los loquios, la tensión arterial, el pulso y la temperatura;

- Se orientará a la madre en los cuidados del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, sobre métodos de planificación familiar, la alimentación materna y acerca de los cambios emocionales que pueden presentarse durante el postparto.

5.6 Atención del recién nacido

5.6.1 La atención del recién nacido vivo implica la asistencia en el momento del nacimiento, así como el control a los 7 días y a los 28 días.

5.6.2 Toda unidad médica con atención obstétrica deberá tener normados procedimientos para la atención del recién nacido que incluyan reanimación, manejo del cordón umbilical, prevención de cuadros hemorrágicos con el empleo de vitamina K 1 mg. intramuscular y la prevención de la oftalmía purulenta, examen físico y de antropometría (peso, longitud y perímetro cefálico), tablas para la valoración de Apgar del APENDICE B (Normativo), así como para valorar la edad gestacional, madurez física y madurez neuromuscular de acuerdo con el APENDICE C (Normativo) [a criterio de la institución, se podrá utilizar cualquiera de las dos opciones que se incluyen], vacunación BCG y antipoliomielítica, el alojamiento conjunto madre/hijo y la lactancia materna exclusiva;

5.6.3 Se recomienda investigar rutinariamente en el recién nacido de madre Rh negativa que se sospeche riesgo de isoimmunización, el grupo ABO, el factor Rho (D), su variante débil D<sub>μ</sub> y la prueba de antiglobulina directa (prueba de Coombs).

5.6.4 En el recién nacido debe eliminarse como práctica rutinaria y sólo por indicación médica realizarse la aspiración de secreciones por sonda, lavado gástrico, ayuno, administración de soluciones glucosadas, agua o fórmula láctea, el uso de biberón y la separación madre hijo.

5.6.5 En ningún caso, se mantendrá a un recién nacido en ayuno por más de cuatro horas, sin el aporte cuando menos de soluciones glucosadas y más de 4 días sin nutrición natural o artificial, si la unidad médica no cuenta con el recurso deberá remitir el caso a la unidad correspondiente para su valoración y tratamiento.

5.7 Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva

5.7.1 Toda unidad médica de atención obstétrica deberá tener criterios y procedimientos para la protección y fomento de la lactancia materna exclusiva, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

5.7.2 Estos criterios y procedimientos deben ser la base para la capacitación del personal e información a las madres.

5.7.3 Toda unidad de atención médica deberá tener criterios y procedimientos para el alojamiento conjunto del recién nacido normal y la madre, durante su permanencia en ésta.

5.7.4 La atención a la madre durante la lactancia, debe comprender la vigilancia estrecha de la prescripción y uso de medicamentos con efectos indeseables en el niño. El médico responsable de la atención de la madre debe informar al médico responsable de la atención del recién nacido, cuando sean diferentes, del empleo de cualquier medicamento en la madre durante el puerperio.

5.7.5 Las unidades médicas deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Deberá informarse diariamente a embarazadas y puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y los riesgos derivados del uso del biberón y leches industrializadas.

5.7.6 En las unidades médicas, no se permite la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna.

5.7.7 En las unidades de salud, no se emplearán representantes de servicios profesionales, de enfermeras de maternidad o personal análogo remunerado por los fabricantes o los distribuidores de los productos lácteos.

5.7.8 Los fabricantes o distribuidores de sucedáneos de la leche materna no ofrecerán incentivos financieros o materiales al personal de las unidades de salud con el propósito de promover sus productos.

5.7.9 Queda sujeta la entrega y/o indicación de sucedáneos de la leche materna a menores de cuatro meses, únicamente bajo prescripción médica y con justificación por escrito, en las unidades de atención de parto y en las de consulta externa.

Los puntos que preceden son en su totalidad para la buena resolución del puerperio, estadio importantísimo en la recuperación de la paciente recién parida, ya que es aquí donde se presentan la mayoría de los problemas y muertes de las madres, por infecciones y descuidos, pero también por indicaciones deficientes o nulas por parte del médico, o bien por una *mala praxis* en el procedimiento, donde en ocasiones se dejan restos de placenta en el interior de útero, convirtiéndose en un puerperio patológico, que si a su vez no es atendido a tiempo, conduce a la muerte de la paciente, por lo que dentro de este apartado, también se dan las indicaciones de alarma para acudir a recibir la atención pertinente, lo cual también involucra el consentimiento informado, por que como ya se dijo, esta contempla la información no sólo del procedimiento, sino de las posible complicaciones postquirúrgicas.

5.8 Manejo del niño con bajo peso al nacimiento

5.8.1 Al nacimiento, utilizar la curva de crecimiento intrauterino para clasificar al recién nacido y tomar las medidas pertinentes en su manejo de conformidad con el APENDICE D (Normativo). Se recomienda utilizar la clasificación mexicana de Jurado García o la clasificación internacional adaptada de Battaglia y Lubchenco.

5.8.2 Las instituciones de salud deben promover que la atención de la amenaza de parto pretérmino, el parto pretérmino, el recién nacido pretérmino y el retraso del crecimiento intrauterino se lleve a cabo en unidades de segundo o tercer nivel o por personal especializado.

5.8.3 Se debe promover que el recién nacido de bajo peso sea alimentado con leche materna y la creación de "bancos de leche" materna en las instituciones donde se hospitalizan niños de pretérmino que no pueden ser alimentados por la madre.

5.8.4 Los padres deben ser instruidos sobre los cuidados domiciliarios del recién nacido de bajo peso.

5.9 Prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito.

5.9.1 La prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito, se debe llevar a cabo a través de la promoción de la salud, el diagnóstico y tratamiento oportuno:

5.9.1.1 Toda unidad que atienda partos y recién nacidos debe efectuar el examen de tamiz neonatal entre las 48 horas y preferiblemente antes de la segunda semana de vida, mediante la determinación de tirotrópina (TSH) en sangre extraída por punción del talón o venopunción colectada en papel filtro (la prueba debe efectuarse antes del primer mes, para evitar daño cerebral que se manifiesta por retraso mental). La muestra puede ser tomada en el transcurso de la primera media hora a través de sangre del cordón umbilical, lo que debe explicitarse en la hoja del papel filtro que se envía al laboratorio.

5.9.1.2 La muestra de sangre debe remitirse a un laboratorio previamente definido a nivel de la institución que corresponda o de conformidad con convenios de coordinación establecidos para el efecto. El resultado debe remitirse a la unidad de salud correspondiente, en un plazo no mayor de dos semanas.

5.9.1.3 El diagnóstico de un caso comprobado de hipotiroidismo congénito, se establece por determinación de tirotrópina y tetrayodotironina (T4) en suero de sangre extraída.

5.9.1.4 El tratamiento del caso comprobado de hipotiroidismo congénito, se debe llevar a cabo por administración de hormona tiroidea a dosis terapéutica (10 a 12 microgramos de L-tiroxina por kilo de peso por día).

5.9.1.5 El control y el tratamiento del paciente debe continuarse, y por ningún motivo suspenderse hasta que alcance una edad neurológica equivalente a los dos años. Si se requiere corroborar el diagnóstico, a partir de este momento se puede suspender durante 6 a 8 semanas el tratamiento, y realizar nuevos exámenes tiroideos.

#### Cuidados del recién nacido paso a paso.

5.10 Promoción de la salud materno-infantil

5.10.1 La promoción de la salud se debe llevar a cabo en la comunidad y en la unidad de salud, de los sectores público y social y en su caso el privado (a nivel unidad). Las instituciones y unidades deben establecer un programa educativo con los contenidos a transmitir a la población y a las embarazadas por parte del personal de salud que comprenda los temas siguientes:

5.10.1.1 Importancia de la mujer y la madre en el autocuidado de la salud personal y familiar;

5.10.1.2 Importancia y beneficios del control prenatal;

5.10.1.3 Orientación alimentaria y nutricional e higiene de los alimentos;

5.10.1.4 Orientación e información a la madre sobre el uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia con efectos indeseables en el feto o en el niño;

5.10.1.5 Ventajas de la lactancia materna exclusiva y técnica del amamantamiento y orientación sobre la atención a los problemas más frecuentes;

5.10.1.6 Cuidados durante el embarazo y el puerperio y signos de alarma que requieren atención médica urgente, así como el lugar donde acudir para la atención;

5.10.1.7 Signos del inicio del parto y conducta ante los mismos;

5.10.1.8 Cuidados del recién nacido y signos de alarma que requieren atención médica urgente;



- 5.10.1.9 Importancia de la vigilancia nutricional del crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas del niño;
- 5.10.1.10 Prevención y control de enfermedades diarreicas y manejo del sobre vida suero oral;
- 5.10.1.11 Prevención de las infecciones agudas de vías respiratorias;
- 5.10.1.12 Esquema de vacunación;
- 5.10.1.13 Planificación familiar desde el control prenatal e información de los métodos posparto;
- 5.10.1.14 Prevención del retraso mental por hipotiroidismo congénito;
- 5.10.1.15 Prevención del bajo peso al nacimiento;
- 5.10.1.16 Información sobre los cambios físicos y emocionales de la embarazada;
- 5.10.1.17 Importancia de la participación de la pareja y/o la familia durante el proceso grávido-puerperal.

#### 5.11 Registro e información

5.11.1 Las instituciones y unidades de atención médica deben efectuar el registro de las atenciones a embarazadas, parturientas y puérperas y recién nacidos mediante formatos únicos. Estos formatos deben ser llenados por el personal de salud que presta el servicio y concentrados por el personal responsable de la estadística de la unidad y de la institución.

5.11.2 Con el propósito de alimentar el Sistema Nacional de Información en Salud, se debe asegurar el registro, procesamiento y entrega de información a la Secretaría de Salud, de las actividades en seguida mencionadas, de acuerdo a la periodicidad requerida. Esta debe ser remitida a través de los canales institucionales establecidos:

- Embarazadas atendidas de primera vez según trimestre gestacional.
- Consultas totales a embarazadas.
- Consultas subsecuentes por trimestre de gestación.
- Toxoide tetánico aplicado a embarazadas según primera y segunda dosis y dosis de refuerzo.
- Puérperas atendidas de primera vez.
- Consultas totales a puérperas.
- Consultas subsecuentes a puérperas.
- Partos atendidos según edad gestacional:
  - Pretérmino:
    - inmaduro de 21 - 27 semanas
    - prematuro de 28 - 37 semanas
  - Término:
    - maduro de 37 - 41 semanas
  - Postérmino:
    - posmaduro de 42 o más semanas
- Partos atendidos según características de normalidad:
  - eutócicos
  - distócicos
- Partos distócicos según vía de resolución:
  - vaginal
  - abdominal
- Abortos atendidos
- Nacidos vivos según peso al nacer en gramos, considerando los siguientes grupos:
  - 500 a 999 gramos
  - 1000 a 2499 gramos
  - 2500 a 3499 gramos
  - 3500 o más gramos
- Muertes fetales según edad gestacional de acuerdo a los siguientes grupos:
  - Pretérmino:
    - inmaduro de 21 - 27 semanas
    - prematuro de 28 - 37 semanas
  - Término:

- maduro de 37 - 41 semanas
- Postérmino:
- posmaduro de 42 o más semanas
- Muertes maternas
- Muertes de recién nacidos.

5.11.3 Para cada nacido vivo debe llenarse un Certificado de Nacimiento en original y cuatro copias, cuya distribución gratuita estará a cargo de la Secretaría de Salud.

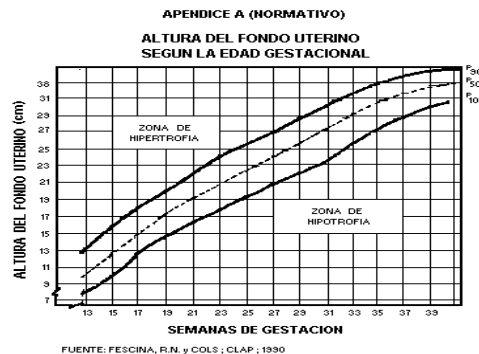
5.11.4 El certificado debe ser llenado por el médico o la persona que atienda el parto y el recién nacido, inmediatamente después del mismo o dentro de las primeras 24 horas de ocurrido. En caso de que ninguna persona asistiera a la madre en el parto, el certificado puede ser llenado por personal auxiliar de salud de la propia comunidad o bien los familiares deben notificar al personal de salud de la unidad más cercana para que efectúe el registro.

5.11.5 Para cada muerte materna o infantil, debe efectuarse el llenado del Certificado de Defunción inmediatamente después de la ocurrencia del hecho, observando lo señalado por las disposiciones técnicas sobre el manejo del Certificado de Defunción. Asimismo, en caso de muerte fetal se debe llenar el certificado correspondiente de acuerdo a las disposiciones técnicas antes mencionadas.

La promoción a la salud, tanto de la madre como del neonato son parte indispensable, ya que este forma parte de un problema de salud pública, así mismo el tener las estadísticas de todos los casos manejados, tanto en el sector público, como en el privado, ayudan a prevenir en el futuro las complicaciones y la morbilidad materno-infantil, da ahí la importancia de los comités que para tal efecto deben formarse en las instituciones de salud en todo el país.

A continuación se presentan los apéndices normativos, que son los cuadros y cifras que se deben tener en cuenta para cada caso gineco-obstétrico.

## 6. Apéndices normativos



### ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGUN EDAD GESTACIONAL (CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE A NORMATIVO)

La altura del fondo uterino según la edad gestacional se debe medir a partir del borde superior de la sínfisis del pubis, hasta alcanzar el fondo uterino.

De acuerdo con los hallazgos encontrados se clasifica de la siguiente manera:

Normal.- Cuando esté entre los percentiles 10 y 90 de la curva de altura de fondo uterino según edad gestacional. Se continuará con los controles normales.

Anormal.- Cuando se encuentre por debajo del percentil 10 o por encima del percentil 90 de la curva de altura de fondo uterino según edad gestacional. Amerita la investigación y tratamiento de los factores condicionantes (hábito de fumar, consumo de alcohol, anemia materna, etc.) y la orientación nutricional correspondiente. Se deberá citar cada 15 días y consultar con especialista.

**APENDICE B (Normativo)**  
**VALORACION DEL RECIEN NACIDO**  
**METODO DE APGAR**

<b>SIGNO</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	MENOR DE 100	MAYOR DE 100
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	REGULAR E HIPO-VENTILACION	BUENO. LLANTO FUERTE
TONO MUSCULAR	FLACIDO	ALGUNA FLEXION DE LAS EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS BUENA FLEXION
IRRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	LLANTO. ALGUNA MOVILIDAD	LLANTO VIGOROSO
COLOR	AZUL. PALIDO	CUERPO SONROSADO MANOS Y PIES AZULES	COMPLETAMENTE SONROSADO

**VALORACION DEL RECIEN NACIDO**  
**METODO DE APGAR**

(CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE B NORMATIVO)

Se valorará al recién nacido de acuerdo con el método de Apgar al minuto y los cinco minutos.

La valoración a los cinco minutos dará la calificación del estado de salud del recién nacido.







De acuerdo con los hallazgos obtenidos se clasificará de la siguiente manera:

- Sin depresión: 7 a 10 puntos
- Depresión moderada: 4 a 6 puntos
- Depresión severa: 3 puntos o menos.

Al recién nacido con calificación de Apgar de 7 o más se considera normal. Se debe continuar con su atención y pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar la lactancia materna exclusiva.

El recién nacido con calificación de 6 o menos amerita la atención a nivel hospitalario.

**APENDICE C (Normativo)**

		EDAD GESTACIONAL				
<b>SOMÁTICO</b>	<b>A</b>	FORMA DEL PEZÓN. Pezón apenas visible. No se visualiza Areola. <b>0</b>	Pezón bien definido Areola. 0.75 cm. <b>5</b>	Areola bien definida. No sobresaliente. 0.75 cm. <b>10</b>	Areola sobresaliente. 0.75 cm. <b>15</b>	
	<b>B</b>	TEXTURA DE LA PIEL. Muy fina Gelatinosa. <b>0</b>	Fina y Lisa. <b>5</b>	Lisa y moderadamente gruesa Descamación superficial. <b>10</b>	Gruesa, rígida surcos superficiales, Descamación superficial. <b>18</b>	Gruesa y Apergamina-da <b>22</b>
	<b>C</b>	FORMA DE LA OREJA. Plana y sin forma. <b>0</b>	Inicio engrosamiento del borde. <b>5</b>	Engrosamiento Incompleto sobre mitad anterior. <b>10</b>	Engrosada e incurvada totalmente. <b>24</b>	
	<b>K= 204 días</b>	TAMAÑO DEL TEJIDO MAMARIO. No palpable <b>0</b>	Diámetro 0.5 cm. <b>5</b>	Diámetro 0.5-1.0 cm. <b>10</b>	Diámetro > 1.0 cm. <b>15</b>	
	<b>K= 200 días</b>	PLIEGUES PLANTARES. Ausentes <b>0</b>	Pequeños surcos rojos en mitad anterior <b>5</b>	Surcos rojos definidos en mitad ant. Surcos 1/3 anterior. <b>10</b>	Surcos sobre mitad anterior. <b>15</b>	Surcos profundos que sobrepasan 1/2 anterior. <b>20</b>
	SIGNO: "DE LA BUFANDA" <b>0</b>	 <b>6</b>	 <b>12</b>	 <b>18</b>		
	SIGNO: "CABEZA EN GOTAS". <b>0</b>	 <b>4</b>	 <b>8</b>	 <b>12</b>		

METODO DE CAPURRO PARA EVALUAR LA EDAD GESTACIONAL

**EDAD GESTACIONAL**

**METODO DE CAPURRO PARA EVALUAR LA EDAD GESTACIONAL (CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE C NORMATIVO)**

Se utilizan:

Cinco datos somáticos: 1) Formación del pezón, 2) Textura de la piel, 3) Forma de la oreja, 4) Tamaño del seno (mama) y 5) Surcos plantares, y

Dos signos neurológicos: I) Signo "de la bufanda" y II) Signo "cabeza en gota".

Cuando el niño está sano o normal y tiene más de 12 horas de nacido, se deben utilizar sólo cuatro datos somáticos de la columna A (se excluye la forma del pezón) y se agregan los 2 signos neurológicos (columna "B").

Se suman los valores de los datos somáticos y los signos neurológicos, agregando una constante (K) de 200 días, para obtener la edad gestacional.

Cuando el niño tiene signos de daño cerebral o disfunción neurológica se utilizan los cinco datos somáticos (columna "A"), agregando una constante (K) de 204 días, para obtener la edad gestacional.

De acuerdo con los hallazgos se clasificarán de la siguiente manera:

- Prematuro o pretérmino: todo recién nacido que sume menos de 260 días de edad gestacional. Se debe enviar a una unidad hospitalaria y/o pasar a terapia intensiva, de acuerdo a su condición.

- A término o maduro: cuando el recién nacido sume de 261 a 295 días de gestación. Si las condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar la lactancia materna exclusiva.

- Postérmino o posmaduro: si el recién nacido tiene más de 295 días de gestación, debe de observarse durante las primeras 12 horas ante la posibilidad de presentar hipoglicemia o hipocalcemia; pasado el periodo, si sus condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.

APENDICE C ( Normativo )  
**VALORACION FISICO - NEUROLOGICA**

		0	1	2	3	4	5
MADUREZ NEURO MUSCULAR	POSTURA						
	ANGULO DE LA MUÑECA						
	ANGULO DEL CODO						
	ANGULO POPLITEO						
	SIGNO DE LA DUFANDA						
	TALON OREJA						

		0	1	2	3	4	5	
MADUREZ FISICA	PIEL	GELATINOSA ROJA TRANSPARENTE	LIGERAMENTE ROSA VENAS VISIBLES	DESCAMACION SUPERFICIAL POCAS VENAS	DESCAMACION AREAS PALIDAS VENAS RARAS	NO HAY VASOS PLIEGUES PROFUNDOS	GRUESA RUGOSA	
	LANUGO	NO HAY	ABUNDANTE	ADELGAZADO	AREAS SIN LANUGO	MUY ESCASO	ESCALA DE MADUREZ	
	PLIEGUES PLANTARES	NO HAY	MARCAS ROJAS TENUES	PLIEGUE ANTERIOR TRANSVERSO UNICO	PLIEGUES EN 2/3 ANT.	PLIEGUES EN TODA LA PLANTA		CA LI PI CA CION
	MAMAS	LIGERAMENTE PERCEPTIBLES	AREOLA PLANA SIN PEZON	AREOLA LEVANTADA 1-2 mm DE PEZON	AREOLA LEVANTADA 3-4 mm DE PEZON	AREOLA COMPLETA 5-18 mm DE PEZON		5 26
	OIDO	APLANADO PERMANENTE DOBLADO	BORDE LIGERAMENTE CURVO, SUAVE RECUP. LENTA	BORDE CURVO SUAVE DE FACIL RECUPERACION	FORMADO FIRME RECUP. PERACION INS. TANTANA	CARTILAGO GRUESO FIRME		10 15 20 22
	GENITALES	ESCROTO VACIO SIN ARRUGAS		TESTICULOS DESCENDIDOS POCAS RUGO SIDADES	TESTICULOS DESCENDIDOS MUCHAS RUGO SIDADES	TESTICULOS EN PENDULO RUGOSIDADES COMPLETAS		25 30 35 38
	GENITALES	CLITORIS Y LABIOS MEHORES PROMINENTES		LABIOS MAYORES Y MEHORES IGUALES	LABIOS MAYORES MAS GRANDES	CLITORIS Y LABIOS MEHORES CUBIERTOS		40 45 42 44

FUENTE: BALLARD

VALORACION FISICO-NEUROLOGICA  
 METODO DE BALLARD PARA VALORACION FISICO-NEUROLOGICA  
 (CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE C NORMATIVO)

Se utilizan seis signos fisicos y seis signos neuro-musculares, sumándose los valores de ambos cuadros. El valor (calificación) se compara con la escala de madurez del recuadro inferior derecho, que establece las semanas de edad gestacional.

De acuerdo con los hallazgos se clasificarán de la siguiente manera:

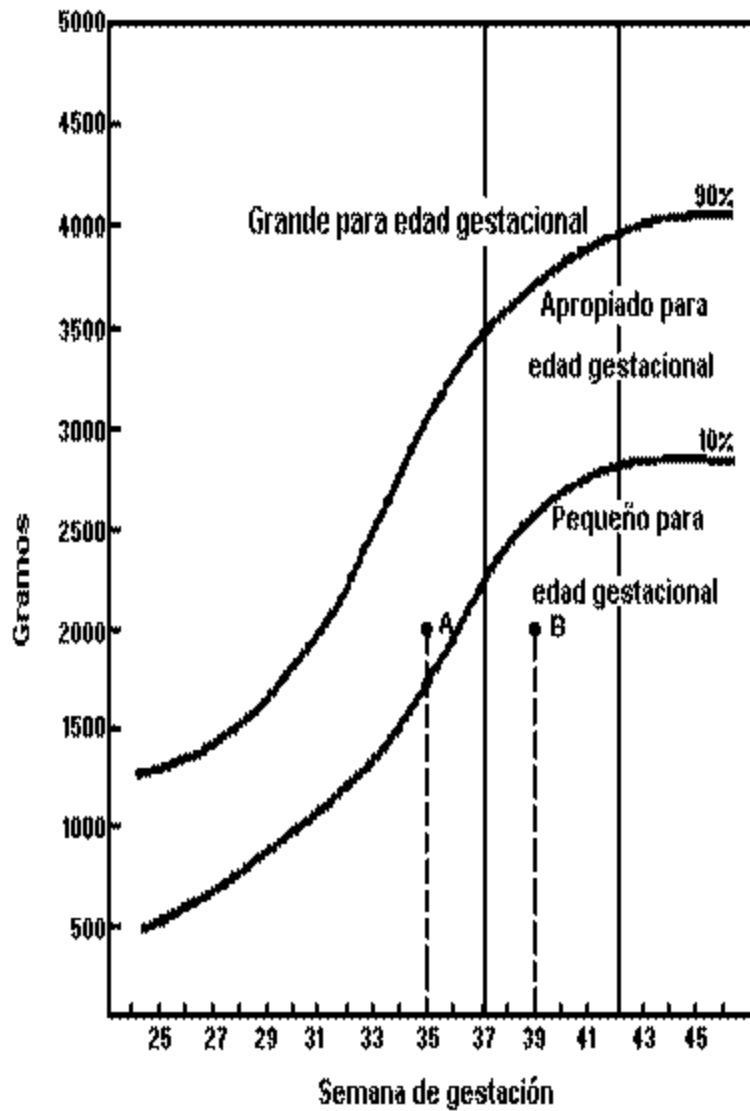
- Pretérmino o prematuro: de 28 a 37 semanas (5 a 30 puntos). Se transfiere para continuar la atención a nivel hospitalario y/o terapia intensiva, de acuerdo a su condición.
- A término o maduro: los recién nacidos de 37 a menos de 42 semanas (35 a 43 puntos). Si las condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.
- Postérmino o posmaduro: recién nacido de 42 o más semanas (45 a 50 puntos). Debe observarse durante las primeras 12 horas ante la posibilidad de presentar hipoglicemia o hipocalcemia, pasado el periodo, si sus condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.

APENDICE D (Normativo)

(primera opción)

APENDICE D ( Normativo )  
( primera opción )

CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINOS

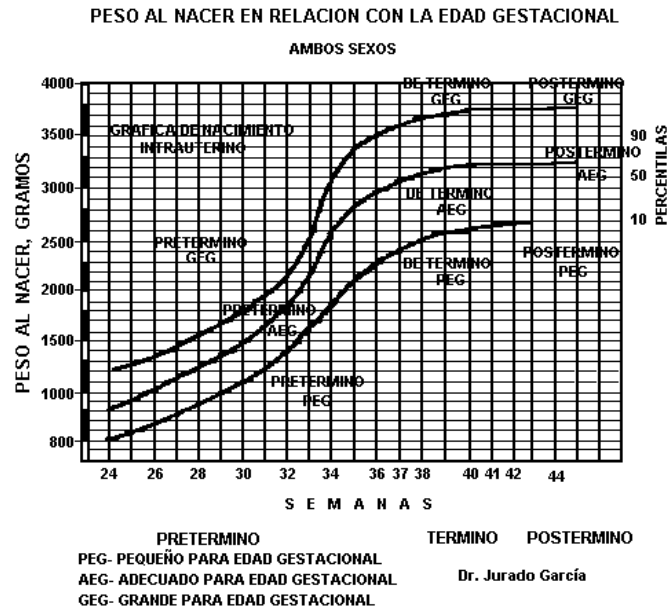


Pretérmino	Término	Posttérmino
------------	---------	-------------

Adaptado de: Bettaglia y Lubchenco.

APENDICE D (Normativo)

(segunda opción)



CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINOS  
PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL  
GRAFICAS DE BATTAGLIA/LUBCHENCO Y JURADO GARCIA  
(CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE D NORMATIVO)

De conformidad con la institución se puede utilizar cualquiera de las dos opciones para determinar el peso al nacer en relación con la edad gestacional.

De acuerdo con el peso del recién nacido y a las semanas de gestación calculadas por fecha de última regla se ubica en las gráficas para su clasificación y adopción de medidas integrales.

DE ACUERDO CON LA EDAD GESTACIONAL:

PRETERMINO.- Todo recién nacido antes de la semana 37 de gestación.

DE TERMINO.- Los recién nacidos entre las semanas 37 y 42 de gestación.

POSTERMINO.- Recién nacido después de 42 semanas de gestación.

CON RESPECTO A SU PESO AL NACER:

PEQUEÑO.- Con peso por debajo de la percentila 10, correspondiente a su edad gestacional.

APROPIADO O ADECUADO.- Cuyo peso se localiza entre las percentilas 10 y 90 correspondientes a su edad gestacional.

GRANDE.- Con peso por arriba de la percentila 90 correspondiente a su edad gestacional.<sup>69</sup>

<sup>69</sup> <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

## **1.2 Sobre regulación en Materia de Salud**

### **1.2.1 Inaplicabilidad por exceso de Normatividad**

Al observar el Capítulo III del presente trabajo, así como el análisis de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, es fácil entender la gran cantidad de ordenamientos y preceptos normativos que regulan el Derecho a la Protección a la Salud, de tal suerte que poder aplicarlos, aún siendo un Técnico en Derecho, resulta prácticamente imposible, implicando que los profesionales de la salud queden dentro de los supuestos de negligencia, por otro lado, gracias a la difusión que los medios de comunicación hacen de los avances de la ciencia

### **1.2.2 Desconocimiento legal por parte de los Profesionales de la Salud**

Al investigar los diferentes planes de estudio de las principales Facultades de Medicina, tanto públicas como privadas del país, notamos la falta de conocimiento legal de los médicos, en virtud de la falta de asignaturas en el ámbito jurídico, a pesar de que algunas de ellas incluyen asignaturas de medicina legal, es obvio que no es suficiente para cubrir los requerimientos de conocimiento y dominio de la normatividad existente. Es verdad que su formación no tendría por qué ser jurisdiccional, pero en virtud de la estrecha relación que ambas ciencias tienen, se hace necesaria integrar a los planes de estudio de los nuevos médicos, materias que los ayuden a comprender la inmensa legislación que están obligados a cumplir.

Por su parte, y en atención a mejorar la atención médica, la relación médico-paciente y generar una conciencia jurídica en los médicos mexicanos, el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, así como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), dependiente de la Secretaría de Salud, imparten cursos, pláticas, organizan congresos y simposios, además de una rica producción impresa y electrónica, de los más importantes investigadores del país, todo en pos de evitar la temida medicina defensiva, reducir el número de quejas ante las instancias jurisdiccionales y de justicia alternativa, y sobre todo, proteger a los usuarios y



profesionales de la salud, de esta forma hacer valer un derecho fundamental consagrado en nuestra carta magna, el Derecho a la Protección de la Salud.

Para ejemplificar lo anteriormente comentado, citare algunos de los planes de estudio de las principales universidades del país:

## 1. Universidad Anahuac.

### LICENCIATURA EN MÉDICO CIRUJANO

BLOQUE PROFESIONAL		BLOQUE PROFESIONAL		BLOQUE ELECTIVO	
ASIGNATURAS	CRÉDITOS	ASIGNATURAS	CRÉDITOS	ASIGNATURAS	CRÉDITOS
Administración en servicios de salud	3	Neurología - psiquiatría	6	<b>ELECTIVAS DE LA CARRERA</b>	
Anatomía	6	Oftalmología	6	Atención básica prehospitalaria	3
Anatomía clínica	9	Ortopedia - reumatología	6	Farmacoeconomía	3
Bases biológicas de la enfermedad	6	Otorrinolaringología	6	Sociomédica	3
Bioestadística	6	Patología clínica	6	Diseño experimental	3
Biofísica	9	Pediatría	6	Instrumentos básicos de la	
Biología celular	9	Practicum 1: Médico cirujano	6	Investigación biomédica	3
Biología del cáncer	6	Practicum 2: Médico cirujano	6	Medicina integrada	12
Biología del desarrollo	3	Practicum 3: Médico cirujano	6	Técnicas para la	
Biología molecular	9	Salud pública	3	experimentación biomédica	3
Bioquímica	6	Sistemas de información en salud basados en evidencias	3	Técnicas para la experimentación en medicina molecular	3
Calidad en salud	3	Terapéutica farmacológica	9	Temas selectos de medicina interna	3
Cardio - vascular	6	Terapéutica quirúrgica	9	Temas selectos de	
Comunicación médico paciente	3	TIC's en ciencias de la salud	3	temas selectos de medicina interna	3
Dermatología	6		<b>404</b>	Temas selectos universitarios	6
Dignidad y espiritualidad humana	3			Temas selectos de Ciencias de la salud	6
Diseño y evaluación de proyectos sustentables	3			Temas selectos de Medicina	6
Ecología humana	9			Temas selectos de ciencia y cultura	6
Ematología	6			<b>ELECTIVAS POR DIPLOMA</b>	
Endocrinología	6			<b>Diploma en Investigación Médica</b>	
Endonutrición	3			Bases de la investigación clínica	3
Epidemiología	3			Bioseguridad	3
Ética de la salud	6			Diseño experimental	3
Fisiología celular	6			Instrumentos básicos de la investigación biomédica	3
Fisiología general	9			<b>Diploma en Liderazgo en Medicina</b>	
Formación de recursos humanos para la salud	3			Temas selectos de cirugía	3
Gastroenterología	6			Temas selectos de ginecología y obstetricia	3
Genética clínica	6			Temas selectos de pediatría	3
Genómica y proteómica	9				
Geriatría	6				
Ginecobstetricia	6				
Habilidades de liderazgo en ciencias de la salud	6				
Historia clínica	6				
Historia y filosofía de la medicina	3				
Infantología	6				
Inmunología	6				
Internado 1*	40				
Internado 2*	40				
Lectura y redacción científica	3				
Legislación en salud	3				
Medicina de emergencia - trauma	6				
Medicina interna	6				
Metodología de la investigación para la salud	6				
Nefrología - urología	6				
Neumología	6				
<b>Total de créditos: 491</b>					
<b>Bloques</b>					
<b>Profesional</b>		<b>404</b>		<b>Electivo</b>	<b>39</b>

<sup>70</sup> [http://www.anahuac.mx/preuniversitarios/planes\\_folletos\\_2010/plan\\_medico.pdf](http://www.anahuac.mx/preuniversitarios/planes_folletos_2010/plan_medico.pdf)

## **2. Universidad Nacional Autónoma de México:**

### **LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO**

#### **ASIGNATURAS OBLIGATORIAS**

##### **PRIMER AÑO**

###### **\*CL CR. NOMBRE DE LA ASIGNATURA**

1120 17 ANATOMÍA.  
1121 15 BIOLOGÍA CELULAR E HISTOLOGÍA MÉDICA.  
1122 21 BIOQUÍMICA Y BIOLOGÍA CELULAR  
1123 11 EMBRIOLOGÍA HUMANA  
1124 02 INTEGRACIÓN BÁSICO CLÍNICA I  
1125 11 INTRODUCCIÓN A LA SALUD MENTAL  
1126 07 SALUD PÚBLICA Y COMUNIDAD  
1127 03 INFORMÁTICA BIOMÉDICA I

##### **SEGUNDO AÑO**

1224 23 FARMACOLOGÍA  
1225 23 FISIOLOGÍA  
1226 02 INTEGRACIÓN BÁSICO CLÍNICA II  
1227 11 INTRODUCCIÓN A LA CIRUGÍA  
1228 07 PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL CICLO DE VIDA  
1229 07 INMUNOLOGÍA  
1230 03 INFORMÁTICA BIOMÉDICA II  
1231 17 MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA

##### **TERCER AÑO**

1323 08 EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA Y MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS  
1324 02 IMAGENOLOGÍA  
1325 01 LABORATORIA CLÍNICO  
1326 05 MEDICINA PSICOLÓGICA Y COMUNICACIÓN  
1327 29 PROPEDEÚTICA MÉDICA Y FISIOPATOLOGÍA  
1328 06 ANATOMÍA PATOLÓGICA I  
1329 09 CARDIOLOGÍA  
1330 07 NEUMOLOGÍA  
1331 04 OTORINOLARINGOLOGÍA  
1332 04 UROLOGÍA  
1333 06 PSIQUIATRÍA  
1335 01 NEFROLOGÍA  
1336 01 HEMATOLOGÍA  
1337 03 FARMACOLOGÍA TERAPÉUTICA  
1338 02 INTEGRACIÓN CLÍNICO BÁSICA I

## **CUARTO AÑO**

1420 06 ANATOMÍA PATOLÓGICA II  
1421 07 GASTROENTEROLOGÍA  
1422 09 ENDOCRINOLOGÍA  
1423 04 DERMATOLOGÍA  
1424 06 NEUROLOGÍA  
1425 04 OFTALMOLOGÍA  
1426 01 NUTRICIÓN HUMANA  
1427 01 ANTROPOLOGÍA MÉDICA E INTERCULTURALIDAD  
1428 04 GENÉTICA CLÍNICA  
1429 15 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
1430 15 PEDIATRÍA  
1431 02 AMBIENTE, TRABAJO Y SALUD  
1432 02 REHABILITACIÓN  
1433 01 BIOÉTICA MÉDICA Y PROFESIONALISMO  
1434 01 HISTORIA Y FILOSOFÍA DE LA MEDICINA  
1435 02 INTEGRACIÓN CLÍNICO BÁSICA II

## **QUINTO AÑO**

1510 14 CIRUGÍA Y URGENCIAS MÉDICAS  
1511 04 ORTOPEDIA Y TRAUMATISMO  
1512 03 MEDICINA LEGAL  
1513 12 GERIATRÍA  
1514 03 INFECTOLOGÍA  
1515 01 ALGOLOGÍA  
1516 02 REUMATOLOGÍA  
1610 36 INTERNADO MÉDICO DE PREGRADO

## **SEXTO AÑO**

1620 00 SERVICIO SOCIAL

**\*CL=CLAVE**

**\*CR=CREDITO<sup>71</sup>**

### **3. Universidad La Salle**

#### **LICENCIATURA EN MÉDICO CIRUJANO**

**MODALIDAD:** ESCOLARIZADA

**TIPO DE CICLO:** SEMESTRAL LOS PRIMEROS 4 AÑOS, ANUAL EL 5º AÑO

---

<sup>71</sup> [http://www.degae.unam.mx/planes/f\\_medicina/Med-Cip.pdf](http://www.degae.unam.mx/planes/f_medicina/Med-Cip.pdf)

**DURACIÓN DEL CICLO:** 18 SEMANAS CADA SEMESTRE Y 48 SEMANAS EL AÑO

**NÚMERO DE CICLOS:** 8 SEMESTRES Y 1 AÑO

**CRÉDITOS A CUBRIR:** 592.43

**ANTECEDENTES ACADÉMICOS DE INGRESO:** EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR

**ACUERDO DE RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ OFICIAL DE ESTUDIOS:**

871347 con fecha 29-Jun-87

<b>1er SEMESTRE</b>
ANATOMÍA
HISTOLOGÍA
EMBRIOLOGÍA
INFORMÁTICA MÉDICA
LA DIMENSIÓN HUMANA

<b>2º SEMESTRE</b>
FISIOLOGÍA
BIOQUÍMICA
GENÉTICA
BASES PARA LA PRÁCTICA MÉDICA Y EL TRABAJO COMUNITARIO
PSICOLOGÍA MÉDICA
PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD Y AUTOCONOCIMIENTO

<b>3er SEMESTRE</b>
FARMACOLOGÍA
MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA
BIOLOGÍA MOLECULAR
BASES DE LA CIRUGÍA
BASES DE LA INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA
SOCIEDAD Y COMUNIDAD

<b>4º SEMESTRE</b>
ANATOMÍA PATOLÓGICA
NOSOLOGÍA
PROPEDEÚTICA CLÍNICA Y ASISTENCIA COMUNITARIA
ANÁLISIS CLÍNICO POR PROBLEMAS
ÉTICA MÉDICA

<b>5º SEMESTRE</b>
CARDIOLOGÍA
NEUMOLOGÍA
NEFROLOGÍA
IMAGENOLOGÍA
OFTALMOLOGÍA
OTORRINOLARINGOLOGÍA
BIOESTADÍSTICA Y EPIDEMIOLOGÍA
HISTORIA Y FILOSOFÍA DE LA MEDICINA
VALORES Y VIDA

<b>6º SEMESTRE</b>
GASTROENTEROLOGÍA
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
DERMATOLOGÍA
MEDICINA FORENSE
HEMATOLOGÍA
NUTRICIÓN
SALUD PÚBLICA
CRISTO EN LA ACTUALIDAD

<b>7º SEMESTRE</b>
NEUROLOGÍA
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
ENDOCRINOLOGÍA
INMUNOLOGÍA
REUMATOLOGÍA
GERIATRÍA
INFECTOLOGÍA
INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA
COMUNIDAD Y COMPROM

<b>8º SEMESTRE</b>
PEDIATRÍA
GINECO-OBSTETRICIA
UROLOGÍA
ONCOLOGÍA
PATOLOGÍA QUIRÚRGICA
ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
FARMACOLOGÍA APLICADA Y TOXICOLOGÍA
DERECHO EN SALUD

<b>5º AÑO</b>
<b>MÓDULOS DEL INTERNADO DE PREGRADO</b>
MEDICINA INTERNA
CIRUGÍA
PEDIATRÍA
GINECO-OBSTETRICIA
URGENCIAS
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

72

En este plan de estudios si se contempla un semestre con asignatura en relación a la medicina y el derecho.

#### 4. Instituto Politécnico Nacional

<b>SEMESTRE I</b>	<b>SEMESTRE II</b>
Anatomía Humana I	Anatomía Humana II
Embriología Humana	Fisiología Humana I
Bioquímica Medica I	Bioquímica Medica II
Histología Humana	Bioética
Informática Medica	Sociología Medica
Comprensión de Lectura de Inglés Técnico	Bases Doctrinarias de la Homeopatía
Historia de la medicina y de la Homeopatía	

<b>SEMESTRE III</b>	<b>SEMESTRE IV</b>
Neuroanatomia	Anatomía Patológica
Fisiología Humana II	Biomedicina Molecular
Inmunología Medica	Microbiología y Parasitología
Introducción a la Salud Publica	Fisiopatología
Metodología de la Investigación y Estadística I	Antropología Medica
Farmacodinamia Homeopática I	Metodología de la Investigación y Estadística II

<sup>72</sup> <http://www.uls.edu.mx/educativa/Licenciaturas/folletos/medicina.pdf>

	Farmacodinamia Homeopática II
--	-------------------------------

<b>SEMESTRE V</b>	<b>SEMESTRE VI</b>
Farmacología Básica	Farmacología Clínica
Introducción a la Cirugía	Genética
Introducción a la Clínica	Cardiovascular
Psicología Médica	Otorrinolaringología
Epidemiología	Hematología
Farmacodinamia Comparada I	Nutriología
	Farmacodinamia Comparada II

<b>SEMESTRE VII</b>	<b>SEMESTRE VIII</b>
Neumología	Oncología
Dermatología	Inmunología Clínica
Oftalmología	Infectología
Neurología	Gineco-Obstetricia
Traumatología Y Ortopedia	Psiquiatría
Estomatología	Clínica Terapéutica Homeopática I
Introducción a la Clínica Terapéutica Homeopática	<b>Medicina Genómica</b>

<b>SEMESTRE IX</b>	<b>SEMESTRE X</b>
Nefrourología	Medicina Legal
Endocrinología	Pediatría
Gastroenterología	Geriatría Y Gerontología
Cirugía Y Anestesiología	Urgencias Médico Quirúrgicas
Salud Ocupacional	Terapéutica Médica
Bioética Clínica	Salud Pública
Clínica Terapéutica Homeopática II	Clínica Terapéutica Homeopática III

<b>ASIGNATURAS OPTATIVAS CURRICULARES DEL</b>	<b>ASIGNATURAS CURRICULARES DEL CLÍNICO</b>	<b>OPTATIVAS DEL CICLO</b>
---	---	----------------------------

<b>CICLO BÁSICO</b>	
Búsqueda Electrónica De Información	Investigación Biomédica
Estrategias De Comprensión De Lectura Y Comunicación	Principios De Administración
Análisis De La Información	Desarrollo De Habilidades Docentes En Medicina
Liderazgo	Sexualidad Humana
Cultura De La Calidad	Educación Para La Cultura Y La Salud
Atención prehospitalaria I	Imageneología
Atención prehospitalaria II	
Reanimación cardiopulmonar básica y avanzada	

**Nota:** El alumno deberá cursar 2 asignaturas optativas entre 1º y 5º semestre, y otras 2 asignaturas del 6º al 10º semestre como requisito previo a su titulación. El alumno puede elegir cursar asignaturas optativas generales y asignaturas de atención prehospitalaria de manera tal que el número total de horas y créditos al término de la carrera serán variables para cada alumno en función de la siguiente tabla ilustrativa.<sup>73</sup>

### 1.2.3 Estándares de Atención en el Sector Salud.

La Secretaría de Salud, a través del Consejo de Salubridad General, establece los estándares a seguir para una correcta prestación de los servicios de salud, y cumplir cabalmente con el Plan Nacional de Salud, estos estándares se pueden consultar en:

*[http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/establecimientos/Ambulatorios/AMBU\\_ESTRUCTURA.pdf](http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/establecimientos/Ambulatorios/AMBU_ESTRUCTURA.pdf)*

Y que por motivos de espacio no plasmó

<sup>73</sup>[http://www.enmh.ipn.mx/WPS/WCM/CONNECT/ENMH/INICIO/OFERTA\\_EDUCATIVA/LICENCIATURA\\_EN\\_MEDICO\\_CIRUJANO/PLAN\\_DE\\_ESTUDIOS/INDEX.HTM](http://www.enmh.ipn.mx/WPS/WCM/CONNECT/ENMH/INICIO/OFERTA_EDUCATIVA/LICENCIATURA_EN_MEDICO_CIRUJANO/PLAN_DE_ESTUDIOS/INDEX.HTM)



## PROPUESTAS

En virtud que los médicos son eso, médicos, y no técnicos en derecho, es primordial la búsqueda de soluciones y alternativas para poder desarrollar su profesión en las mejores condiciones y con los mejores resultados para los pacientes, motivo por el cuál propongo las siguientes alternativas:

1. Enseñanza en las escuelas de medicina de legislación aplicable a la profesión, tomando en cuenta que la relación entre ambas ciencias –la medicina y el derecho- es *sine qua non*, por lo que la formación de los nuevos médico y la actualización de los no tan nuevos es indispensable para prevenir y proteger a los mismos y a los usuarios de los servicios de salud.
2. Nombrar comisiones en el sector salud, integradas por médicos y abogados, con el fin de revisar la legislación existente, y encontrar fórmulas que permitan la aplicación de las normas en forma sencilla y sobre todo, sin descuidar su principal función, la relación médico – paciente, el cuidado y conservación de la salud de los usuarios.
3. Capacitación legal en las instituciones de salud para todo el personal relacionado con la atención al paciente, dando a conocer la normatividad existente, siendo requisito el acreditar dicha capacitación para posibles promociones y ascensos. En lo relacionado al personal de nuevo ingreso, que se imponga como requisito para incorporarse a la Institución.
4. Llevar a cabo jornadas educativas en los hospitales y clínicas privadas sobre educación legal relacionada con la salud, donde la ventaja es que podrían representar un ingreso para la secretaría de salud e inclusive para nuestra querida Universidad, por la posibilidad de cobrar por dichos cursos, siendo un requisito para la operación de éstos negocios.
5. Exigir, dentro de la certificación que los médicos realizan dentro de sus respectivas especialidades, el conocimiento mínimo legal para el buen desempeño de sus actividades con los usuarios. Esto por medio de los diferentes colegios y academias de medicina.

6. Fomentar por parte de las instituciones educativas, en coordinación con las diferentes instituciones y dependencias gubernamentales del sector salud, la impartición de cursos, mesas redondas, simposios, congresos, etc., la educación legal para los trabajadores de la salud en general, con el fin de difundir el conocimiento de la normatividad existente, así como las consecuencias por su no aplicación.
7. Simplificación legislativa de la normatividad del sector, facilitando su aprendizaje, conocimiento y aplicación.

### **CONCLUSIONES**

De todo lo anterior podemos concluir que:

1. La protección de la salud es uno de los derechos que el Estado tutela con mayor celo, da ahí la gran cantidad de legislación en éste terreno.
2. El derecho a la protección a la salud es compartido, es decir, tanto el médico como el paciente tienen la obligación de hacerlo valer.  
En este tenor, ambos tienen que conocer leyes, reglamentos y normas, así como sus derechos y obligaciones.
3. Los grupos más vulnerables de la población son los que por lo general sufren de *mala praxis* y negligencia, aunque todos estamos expuestos a éste fenómeno.
4. La responsabilidad en la que puede incurrir los médicos se origina en la mayoría de los casos por negligencia, en la mayor de las ocasiones por desconocimiento legal, así también por imprudencia o impericia, por lo que su conducta es culposa y no dolosa.
5. En este sentido, es importante que los médicos cuenten con la preparación, en todos los ámbitos, incluyendo el legal, para poder brindar un servicio adecuado a sus pacientes y evitar de ésta forma, demandas.
6. El médico, en su generalidad, desconoce la legislación existente, motivo por el cual no la aplica, llevando por consiguiente a malas

prácticas, detrimento en la atención, en la salud y por consiguiente en el aumento de demandas.

7. Las Normas Oficiales Mexicanas están basadas en ideales y no en mínimos requeridos para cumplir cabalmente con su objetivo.
8. Es tan abundante la legislación en este terreno, que aun siendo técnico en derecho es sumamente difícil su aplicación.
9. Las escuelas y facultades de medicina en el país tienen muy poca o nula instrucción y cátedra en el ámbito legal, entendiendo este como capacitación de los futuros médicos en leyes, reglamentos y normas, y no en la medicina forense.
10. Es importante impulsar en las escuelas y facultades de medicina el pensamiento de la Medicina Basada en Evidencia, que se apega y aplica la *lex artis* y los conceptos y procedimientos científicos que son aceptados a nivel mundial y de los cuales se han probado su eficacia.
11. El consentimiento válidamente informado debe ser un baluarte de la profesión médica y atender así a la dignidad y poder de decisión de los usuarios de los servicios de salud.
12. El mejor seguro para el médico en contra de demandas lo constituye una adecuada práctica médica, apegada a la *lex artis*, así como la integración correcta del expediente clínico, por lo que se insiste en que el médico debe tener una constante capacitación en su materia y en aspectos legales.
13. Las instituciones públicas de salud, deben contar con la infraestructura necesaria para brindar para brindar un servicio médico adecuado, con la finalidad de evitar incurrir en responsabilidades por falta de instalaciones o insumos que no se ajusten a los estándares de calidad descritos en las leyes, reglamentos y normas, y esto sea factor para la aparición de demandas.
14. En lo que respecta a las escuelas de derecho, es vital la impartición de materias en derecho sanitario dentro de la licenciatura, así como

la especialidad y maestría, para poder preparar abogados aptos para llevar asuntos en este terreno.

15. También es primordial terminar con la pobreza y fomentar la educación, que son la principal causa de estancamiento, no es posible pensar en un sistema de salud equitativo e universal mientras existan rezagos culturales, económicos y sociales.
16. La CONAMED y el modelo de arbitraje médico son la mejor alternativa en la solución de controversias en esta materia logrando una importante economía procesal.

## BIBLIGRAFÍA

- AGN, *Reales Cédulas Originales*, 8 de noviembre, 1808, v. 190, exp. 120, f. 300-301v.
- AGOSTONI, CLAUDIA. *Salud pública y control social en la Ciudad de México a fines del siglo XIX*. Historia y Grafía. No. 17, 2001, pp 73-97.
- ALBA MORALES, Patricia, *Nueva época/ Salud problema/*, año 2, num. 3,
- AMUCHATEGUI REQUENA, Griselda, *Derecho penal*, 3ra ed., México, Oxford University Press, 2005.
- BARRAGÁN R., José, CONTRERAS BUSTAMANTE, Raúl y col., *Teoría de la constitución*, Ed. Porrúa 2° edición, México 2005.
- CASA MADRID MATA, Octavio. *El acto médico y el derecho sanitario*. Memoria del Noveno Simposio CONAMED. Revista CONAMED. Vol. 10, No. 1, enero-marzo, 2005.
- CARPIZO, Jorge y VALADÉS, Diego, *Derechos humanos, aborto y eutanasia*, 2da. Ed., México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2010.
- CARRILLO FABELA, Luz Ma. Reyna, *La responsabilidad profesional del médico en México*, Ed. Porrúa, México 2005.
- Convenio sobre derechos humanos y biomedicina*, Art. 10.2, Oviedo, España.
- DÍAZ ALFARO, Salomón, *Derecho constitucional al derecho a la salud*, Ed. Porrúa, México 1983
- Diccionario Enciclopédico de las Ciencias Médicas*, Ed. McGraw Hill. México 1985. Vol. 2
- GALINDO GÁRFIAS, Ignacio, *Derecho civil*, 24° ed, México, Porrúa, 2005
- GARCÍA MÁYNEZ, Eduardo, *Introducción al estudio del derecho*, 58ª ed., México, Porrúa, 2005
- GARCÍA RAMÍREZ, Sergio, *Derecho penal*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 1990
- GISBERT, J. A., *Medicina legal y toxicología*
- GÓMEZ LARA, Cipriano, *Teoría general del proceso*, 4° reimp., México, Oxford University Press, 2006

- GRACIA, D, *Fundamentación y enseñanza de la Bioética*. El Búho, Santa Fe de Bogotá, D.C., 1998
- IRIARTE SÁNCHEZ, María Julia, “Iatrogenia y mala praxis médica”, *Rev Inv e Info Salud*, 3(7), 2008
- LARA PONTE, Rodolfo, *Derecho y medicina, intersecciones y convergencias en los albores del siglo XXI*, Derecho y Salud, México 2008
- LAROUSSE, *Diccionario enciclopédico*, 2002.
- MARGADANT S., Guillermo F., *Introducción a la historia del derecho mexicano*, 6° ed., México, Esfinge, 1984
- MOCTEZUMA BARRAGÁN, Gonzalo, *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*, México, UNAM Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2000
- Programa Nacional de Salud 2007 – 2012*. 1° Edición, México 2007
- Programa Vivir Mejor*
- SÁNCHEZ GÓMEZ, Narciso. *Primer curso de derecho administrativo*, 2da ed., México, Porrúa, 2000.
- TAVARES QUINHOES, Trajano Augustus y FLEURY, Sonia, “La Reforma del sistema de salud de los Estados Unidos de América en los años 90’s”, *Salud Colectiva*, Argentina, 1(2), mayo – agosto 2005
- TENA RAMÍREZ, Felipe, *Derecho Constitucional mexicano*, 4° ed, México, Porrúa, México, 1958
- TENA TAMAYO, Carlos, MANUELL LEE, Gabriel y CASA MADRID MATA, Octavio, *Consentimiento válidamente informado*, México, CONAMED, 2004
- University of Maine, Bureau of Labor Education. *The U.S. Health Care System: Best in the World, or Just the Most Expensive?* Maine, 2001.
- VARGAS ALVARADO, Eduardo, *Medicina legal*, Ed. Trillas, México 1996.
- VILLORO TORANZO, Miguel, *Introducción al estudio del derecho*, 19 ed., México, Porrúa, 2005.

## **OREDNAMIENTOS JURÍDICOS**

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
CONSTITUCIÓN DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

CONSTITUCIÓN ARGENTINA  
CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA  
LEY GENERAL DE SALUD  
LEY FEDERAL SOBRE METROLOGÍA Y NORMALIZACIÓN  
LEY GENERAL DE POBLACIÓN  
LEY DE ASISTENCIA SOCIAL  
LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS  
SERVIDORES PÚBLICOS  
REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE SALUD  
REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA  
NORMAS OFICIALES MEXICANAS EN MATERIA DE SALUD Y  
ATENCIÓN MATERNO INFANTIL  
CÓDIGO CIVIL FEDERAL  
CÓDIGO CIVIL ESPAÑOL  
CÓDIGO PENAL FEDERAL  
CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL  
CÓDIGO DE COMERCIO

#### **FUENTES ELECTRÓNICAS CONSULTADAS**

*[http://buscon.rae.es/drael/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=aborto](http://buscon.rae.es/drael/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=aborto)*

*<http://www.negligenciasmedicas.com/sanitario.html>*

*<http://es.wikipedia.org/wiki/Riesgo>*

*[http://www.medspain.com/ant/n10\\_mar00/Actomed.htm](http://www.medspain.com/ant/n10_mar00/Actomed.htm)*

*[http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/lex\\_artis.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/lex_artis.pdf)*

*<http://www.unla.edu.mx/iusnla25/reflexion/principiosbioeticos.htm>*

*<http://www.unla.edu.mx/iusunla25/reflexion/principios%20bioeticos.htm>*

*<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>*

*<http://pg.dofiscal.com/nxt/onlinepg/index.html#>*

*<http://mx.geocities.com/colegiooaxaquenoanestesiologos/penal.html>*

*Universidad Autónoma Metropolitana, diciembre 1997.*

<http://www.eluniversal.com.mx/nacion/180310.html>  
<http://biblioteca.itam.mx/recursos/ehm.html>  
<http://www.senado.gob.mx/libreria/sp/libreria/historico.pdf>  
[http://www.diputados.gob.mx/cesop/Comisiones/2\\_salud.htm](http://www.diputados.gob.mx/cesop/Comisiones/2_salud.htm)  
[http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/NOMS.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/NOMS.pdf)  
<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>  
<http://www.presidencia.gov.ar/component/content/article/102-obra-de-gobierno/1308-salud>  
[http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/constitucion.t1.html#c3](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/constitucion.t1.html#c3)  
[http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/l14-1986.t3.html#c1](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l14-1986.t3.html#c1)  
<http://www.inegi.org.mx/default.aspx>  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>  
[http://www.anahuac.mx/preuniversitarios/planes\\_folletos\\_2010/plan\\_medico.pdf](http://www.anahuac.mx/preuniversitarios/planes_folletos_2010/plan_medico.pdf)  
[http://www.degae.unam.mx/planes/f\\_medicina/Med-Cip.pdf](http://www.degae.unam.mx/planes/f_medicina/Med-Cip.pdf)  
<http://www.uls.edu.mx/educativa/Licenciaturas/folletos/medicina.pdf>  
[http://www.enmh.ipn.mx/WPS/WCM/CONNECT/ENMH/INICIO/OFERTA\\_EDUCATIVA/LICENCIATURA\\_EN\\_MEDICO\\_CIRUJANO/PLAN\\_DE\\_ESTUDIOS/INDEX.HTM](http://www.enmh.ipn.mx/WPS/WCM/CONNECT/ENMH/INICIO/OFERTA_EDUCATIVA/LICENCIATURA_EN_MEDICO_CIRUJANO/PLAN_DE_ESTUDIOS/INDEX.HTM)