



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ACATLÁN.**

**Propuesta de creación del artículo 288 Bis del
Código Penal Federal de México, para
despenalizar el delito de lesiones,
como resultado de la práctica médica.**

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN DERECHO.**

PRESENTA:

LUIS ENRIQUE NIETO ZEPEDA.

ASESOR: RAÚL SALAS FLORES.

FEBRERO, 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I.CONCEPTOS GENERALES.....	7
1.1.- Bases Jurídicas en Materia de Salud.....	7
1.1.1.-La Normatividad y la Moral en Materia de Salud.....	9
1.1.2.-Principios Éticos.....	9
1.1.3.-El Sistema Ético Médico.....	11
1.1.4.-Valores.....	11
1.1.5.-Principio de Beneficencia – no Maleficencia.....	15
1.1.6.-Principio de Justicia.....	16
1.1.7.-El Médico Humanista.....	21
1.2 Diversas Normatividades en Materia de Salud.....	25
1.2.1.-Precedentes Relevantes Emitidos por el Poder Judicial de la Federación.....	32
1.2.2.-Normativa Sanitaria.....	34
1.2.3.-Legislación Civil.....	36
1.2.4.-Legislación Laboral.....	36
1.2.5.-Legislación fiscal.....	37
1.2.6.-Legislación Penal.....	37
1.2.7.-Fuentes del Derecho.....	37
1.2.8.-Regulación del Ejercicio Profesional Y Contrato de Prestaciones de Servicios Profesionales.....	39
1.2.9.- Derecho a la Libertad Prescriptiva o Terapéutica.....	41
1.2.10.- Anexo: Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.....	45
1.3.- La responsabilidad médica. Lesiones y Homicidio.....	89
1.3.1.-Elementos del Delito.....	90
1.3.2.-Responsabilidad Penal.....	106
1.3.3.-Derechos de Humanidad.....	108
1.3.4.-Lesiones y Homicidio.....	109

II. EL ACTO MEDICO.....	113
2.1.-Relación Médico Paciente.....	113
2.1.1.-Características de la relación Médico-Paciente.....	124
2.1.2.-Modelos de relación Médico- Paciente.....	126
2.1.3.-Tipos de Relación Médico-paciente.....	126
2.1.4.-Relación Personal de Salud – Usuario.....	128
2.1.5.-Secreto Profesional.....	129
2.2.- La Iatrogénica y el Acto Médico.....	133
2.2.1.-Naturaleza Jurídica del Acto Médico.....	140
2.2.2.-Elementos del Acto Médico.....	142
2.2.3.-Características del Acto Médico.....	143
2.2.4.-Objeto del Acto Médico.....	144
2.2.5.-Finalidad del Acto Médico.....	144
2.2.6.-Forma del Acto Médico.....	144
2.3.-Historia Natural de la Enfermedad.....	147
2.3.1.-Período Pre patogénico de la Enfermedad.....	156
2.3.2.-Período Patogénico de la Enfermedad.....	157
2.3.3.-Niveles de Prevención.....	158
2.3.4.-Conductas de Salud.....	159
2.3.5.-Factores de Vulnerabilidad Familiar.....	162
2.3.6.-Reacciones Psicológicas Ante la Enfermedad.....	162
III. EL DERECHO EN LA ACTIVIDAD MÉDICA.....	166
3.1.- Los Derechos del Médico.....	166
3.1.1.-Deberes de los Médicos Hacia los Enfermos.....	173
3.1.2.-Deberes de los Médicos Entre Si.....	174
3.2.- Los Derechos del Paciente.....	174
3.2.1.-Responsabilidades de los Individuos Sanos y de los Pacientes.....	176

3.3.-El Libre Ejercicio de la Profesión Médica.....	177
3.3.1.-Modelos de Ejercicio de la Medicina.....	181
IV.EL MEDICO ANTE LA DEMANDA JURIDICA.....	184
4.1.- Causas de Demanda.....	184
4.1.1.-Daño Moral.....	195
4.2.- Regulación de la Actividad Médica.....	197
4.2.1.-Ejemplos de Artículos Tendientes a Regular la Actividad Médica.....	203
4.2.2.-Anexo. Norma Oficial Mexicana 206.....	222
4.3.- Lex Artis Médica.....	230
V. Propuesta de adhesión al artículo 288 del Código Penal Federal vigente en México.....	238
Bibliografía.....	241

INTRODUCCIÓN:

El tema de investigación se abordara tomando en cuenta el Código Penal Federal de México vigente hasta el año 2010, considerando como punto de partida teórica el artículo:

Titulo décimo noveno. Delito contra la vida y la integridad corporal. Capitulo I. Artículo 288. Bajo el nombre de lesiones, se comprenden no solamente las heridas, excoriaciones, contusiones, fracturas dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa.

Tomando en cuenta los siguientes puntos.

- Analizar el artículo 288 del Código Penal Federal de México en cuanto a su aplicabilidad en los actos cometidos por profesionales médicos.
- Analizar la posible creación del artículo 288 Bis del Código Penal Federal de México vigente, con el fin de despenalizar el delito de lesiones cuando sean consecuencia de la actividad médica.

El estudio del presente tema, analizará de manera directa el artículo 288 del Código Penal Federal de México vigente hasta hoy día, aportando elementos esenciales para comprender él porque es necesario crear un nuevo artículo penal; ya que la invocación de este artículo, el 288 del Código Penal Federal, justifica en algunas ocasiones, el inicio de la acción penal en contra del profesional de la salud, en cuanto a responsabilidad profesional. Por lo que el presente estudio enriquece de manera directa los aspectos y conocimientos penales en el área médica y con ello pretende contribuir a ampliar el panorama tanto del profesional en leyes, como del profesional médico.

El presente estudio pretende solucionar la problemática jurídica a la que se enfrenta el profesional médico hoy en día, ya que las demandas presentadas en su contra, en la mayoría de las ocasiones, carecen de fundamentos médicos que las sustenten y únicamente encuentran esa sustentación en la invocación del artículo 288 del Código Penal Federal de México, lo que obliga al profesional médico a someterse a un penoso proceso jurídico, el cual incide en su labor profesional, ya que la relación médico paciente se basa en la confianza, y al poner en entre dicho la capacidad medica de este profesional, esta relación médico paciente se daña severamente, no tan sólo con el paciente demandante, sino con todo el público que se llegara a enterar de que el profesional médico se encuentra en un proceso jurídico; lo que implica un perjuicio directo sobre el profesional médico y su desarrollo profesional.

El actuar médico involucra hoy día un riesgo eminente para el profesional de la salud, ya que este se encuentra en un estado de vulnerabilidad jurídica, en vista de que ante cualquier acto médico realizado, el paciente puede determinar de manera ignorante o dolosa, iniciar un proceso jurídico en su contra, que repercutirá de manera directa sobre el libre ejercicio de la profesión médica, ya sea que el profesional de la salud tenga o no responsabilidad

alguna sobre el acto reclamado, materia de inicio del proceso jurídico; toda vez que el ejercicio de la profesión médica se basa en una relación de confianza médico-paciente, la cual se daña de forma irreparable al momento de conocer que el profesional de la salud se encuentra en un proceso jurídico de probable responsabilidad profesional.

La falta de elementos jurídicos que regulen el acto médico en materia penal, y el uso de la definición de lesiones contenido en el artículo 288 del Código Penal Federal vigente, crea una laguna jurídica en contra del profesional de la salud, donde el paciente puede iniciar un proceso jurídico en contra de este último, ya sea por ignorancia o por dolo, toda vez que el acto médico involucra en la mayoría de las ocasiones infringir una lesión o un riesgo calculado en el paciente al momento de indicar un tratamiento o iniciar un procedimiento médico, debido a que todo acto médico implica posibles complicaciones; de tal manera que la aparición de una complicación debida al acto médico o la propia historia natural de la enfermedad, pueden provocar en el paciente o en sus familiares molestia y desconfianza del propio actuar médico, lo que justifica, para el paciente, iniciar un procedimiento jurídico en contra del profesional de la salud.

I. CONCEPTOS GENERALES

1.1 Bases Jurídicas en Materia de Salud.

Desde la legislación babilónica, que ha llegado a nuestros días a través del Código de Hammurabi (1792-1750 a.c.), se tiene conocimiento de que existían sanciones específicas para los médicos que causaban algún perjuicio a sus pacientes, variando las penas de acuerdo a la condición de esclavitud o libertad del propio paciente, así también se regulaban los honorarios médicos, cuando se causaba la muerte de un esclavo el médico estaba obligado a resarcir el daño al propietario entregándole un esclavo de las mismas características del fallecido, en cambio si la muerte era de un "señor" el médico era sancionado con la amputación de una mano. ¹

Posteriormente, en la Grecia clásica, surgen autores importantes en este campo como lo es Esculapio quien sienta las bases para el desarrollo de la Deontología Médica, estableciendo los deberes de los médicos tanto con la sociedad como para con los propios pacientes, más tarde surge Hipócrates (460- 375 a. C.) quien, además de diversos tratados de índole científica, escribe ensayos de ética médica y crea el Juramento Hipocrático, que habiendo sido modificado y modernizado es la base de los actuales códigos deontológicos. A principios del siglo XII d.C. Maimonides -Mois San Maimon (1135-1204 d.C.) establece un Memento u oración que es finalmente el Juramento Hipocrático adecuado a los principios religiosos de la época.²

En 1803, en Estados Unidos de Norteamérica se establece un primer Código de Ética Médica, sin embargo no es sino hasta 1845 en que Max Simon, en Francia, aplica el término de Deontología a la Medicina, rescatando los conocimientos griegos existentes en ese sentido, mismos que habían sido olvidados durante más de cinco siglos. En México en 1903, el Dr. Francisco Marrón Alonso establece el Código de Moral Médica y Cortesía Profesional, en el que distingue tres capítulos: Relaciones entre el médico y sus enfermos, relaciones de los médicos entre sí y relaciones entre la profesión y el público. En 1918 el Dr. Alfredo Montañó da a conocer sus "Apuntes para un Reglamento de Deontología Médica", en el que se establecen apartados tales como los Deberes de los médicos para con los demás, deberes de los médicos para con la sociedad, de las juntas de médicos, del reemplazo médico, de los especialistas, deberes del médico en obstetricia, de los honorarios profesionales, del secreto profesional y disposiciones generales.³

En 1919 en la Conferencia de Laenec, en Francia, se da a conocer el Memento u Oración del Médico basado en los principios de la religión católica. En el Código Penal Mexicano de 1931 se tipifica el delito de responsabilidad profesional.⁴

1. Aristóteles, Ética Nicomaquea. Política; tr. Antonio Gómez Robledo. 12ª edición, Porrúa, colección "SepanCuantos..." No. 70, México 1989; p. 157.

2. Ibid., p. 157

3. Mendieta y Núñez, Lucio. El Derecho Social, 2ª ed., Porrúa, México, 1967, p.59.

4. Ibid., p.59

En 1948 el Dr. Clotrie, también francés, propone ante la Organización Mundial de la Salud un Juramento Universal, que es una nueva modificación al Juramento Hipocrático, sin embargo ese mismo año se establecen dos documentos de suma importancia en la Deontología Médica que son el Código Internacional de Ética Médica por la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Ginebra en la cual se moderniza el Juramento Hipocrático, para adecuarlo a las características de nuestra sociedad actual. Estos dos documentos fueron revisados en 1968 en Sidney, considerándolos como adecuados y vigentes.⁵

Con la evolución de la ciencia médica y la regulación del ejercicio profesional, tomando como base los documentos antes señalados, para la solución de problemas éticos específicos se han establecido criterios universales a través de diversas Declaraciones, tales como la de Helsinki en 1964 relativa a la Investigación en Seres Humanos, la de Sidney en 1968 para la determinación de la muerte, la de Oslo en 1970 relativa al aborto terapéutico, la de Tokio en 1975 relacionado a la actuación del médico ante torturas y castigos y la Declaración de Hawái en 1977 que sienta las bases para el tratamiento de pacientes psiquiátricos, entre otras.⁶

La legislación aplicable a la profesión podemos dividirla en Internacional, Federal y Estatal. La legislación Internacional son aquellos programas, tratados o acuerdos a los que se ha adherido México como Nación, por ejemplo el Programa contra la Desnutrición Infantil, el Programa de Investigación y Control del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el Tratado para el Traslado Internacional de Cadáveres, Programa para el Control de Estupefacientes y Psicotrópicos, El tratado para la prevención y Control de Enfermedades Transmisibles de Vigilancia Internacional, etc. La observancia de estos documentos es obligatoria para todos los médicos en ejercicio de la profesión en México. Por otra parte la Legislación Federal es aquella de observancia obligatoria en todo el Territorio Nacional, por ejemplo la Ley General de Salud y sus Reglamentos, las Normas Oficiales Mexicanas, el Código Penal para el Distrito Federal en materia del Fuero Común y para toda la República en materia del Fuero Federal, la Ley Federal del Trabajo y sus Reglamentos, la Ley General de Responsabilidades de los Servidores Públicos, la Ley Federal de Metrología y Normalización, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, etc.⁷

La Legislación Estatal o local es el conjunto de normas que rige únicamente en un Estado de la Federación y cuyo objeto es legislar aspectos y necesidades particulares de acuerdo a las condiciones sociales, ambientales, geográficas, económicas, etc. por ejemplo la Ley de Salud, El Reglamento de Cementerios, Código Penal en materia del Fuero Común y Código Civil para cada Estado de la República.⁸

5 Mendieta y Núñez, óp.cit, p.59.

6. Ibíd., p.59.

7. Drane, J. (1978), Gobierno y Bioética, Tomo I SMU. Montevideo. Editorial Nordan. p.p. 126-215

8. Ibíd., p.132.

1.1.1.-La normatividad y la moral en materia de salud.

La Ley Moral es aquella que rige la conducta del hombre basada en la moral, distinguiendo entre el bien y el mal, considerando al bien como todo aquello que respeta la existencia, la integridad y la perfección del propio ser y su entorno social, basándose en una conciencia moral, entendida como el juicio de la razón práctica sobre la moralidad de un acto que se va a realizar o que ya se ha realizado (conciencia antecedente o conciencia consiguiente). La conciencia moral también puede ser dividida en: Verdadera cuando se adecua a los Códigos Morales; Cierta cuando se adapta a los actos humanos de una sociedad en particular y en Errónea cuando se basa en el criterio propio. La Ley Moral origina deberes y derechos morales, entendiendo como deberes la necesidad de acción u omisión ante el derecho de los demás, y derecho como todo aquello que se puede realizar.⁹

1.1.2.-Principios Éticos.

Son aceptados universalmente, por lo que debe juzgarse bajo la teoría del observador ideal, utiliza el término “tiene que”, es decir compromete a acciones particulares, son imperativos. La teoría del observador ideal afirma que sólo tiene derecho a juzgar quien sea imparcial, desinteresado y que conozca los hechos en forma integral.¹⁰

Principio ético "Primum non nocere"

Es el principio ético básico de toda la conducta humana, establecido por Hipócrates, y que el médico y todo profesional de las disciplinas para la salud deben tratar de aplicar en su práctica diaria, es el actuar sin causar daño alguno de tipo físico, moral, económico, social, laboral, etc.¹¹

Principio ético del “doble efecto”

Se debe tener en cuenta el principio ético del "Doble Efecto" o “Acto Voluntario Indirecto” que prevé la consecuencia de nuestros actos; en efecto, antes de realizar el acto, se prevé un beneficio y un posible daños; sin embargo, el beneficio previsto es mayor, de ahí la licitud ética para actuar. Si se realiza una acción en la que el causar un daño es el medio o fin de los actos, no se tendrá por ético. Por ejemplo, las alteraciones que conlleva el uso de quimioterapia el bien obtenido es mejorar su calidad de vida y, en su caso, la curación, por ello el bien es mayor que el daño previsto y es lícito emplear esta terapéutica.¹²

9. Berlinguer.G. (1994), Ética, Salud, y Medicina. Montevideo. Editorial Nordan.p.p. 28-56, 59-113.

10. Ibid., 35

11. Ibid., 35

12. Ibid., 36.

Este principio ético es la base de la actuación de los profesionales de la medicina, se le conoce también con el nombre de "Acto Voluntario Indirecto", el cual se realiza con pleno conocimiento de sus efectos adversos, para que se considere ético debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Que la acción sea buena en sí misma
2. El efecto bueno ocurra primero o simultáneo al malo, nunca después o como consecuencia.
3. Que la intención sea buena

Que exista proporción razonable a la gravedad del daño que permita el efecto bueno requerido.

Conociendo ya lo que se entiende por ética y moral, como también por valores y principios, será más fácil comprender lo que es y representa la Ética Médica. La Ética Médica es una disciplina que se ocupa del estudio de los actos médicos desde el punto de vista moral y que los califica como buenos o malos, a condición de que ellos sean voluntarios, conscientes. Al decir "actos médicos", hacerse referencia a los que adelanta el profesional de la medicina en el desempeño de su profesión frente al paciente (Ética Médica Individual) y a la sociedad (Ética Médica Social). Los actos que lleve a cabo en función de su vida privada, no profesional, caerán en el campo de la Ética General, la misma que permite juzgar los actos de cualquier persona.¹³

El "acto médico", no tiene que ver sólo con lo relativo al paciente, y a un paciente dado. El médico actúa en función profesional también en actividades distintas a las clínicas y a las quirúrgicas, como son las atinentes a la salud pública, al laboratorio clínico, a la patología, a la medicina legal, a la investigación biológica, etc. Uno de los defectos que tuvo la ética tradicional, la hipocrática, fue que en el juzgamiento moral del médico redujo su campo de acción a lo que hiciera al lado del lecho del enfermo o en el quirófano. La medicina a distancia – la telemedicina - , como es la que se ejerce desde un escritorio o desde un laboratorio, quedaba excluida. Hoy, vale reconocerlo, el médico no sólo tiene compromiso con su paciente, sino también con la sociedad toda. Por su puesto que tal compromiso va más allá de la ética individualista, como la que preconizara Kant (el reino de la moralidad reside en la autonomía, el individuo es la unidad fundamental) De ahí que J.F. Drane sostenga que el pecado capital de Kant fue ignorar que los seres humanos están estrechamente interrelacionados y que la acción humana se realiza en el interior de una comunidad. Lo que una persona, tiene antecedentes sociales e inevitablemente tendrá efectos sociales. Fácil entender entonces por qué el principio ético de beneficencia, de carácter individualista, hubo de ser complementado con el principio de justicia, de alcance social.¹⁴

13. Berlinguer.G., óp.cit., p.38

14. Ibid., 39

1.1.3.-El Sistema Ético Médico.

La ética teórica para mejor entenderla y aplicarla, debe concebirse como una disciplina estructurada, sistematizada. En otras palabras, es necesario que, a la manera de un edificio, posea cimientos, muros y acabados. La ética se construye con valores morales, principios y normas. Los filósofos y moralistas, que han sido desde Sócrates los constructores del edificio ético, han procurado escoger los materiales (el terreno, que es el hombre, ha existido siempre) de la mejor calidad resistentes al paso del tiempo y a la presiones de las costumbres. Del actuar ético cada quien es su arquitecto, su propio responsable. Como las decisiones éticas no son productos de pálpito o inspiración divina, el médico en el desempeño de su delicada función debe poseer cualidades y llenar algunos requisitos que le permitan aceptar en la escogencia. Uno de esos requisitos es el conocimiento del sistema ético médico, es decir, la estructura sobre la cual debe modelar su actuar.¹⁵

1.1.4.-Valores.

"Valor – dice el Diccionario de la real Academia – es la cualidad que poseen algunas realidades, llamadas bienes, por lo cual son estimables". Sin desconocer que muchos son los valores morales que deben incidir en el actuar correcto de los médicos, y aceptando que la Ética Médica es una ética práctica, se podría concluir que la vida humana como principal valor ético, seguido de la salud, no es una propuesta carente de lógica.¹⁶

La ética es una disciplina antropocéntrica, al igual que la medicina. Aquella se ocupa de analizar los actos de los hombres con miras a calificarlos como buenos o malos, en tanto que ésta se ocupa de cuidar la salud, con miras a conservar la vida dentro de la mejor calidad posible. El hombre siempre ha sido considerado como el Bien Mayor de la Naturaleza y, por lo tanto, sirve de vehículo a valores, entre los cuales la vida y la salud son los más valiosos en la escala jerárquica. Además, ambas poseen polaridad, es decir, poseen sus contrarios o antivalores, que son la muerte y la enfermedad. Se acepta que los valores, para ser considerados como tales, requieren tener una existencia virtual, requisito que llenan la vida y la salud, pues ellas no existen por sí mismas sino que están sostenida en un ser real, en algo corporal, que es el cuerpo humano. Ausente éste, tampoco existirían la vida y la salud. Analizadas desde el punto de vista naturalista, tanto la vida como la salud podrían quedar clasificadas como valores biológicos, vitales. Puede objetarse que ellas tienen más de bienes que de valores, consideradas con purismo axiológico.¹⁷

Decía Descartes que la salud es sin duda el primer bien y fundamento de todos los demás bienes de esta vida. Sin embargo, aceptando que salud y vida son casas buenas dado que sólo con ellas el hombre puede llegar a realizarse y a

15. Berlinguer.G., Óp. cit., p. 39

16. *Ibíd.*, p. 40

17. Portillo, J. (1999), *Ética y Salud*. Barcelona. Editorial Paidós. p.p 128-136

trascender, y siendo lo bueno un valor moral, parece lógico que ellas lo sean. "¿Qué sentido tendría la existencia de valores que escaparan a toda posibilidad de ser apreciados por el hombre?". Esta frase de Risieri Frondizi puede ejemplificar lo antes mencionado. Alfred Sauvy denunciaba los criterios que se han tenido para juzgar la vida cuando se la considera apenas como un bien utilitario. Vale según se la tase a la luz de intereses económicos, raciales, sociales, religiosos, políticos y de conveniencia personal. Tal enfoque pragmático de la vida se advierte también en relación con la salud. Esta preocupa más cuanto más importante y adinerado sea el individuo; en cambio, la falta de salud en el pobre es un asunto de poca monta. Sin duda, ese enfoque deshumanizado de la vida y la salud como bienes materiales exclusivamente, no le hace bien a la medicina. Es cierto que son bienes para quienes las poseen, pero deben ser valores – y valores éticos – para los demás, en particular para quienes están comprometidos a preservarlas y mejorarlas.¹⁸

"No obstante que la medicina sea considerada una ciencia natural, en el fondo tiene mucho de ciencia moral, espiritual, pues lo que busca es propiciar el bien del hombre; vale decir, es humanitaria. Tal concepto, en el de la medicina como disciplina espiritual, hay que imbuirlo a quienes se inician en ella; enseñarles que vida y salud son valores morales, a riesgo de que pueda interpretarse como un intento por establecer una tabla de valores de corte nietzscheano. Recordemos que el atormentado filósofo prusiano propuso que la vida tenida como el valor supremo, al cual deberían someterse los demás valores. Aceptadas la vida y la salud como valores éticos, estaríamos obligados todos los profesionales de la salud a reconocerlas como tales, pues tendrían fuerza impositiva, serían un imperativo moral al ocupar los primeros lugares en la escala axiológica que nos debe servir de guía".¹⁹

Continuando la tarea de elaborar una tabla de valores que sirviera de fundamento al sistema de la Ética Médica, se podría colocar en tercer lugar la felicidad, que es lo que puede experimentar una persona cuando tiene vida con salud. Es cierto que se trata de una propuesta de sabor eudemonista, pues aparece tener que aceptar la felicidad como un sumo bien. No obstante que la ética eudemonista es una ética de bienes y fines vale decir que es materialista, ha de aceptarse que la felicidad es un bien que puede alcanzarse a través de la medicina. Con esto la medicina no se demerita sino se engrandece. Schopenhauer señala que: "Un cerebro poderoso, un humor alegre, un cuerpo bien organizado y en perfecta salud, o, de una manera general, el mens sana in corpore sano, son los bienes supremos, lo más importantes para alcanzar la felicidad". Y la felicidad, así lo creía Kant, es aquello sin lo cual toda la empresa de la moralidad casi no tendría sentido. Principio es la "norma o idea fundamental que rige el pensamiento o la conducta" (Diccionario de la Real Academia). En ética se manejan principios morales, es decir, aquellos que permiten o facilitan que los actos sean buenos. Cuando con afán ético se apela a ellos, es como cuando en la ciencia se apela a una ley.²⁰

18. Portillo, J., *Óp.cit.*, p.128.

19. *Ibíd.*, p. 129.

20. *Ibíd.*, p.130.

Hace necesario que esas normas autoricen acciones cuyas consecuencias sean mejores que las que pudieran derivarse de cualquier otra acción alternativa. Así los condicionó hace 90 años el filósofo inglés G.E. Moore en su *Principia Ethica* (Cambridge University Press, Cambridge). Tres son los principios que en la actualidad hacen las veces de leyes morales en *Ética Médica* y que, y que fueron propuesto, con carácter general, por el filósofo David Ross. Son ellos; autonomía, beneficencia – no maleficencia y justicia.²¹

La autonomía del paciente, como principio moral del actuar ético del médico, no fue contemplada en el Juramento hipocrático. Al contrario, el paternalismo médico que caracterizó a la moral hipocrática, entronizó la heterónoma como requisito indispensable de un buen acto médico. La introducción del principio de autonomía a la *Ética Médica* como fundamento moral trajo consigo una verdadera revolución en el ejercicio profesional, de la cual muchos médicos y muchos pacientes no han hecho aún conciencia. El concepto de autonomía. Por interpretarse de muchas maneras, se ha prestado para hacer de la relación médico – paciente un conflicto, no obstante el sano espíritu filosófico que anima a dicho principio.²²

La autonomía hace referencia a la libertad que tiene una persona para establecer sus normas personales de conducta, es decir la facultad para gobernarse a sí misma, basada en su propio sistema de valores y principios. La palabra deriva del griego *autos* que significa "mismo" y *nomos* que significa "regla", "gobierno", "ley", es decir, expresa auto gobierno, sin constricciones de ningún tipo. La persona autónoma determina por sí misma el curso de sus acciones de acuerdo a un plan escogido por ella misma. Por supuesto que durante el acto médico la autonomía tiene que ver con la del paciente y no con la del médico. Como dice E.D. Pellegrino: "la autonomía se ha convertido en la consigna que simboliza el derecho moral y legal de los pacientes a adoptar sus propias decisiones sin restricción ni coerción, por más bienhechoras que sean las intenciones del médico". Sin duda, es un derecho que limita lo que debe y puede hacer el médico por su paciente. Se ha tomado tan serio que los médicos que actúan contra los deseos del paciente, aun para salvarles la vida, pueden llegar a enfrentarse a los tribunales disciplinarios y penales.²³

Desde Kant se ha sostenido que el reino de la moralidad reside en la autonomía. Por eso quienes se ocupan en profundidad del tema de la ética no pueden eludir el análisis especulativo de lo que significa la autonomía. Como corolario de esos análisis se ha llegado a la conclusión de que la autonomía pura, verdadera, no existe. Si existe, reside en el nivel último de la conciencia, en el más profundo que pueda poseer la persona. Es que, como bien lo señalan Mappes y Zembaty: "la autonomía puede interpretarse como libertad de acción, como libertad de escogencia o como deliberación efectiva". Lo cierto es que la racionalidad y la libertad de acción son fundamentales para que un -

21 Portillo, J., *Óp.cit.*, p. 131.

22. *Ibid.*, p. 132.

23. *Ibid.*, p.133.

individuo pueda considerarse autónomo. La racionalidad puede tener dos sentidos: la capacidad de escoger los mejores medios para alcanzar un fin, y la escogencia de fines en vez de medios para lograrlo. Siendo así, los actos de verdad racionales deben basarse en decisiones relacionadas con los mejores medios que maximicen los fines escogidos. Para que esto ocurra, la persona será plenamente racional si posee aptitudes para; formular metas apropiadas, especialmente a largo plazo; establecer prioridades entre esas metas; determinar los mejores medios para alcanzarlas; actuar efectivamente para realizarlas; abandonar o modificar las metas si las consecuencias son indeseables o indeseables al usar los métodos disponibles.²⁴

La preponderancia que se le ha asignado a la autonomía en el campo de la moral es tanta que, siguiendo a Kant, se acepta que en ella reside el reino de la moralidad. Para este filósofo el hombre llega a ser persona de verdad por su capacidad para darse a sí mismo el imperativo categórico de la ley moral. Pero, ¿qué requisitos debe poseer una acción para que pueda considerarse como autonomía? Según Faden y Beauchamp son tres los requisitos necesarios, así que se ejecute con intencionalidad, con conocimiento y sin control externo. Para que una acción sea intencional debe ocurrir como resultado de la intención de hacerla. No puede, por lo tanto, ser accidental, ni ser hecha de manera inadvertida o por error, ni ser producto de la presión física ejercida por otro. Puede decirse que la acción intencional es una acción que se lleva a cabo de acuerdo con un plan preconcebido. El segundo requisito, es decir que la acción se ejecute con conocimiento o entendimiento, hace referencia a que si la gente no entiende la acción, ésta no será autónoma dado que es imprescindible que se comprenda cuál es la naturaleza de ella y cuáles sus posibles consecuencias. El tercer requisito tiene que ver con el control que desde fuera pueda ejercerse sobre la persona, en relación con sus actos, y que puede hacerse de distintas formas o grados: mediante coerción, manipulación y persuasión. Por otra parte, la autonomía también puede verse interferida o restringida por factores internos, como serían alteraciones orgánicas o funcionales del cerebro (ejemplo: neurosis compulsiva). El principio de autonomía no es más que el derecho moral al autogobierno. Se trata de un principio filosófico íntimamente relacionado al concepto legal de intimidad. Todas las personas tienen derecho a la libertad de conciencia. "Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni impedido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia". El principio de autonomía en ética Médica puede prestarse a conflictos de tipo profesional y, por supuesto, de orden moral. Han dicho Beauchamp y Mc Cullough que: "Si los valores morales del paciente entran directamente en conflicto con los valores de la medicina, la responsabilidad fundamental del médico es respetar y facilitar la autodeterminación del paciente en la toma de decisiones acerca de su salud". Esta política de hacer primar la voluntad o autonomía del paciente frente a la del médico limitó el poder de éste y protegió a aquél de un abusivo entretenimiento, culpable de muchas aberraciones, como son las hospitalizaciones no voluntarias o las cirugías no consentidas.²⁵

24. Portillo, J. Óp.cit., p.134.

25. Ibíd., p.136.

Sin embargo, el "yo quiero que..." del paciente, no puede interpretarse como una orden de obligado cumplimiento por parte del médico. "Yo quiero que me practique una operación cesárea", o "yo quiero que me aplique la eutanasia", no obstante poder ser determinaciones coherentes con el sistema de valores y actitudes frente a la vida por parte del paciente, el médico tiene la obligación de consultar sus propios valores y principios, su buen juicio, para acceder o no a la demanda que se le hace. Si el paternalismo que caracterizó a la medicina hipocrática o romántica fue causa de muchos excesos por parte del médico, la autonomía que caracteriza a la medicina moderna también está siendo motivo de muchos excesos, venidos del paciente y del médico. Bien dice por eso Gracia Guillén que: "Cuando la autonomía se lleva al extremo e intenta convertirse en un principio absoluto y sin excepciones, conduce a aberraciones no menores que las del paternalismo beneficentista".²⁶

1.1.5.-Principio de Beneficencia – no Maleficencia.

El documento perdurable que ha servido de punto de partida y de sustento a la ética médica occidental, es el Juramento hipocrático. Uno de los principios morales en él recogidos tiene que ver con el beneficio que el médico está obligado a proporcionar a su paciente; otro hace relación al compromiso de evitar hacerle daño. En efecto, el documento dice así:

"Haré uso del régimen dietético para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender: del daño y la injusticia le preservaré". Este compromiso se ve reforzado con lo registrado en el libro Epidemias: el médico debe "ejercitarse respecto a las enfermedades en dos cosas, ayudar o al menos no causar daño". La máxima latina *primum non nocere* (primero no hacer daño) siempre ha sido tenida como el fundamento de la moralidad en el ejercicio médico. Pese a que se desconoce quién y cuándo la pronunció, se relaciona con la Escuela hipocrática; no descabellado pensar así, si la cotejamos con lo recomendado en el Juramento y la Epidemias. De todas maneras, se trata de deberes que el médico éticamente debe cumplir. Los filósofos que se han ocupado de estos deberes o principios no han llegado a un acuerdo sobre si son diferentes o sobre si son semejantes. El filósofo inglés Ross, por ejemplo, es partidario de diferenciarlos. El sentido práctico – por lo menos el aplicado en el ejercicio médico – hace recomendable considerarlos por aparte. No obstante que el significado de "bien moral" puede interpretarse de diferentes maneras, lo cierto es que se considera que un acto es bueno cuando está encaminado a favorecer lo que naturalmente es conveniente al hombre. No habiendo nada más conveniente al hombre que una buena salud, el mayor bien o beneficio que puede causársele es devolvérsela cuando la ha perdido, o protegérsela cuando la posee.²⁷

26. Río y Álvarez. (1988), Ética, Salud y Enfermedad. Madrid. Editorial M.SC. 92 Espiga 13, Enero-Junio, 2006 p.p 120-140

27. *Ibid.*, p.125.

De qué otra manera puede beneficiarse al paciente como tal, si no es defendiendo su salud, que es uno de sus mejores y legítimos intereses. Sin duda, es el objeto, la meta del llamado "acto médico". Por eso ha sostenido J.F. Drane que: "El principio de beneficencia es para la medicina lo que el principio de libertad es para el periodismo, la norma ética fundamental. Para los filósofos norteamericanos Beauchamp y Childress, beneficencia es: "Actuar para prevenir el daño, o para suprimirlo, o para promover el bien". De esa manera se ayuda al "otro", ayuda que simboliza el humanitarismo que ha caracterizado a la medicina desde sus inicios.²⁸

El principio de no – maleficencia puede considerarse, a diferencia del de beneficencia, un asunto pasivo. Si para realizar éste es necesario actuar, para no contrariar aquél es indispensable abstenerse, vale decir, no infligir daño. Otro sí, ese deber de no – maleficencia abarca no sólo el daño que pueda ocasionarse, sino también el riesgo de daño. De ahí que para evitarlo se requiera que el médico esté atento cuidadosamente. La ausencia de malicia, de intención, no ampara de la violación del principio de no – maleficencia. El éticista William Frankena, que considera los principios de beneficencia y no – maleficencia como uno solo, establece que: "Para beneficiar a la persona no basta hacerle el bien sino también no hacerle daño, sobre todo previniendo éste".²⁹

1.1.6.-Principio de Justicia.

En *Ética nicomaquea* se lee: "Llamamos justo a lo que produce y protege la felicidad y sus elementos en la comunidad política". Estrechando este concepto de Aristóteles para aplicarlo en la esfera médica, justo sería que haga el médico a favor de la vida con salud de su paciente, circunstancia que favorece asimismo la felicidad. Esta sería la justicia individual o particular, que ha pasado a un segundo plano en la concepción actual de la ética médica, pues en el marco de la atención de la salud, justicia hacer referencia a lo que los filósofos llaman "justicia distributiva", es decir, la distribución equitativa de bienes escasos en una comunidad, y que equivale a la justicia comunitaria o social, de cuya vigencia debe responder el Estado. Esta macro justicia – si así puede llamarse la justicia comunitaria, en contraste con la individual o micro justicia – tiene sus principales antecedentes teóricos en las tesis utilitaristas. En efecto, el objeto de la virtud, conforme a la ética utilitarista, es la multiplicación de la felicidad. Según esto, un acto es bueno sólo si maximiza la utilidad, que puede interpretarse a favor de la persona (per capita) o de un número grande de individuos (comunidad). En la bioética contemporánea el problema de la justicia se ha centrado en el campo de los cuidados sanitarios, problema bien tratado por Allen Buchan en *Biomedical Ethics*.³⁰

28. Río y Álvarez. *Óp.cit.*, p.129

29. *Ibid.*, p.130.

30. *Ibid.*, p.131

Los interrogantes que suscita la inclusión de la justicia como principio moral de la ética médica son varios, al cual más de complejo, por cuanto no a todos se les encuentra sustento teórico que los avale moralmente. Transcribo los que plantea Buchan. 1. ¿Existe un derecho a los cuidados de salud? De existir, ¿Cuáles son sus bases y su contenido? 2. En orden de prioridades. ¿Cuál es la relación con otros derechos (educación, vivienda, servicios básicos)? 3. Siendo varias las formas de cuidado sanitario, ¿Cuál es el orden prioritario? 4. ¿Con qué criterios debe valorarse lo justo o lo injusto de un sistema de salud?³¹

Es sabido que el concepto teórico de justicia sigue siendo discutible en el ámbito socio – político contemporáneo. Para unos el ideal moral de justicia es la libertad; para otros la igualdad social; para los demás la posesión equitativa de la riqueza. Hans Kelsen, luego de analizar la posición de las distintas corrientes filosóficas frente al problema de la justicia, concluye con las siguientes palabras: "En rigor, yo no sé ni puedo decir qué es la justicia, la justicia absoluta, ese hermoso sueño de la humanidad". Si esa justicia absoluta, a la que se refiere Kelsen, no deja de ser un sueño, solo quedara entonces una justicia relativa, es decir, aquella que depende muchas veces de las circunstancias. Así parece ocurrir con la justicia distributiva relacionada con los asuntos de la salud.³²

Desde la perspectiva de la justicia distributiva se acepta que no sólo la sociedad tiene la obligación moral de proveer o facilitar un acceso igualitario a los servicios de salud, sino que además todo individuo tiene el derecho moral a acceder a ellos. Pero, ¿la obligación moral se constituye en obligación legal? ¿El derecho moral es un derecho legal? En principio, debe entenderse que cuando la sociedad y el Estado aceptan derechos morales adquieren la correspondiente obligación traducida en términos legales. En 1983, en los Estados Unidos de Norteamérica, una Comisión Presidencial creada cinco años atrás para estudiar los problemas éticos en medicina, hizo la declaración siguiente: "Con sentido amplio, decir que la sociedad tiene la obligación moral de hacer algo, es decir que debe moralmente hacerlo; de lo contrario esa sociedad se expone a la crítica moral". Por eso es por lo que algunos gobiernos han incluido en su Constitución y en otros códigos disposiciones legales destinadas a cumplir con la obligación moral de brindar salud a todos sus asociados. No obstante, contados son los que hacen realidad su compromiso, restándole vigencia al principio moral y legal de justicia distributiva. Puede decirse que aquellos sistemas de gobierno de carácter socialista son los que más se acercan a ese ideal, pues al no existir diferencias de clases la repartición de los recursos puede hacerse de manera semejante, equitativa; en asuntos de salud, la posibilidad de acceso a los servicios, al igual que la calidad de éstos es la misma para todos. En cambio, en aquellas naciones donde los servicios médicos se prestan en mercado libre, se establece una lógica desigualdad, contraria al principio ético de justicia.³³

31. Río y Álvarez. Óp.cit., p. 133

32. Ibíd., p. 134.

33. Maliandi, R. (2004), Ética: Conceptos y problemas. Buenos Aires. Editorial Biblos. p.p. 37-90

La Medicina, desde sus orígenes, ha estado sustentada en el principio de servir al hombre en función de salud, es decir, de propiciar su bienestar físico y mental, de curar sus enfermedades, de prolongar su vida. Siendo una disciplina que gira alrededor del hombre, la Medicina es de suyo una actividad antropocéntrica. ¿Quiere esto significar que la Ética Médica es, por sobre todo, una Ética Humanista? La Ética Humanista establece que para saber lo que es bueno para el hombre es necesario conocer la naturaleza de éste. Aun cuando no es fácil definir lo que se entiende por "naturaleza", aceptemos, de manera simplista, que es el modo de ser propio del sujeto humano, no sólo de la persona, en el sentido que tenía para Leibniz, vale decir, del ser pensante e inteligente, capaz de razonar y reflexionar, sino también de quienes han perdido esas virtudes o todavía no las han adquirido. Además, naturaleza hace relación a los elementos constitutivos y a la forma como ellos desempeñan su papel para que ese sujeto pueda ser lo que es.³⁴

El jesuita Pierre Teilhard de Chardin, uno de los más grandes pensadores de nuestro siglo, decía en su ensayo El fenómeno humano lo siguiente: "El hombre no es sólo centro de perspectiva del Universo sino también centro de construcción. Por conveniencia, tanto como por necesidad, es hacia él donde hay que orientar finalmente toda ciencia. Si realmente ver es ser más, miremos al hombre y viviremos más intensamente". Esta magistral recomendación del Padre Teilhard de Chardin no tiene, otra finalidad distinta que concitar a que se ahonde en el mejor conocimiento de la naturaleza del hombre, sin el cual conocimiento no es posible entenderlo, como tampoco al universo en el que está inmerso.³⁵

Ya ha quedado señalado que la Ética Médica es una ética práctica, normativa. Con ese criterio ha sido absorbida por la Bioética. Por lo tanto, el médico en ejercicio deberá, para actuar dentro del marco ético, estar familiarizado – y ojalá identificado – con los valores y principios morales que sustentan el sistema ético – médico. Creo que las tres recomendaciones que en alguna ocasión diera para ese efecto el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos caen bien en este momento. Estas son:

1. El médico debe tener una idea muy clara de la estructura de su propio sistema de valores y de la forma en que sus juicios personales influye en las decisiones relacionadas con lo que es bueno o malo.
2. El médico debe tener un conocimiento básico de la ética como disciplina.
3. El proceso por el cual el médico llega a las decisiones éticas y las implementa, debe ser sistemático, consistente con la lógica.

El deber del médico es propiciar el mayor bien para su paciente; es decir, defender sus mejores intereses, que son la vida, la salud y la felicidad. Si yo como médico me pongo a reflexionar si este o aquel acto mío adelantado en mi

34 Maliandi, R.Óp.cit.p.38

35. Ibid., p.39

condición de profesional de la salud va a beneficiar a mi paciente o a la comunidad, estoy adelantando un juicio ético, mediante el cual espero llegar al convencimiento de que es la mejor de las alternativas que puedan brindarse y que con él no van a lesionarse los intereses de un tercero. Para facilitar ese juicio dispongo de principios morales como son el de autonomía, el de beneficencia y el de justicia, como también de normas de moral objetiva, que son las que ha dictado la sociedad.³⁶

Aristóteles sostenía que la ética está edificada sobre la ciencia del hombre, y la Medicina, al fin de cuentas es la ciencia del hombre. Pero no se crea que el médico, que es el dispensador de la Medicina, deba ser apenas un científico positivista, un experto del cuerpo humano, su componedor, su mecánico. Si así fuera podría ser suplantado por un cerebro electrónico, para hacer diagnósticos y extender fórmulas, como se ha pretendido, para hacer mayor éxito, en algunos países donde la opulencia permite llegar a tanto. El médico, para que lo sea de verdad, debe estar dispuesto y capacitado para trascender lo simplemente corporal somático, del objeto de su profesión que es el enfermo, u paciente. Precisamente, a la Ética Humanista se le ha objetado su carencia de algo que trascienda al hombre, lo cual, se dice es esencial a la naturaleza del comportamiento ético. Si aceptamos la tesis teologal de que el hombre fue hecho a imagen y semejanza de su creador, y que su naturaleza viene de éste, no nos queda sino aceptar que ocuparse de esa persona para cuidar y proteger su bien máspreciado, la salud, es absolutamente ético, trascendente. Pero si negamos toda intervención teologal, ¿quién no comparte la afirmación de Erich Fromm de que no hay nada superior ni más digno que la existencia humana? Esa existencia no se olvide, está íntimamente ligada al que hacer médico. Por eso el cultor de la Medicina, para ser un cultor trascendental debe, además de ciencia, ponerle arte a su oficio. Y arte es sentimiento, pasión, alma.³⁷

El hombre, hombre con carácter genérico, término que involucra por lo tanto al varón, a la mujer, al niño, al feto, centro de perspectiva y construcción del Universo, como lo señalaba Telihard de Chardin, aparece un valor implícito admirable, independientemente de su condición racial, social, religiosa, política o económica. Cada nuevo ser humano que aparece en el escenario terrenal se constituye en un personaje digno de consideración y respeto. Observarlo, entenderlo y tratarlo así es el verdadero sentido de la palabra "humanismo". La profesión médica nos obliga, de entrada, a ser buenos conocedores del organismo humano, de estudiar detenidamente su conformación anatómica y su funcionamiento. Si los ojos con que vemos tan compleja maquinaria no son los del simple mirón sino los del escudriñador atento y analítico, no podremos sustraernos al sobrecogimiento de admiración que despierta tan perfecta obra. Mientras más se penetra en su complejidad, más perplejidad suscita. Ciertamente, el siglo actual puede considerarse el siglo de la perplejidad; en Medicina lo nuevo asombra. Tal parece que el hombre hubiera aceptado el desafío de llegar a conocerse a sí mismo a plenitud. Y lo está logrando, no para

36. Maliandi, Óp.cit., p.40.

37. Ibíd., p.42

hacer alardes de ser su propio descubridor sino, de seguro, para entender y disfrutar más intensamente el milagro de existir.³⁸

Cada día va comprendiéndose mejor lo que ocurre en la intimidad de ese mundo fabuloso que es la célula, "grano natura de vida". Particularmente a nivel cerebral, donde reside el intelecto que nos diferencia de otras especies animales, los descubrimientos son deslumbrantes. La evidencia de sustancias neurotransmisoras, como también el comportamiento molecular bajo su efecto, han permitido entender algunos fenómenos psíquicos. La tomografía de emisión de positrones, que conjuga anatomía, bioquímica y fisiología mediante el empleo de radioisótopos de vida media ultracorta, ha hecho posible registrar la actividad de las células cerebrales en una zona o área determinada. Por este medio se ha observado que en el lóbulo temporal se localiza la función relacionada con la angustia, con la ansiedad. Por su lado, la ingeniería genética viene desentrañando lo que se encierra en la intimidad del gene, que es la unidad que origina y transmite la vida y la identidad del individuo. Ad portas tenemos un descubrimiento científico que ira a conmover al mundo. Este es el llamado "Programa genoma", que tiene como objetivo identificar el mapa genético del hombre, descifrar los mensajes ocultos en el código químico de los genes, es decir, poner al descubierto el juego completo de instrucciones para construir un ser humano. El proyecto, auspiciado por el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica, lo conforma para su desarrollo un equipo de biólogos, ingenieros, expertos en computación, eticistas, industriales de la ciencia, a cuya cabeza estuvo en un principio el Premio Nobel de Medicina James Watson, descubridor, como, es sabido, del mensajero químico, el ácido desoxinucleico (DNA). Según él, esa investigación encierra un extraordinario potencial para el bienestar humano. Tan ambicioso proyecto ha sido estimado en tres billones de dólares y se espera que llegue a su meta en quince años.³⁹

El funcionamiento equilibrado, armónico, de esa admirable máquina de la que he venido hablando y que debemos conocer bien los médicos, constituye lo que se llama salud. Cualquier desajuste de su complejo engranaje conduce a una alteración en la capacidad de acción, que es la enfermedad. Y la desgracia más grande que puede ocurrirle al hombre es haber perdido la salud saberse enfermo. En efecto, se trata de un percance desdichado como lo interpretaban la filosofía jónica y la medicina hipocrática Cuando tal cosa sucede, el sujeto, quiéralo o no, es presa angustia, de desazón, dado que la enfermedad no sólo compromete su parte orgánica sino también -que es a veces lo más grave su psiquismo, su estado de ánimo, su espíritu. Piénsese que compromiso patológico de la salud conduce a que la persona tema por la pérdida de su vida o, por lo menos, a tener que aceptar que hay una merma de las funciones orgánicas, una incapacidad para disponer de sus posibilidades de auto despliegue, como señalaba Arthur Jores en su libro El hombre y su enfermedad tan necesarias todas para poder usufructuar plenamente la existencia. Por eso al hombre enfermo no se le debe considera sólo por el dolor físico que le pueda provocar su enfermedad -una fractura, un infarto, un cólico, un desgarró mus-

38. Mallandi, Óp.cit., p.41.

39 Berlinguer.G.Óp.cit.p.59

cular, un tumor compresivo- sino, en especial, por el dolor espiritual que también lo asiste, sentimiento que al decir de Aristóteles "desquicia estraga la naturaleza del que lo sufre".⁴⁰

Otras facetas del que hacer médico distintas a las puramente pragmáticas, nos preocupa advertir cómo cada día que pasa el médico se aleja cada vez más del hombre enfermo. Aquél ya no se acerca a éste para tocarlo, para sentir su fiebre, para explorarlo, para recoger su angustia y culpa hay que endilgársela a esa tendencia mecanicista de la medicina actual, propiciadora de que todo lo hagan los aparatos. El famoso "ojo clínico" que caracterizó a los legendarios médicos se trocó por el "ojo mágico" de las máquinas. Antes el médico era esclavo del paciente; hoy se libró de él para entregarlo a la tecnología mecanizada y, de paso, entregárselo él mismo. Es cierto que ese viraje, ese nuevo estilo, ha traído importantes avances diagnósticos y terapéuticos, a costa deplorablemente de lo que Hipócrates llamaba "la amistad médica", el coloquio que tanto añoraba Duhamel en Francia, y del cual se deriva la solidaridad con el sufrimiento y el dolor. Sucede que los aparatos son indiferentes, fríos, incapaces de escudriñar los sentimientos, el alma del paciente. Y el médico que sólo se fija en el mensaje mecánico, sin escuchar o intuir lo que dice esa alma, se comporta como un desalmado, al igual que la máquina. Actuar así, sin ponerle espíritu a su profesión, es algo propio del práctico utilitarista, del médico que hace alardes de ser un científico puro. De él no puede esperarse una medicina humanizada, pues ésta se sustenta en la consideración, en el respeto y en el amor al prójimo. Y el amor, como el respeto y la consideración, se dispensan con el alma. Razón tenían quienes afirmaban que para poder sanar de verdad, el médico debía penetrar más allá de la envoltura física del individuo enfermo. Maimónides, ese extraordinario médico filósofo del medioevo, decía, por eso, con sabiduría muy suya: "Dentro de la medicina no existen leyes absolutas; cada estado, cada individuo, exige atención especial".⁴¹

1.1.7.-El Médico Humanista.

Si aceptamos que la Ética Médica es Ética Humanista por cuanto se fundamenta en la ciencia del hombre, no puede aceptarse, sin beneficio de inventario, que mientras más científico sea el actuar profesional del médico, más ético es. La ciencia, para algunos, debe estar despojada de todo ropaje sentimental, espiritual; los hechos científicos no pueden ser producto de nada distinto a lo aprehensible, a lo mensurable; lo que no se sujete a estas condiciones es apenas una hipótesis, algo fantasioso, inexistente. El médico que con ese criterio trata enfermos, es decir, que sólo acepta lo que los aparatos captan y le dictan, es, a no dudarlo, un profesional científico. Pero, ¿quiere esto significar que es también un médico ético? De seguro que lo es, si su actuar está encaminado a favorecer a su paciente, a no causarle ningún daño físico ni moral, a menos que éste sea inferior al beneficio que se espera. Sin embargo, se cree que deja de ser juzgado a la luz de la Ética Humanista, cuando al tiempo hace abstracción plena del componente espiritual, afectivo,

40. Berlinguer.G.Óp.cit.p.60.

41. Ibíd.p.61

de paciente, y lo maneja simplemente como un objeto o lo útil como sujeto de experimentación. Es cierto que la sociedad valora en el médico y a veces en forma exclusiva, su preparación científica, su competencia técnica. El paciente, en particular también la valora, pero, por sentir su salutífero efecto, admira igualmente su competencia humana y, de seguro, si se le pusiera a escoger, se quedaría muchas veces con esta última. El médico que ejerce así procede dentro del marco de la Ética Humanista. Los servicios médicos y, en general los de la salud, pueden considerarse como bienes de mérito muy importantes e indispensables para la sociedad; es por ello que es importante que la educación médica actualice sus contenidos, tanto técnicos como éticos, para que los profesionales no corran el riesgo de mala praxis y que surja en el médico una conciencia que enfrente diariamente dilemas de tipo ético en el ejercicio de la práctica médica. El estudio del hombre constituye, entonces, la base de una educación completa y del conocimiento de una normativa bien delineada basada en patrones éticos fundamentales y universales, dada esa común dignidad de naturaleza propia de cada hombre y de todos los hombres. Este estudio ha de estar presente no solo en los programas básicos de los profesionales de salud, sino también en la educación continua, con el fin de formar a profesionales idóneos capaces de enfrentar con responsabilidad el ejercicio profesional y de ayudar a otros, de tal modo que su ayuda sea un acto que dignifique a la persona”.⁴²

El profesional de la salud deberá atender los planteamientos éticos que lleven a cuestionar la existencia de determinadas acciones donde incurra, con el objeto de proporcionar un paradigma básico en la toma de decisiones conflictivas que lo obliguen a establecer juicios de valor, eligiendo un camino que respeta las esperanzas y los deseos del paciente. Los principios éticos inspiradores de las relaciones profesionales entre los trabajadores de la salud, las instituciones y pacientes de este sector, son de trascendental importancia y de gran significancia para la formación de la conciencia informada, tanto del médico como del paciente; esto hace que se rompa o disminuya cada vez más la idea de que el médico es la única autoridad e inapelable absoluta y que la opinión o deseos del paciente son insignificantes o de poca relevancia. Es aquí en donde surge el respeto y la consideración que se debe tener al otro y para consigo mismo, para establecer una mayor y mejor comunicación en las relaciones profesionales médico- pacientes, y por supuesto, forjar la conciencia de ambas partes.⁴³

¿Cuál es el deber ser del médico?, o en forma más precisa, ¿Cuál debe ser el perfil ideal del profesional en salud en el mundo actual?, son preguntas bastante complejas de contestar, pues deben tomarse en cuenta varios aspectos que se enumerarán a continuación:

1.-La preparación científica o profesional que el individuo debe tener o adquirir por medio del estudio concienzudo acerca de las diferentes y variadas ramas que ofrece el campo de la salud.

42. Sánchez, A. (1980), Ética. México. Editorial Grijalbo.p.p 270-280

43. Ibid., p.273.

Es preponderante que se conozca a fondo lo básico de la profesión, para así poder tratar y resolver la dolencia que el paciente exprese, sin duda alguna, una preparación científica adecuada es importante para brindar una atención integral y de calidad. Deberá mantenerse informado acerca de nuevas enfermedades, nuevas técnicas y materiales para ofrecer lo mejor de sí, en el trabajo con los pacientes.

2. Otro aspecto de suma importancia es el humanístico o ético-moral. Entre los elementos de este aspecto están la honradez, honestidad, perseverancia, prudencia, responsabilidad, valentía y todo lo que exprese el amor por el prójimo, el amor por la profesión; en fin, el amor a la vida.

La actual medicina despersonalizada puede haber olvidado por considerarlo como una cuestión obsoleta el tema de la amistad y del respeto entre el médico y el paciente. En esas circunstancias puede predecirse para ella un desastroso futuro. Este olvido manifiesta de forma explícita que se está considerando al paciente como lo que no es. Cualquiera médico sabe que cada uno de los pacientes tiene derecho a no ser considerado por ningún ser humano como un nadie, y si realmente el médico es una persona humana, si el médico es importante para sí mismo, lógicamente comprenderá que al tratar al paciente como a un nadie, inevitablemente él mismo se trata asimismo, en ese mismo acto, como otro nadie. La pérdida del respeto al paciente implica de forma irrenunciable la pérdida del respecto a sí mismo ¿Pero qué sucede cuando el médico es negligente, indolente, apático, asiste a su trabajo solo por cumplir, sin importarle las características o demás rasgos personales o sociales de la población por atender y que demuestre un claro desinterés por conocer las necesidades de sus pacientes, casi que atiende solo por salir del paso? En este caso, se está ante un profesional que no cumple con el juramento ético-profesional, y concurrirá a su trabajo a realizar el menor esfuerzo, no efectuará diagnósticos consistentes, ni tratamientos curativos eficaces.⁴⁴

La dedicación profesional es una mística que siempre debe estar presente en todas las oportunidades laborales, ya sea en las consultas privadas o en cualquier forma de consulta institucional. Las actividades profesionales médicas requieren de un tipo de persona con gran sensibilidad social, que esté dispuesto a brindar todo su apoyo profesional acompañado de cordialidad y cariño, paciencia, prudencia y alegría, atributos muy importantes en un profesional que debe ayudar a sus semejantes con sabiduría y habilidad.

En el ejercicio profesional se presentan situaciones conflictivas que, junto a una formación profunda y un conocimiento del hombre acorde con su naturaleza espiritual y trascendente, demandan una actitud de servicio empática, es decir, la disposición arraigada de ayudar al otro, en la que confluyen el intelecto, la afectividad y el hacer. La sabiduría en el orden natural se identifica con la filosofía, el saber ordenado por excelencia, precisamente porque trata de los últimos principios que constituyen el fundamento de la realidad y, sobre todo, los fines de la vida humana. Si nos sentimos desorientados y dispersos es porque falta un conocimiento más universal y profundo, en el que se integran

44. Sánchez, A. Óp.cit., p. 276

los saberes más especializados: un saber comprensivo y radical que nos permitirá junto con el avance tecnológico no olvidar que la dignidad del hombre no está precisamente en ese avance sino en el hombre mismo. El profesional en salud debe encarar las demandas poblacionales con responsabilidad, con principios éticos arraigados en el ser también debe saber aprovecharse de estas cualidades para rediseñar procesos preventivos y educativos en salud, y así alcanzar una mayor calidad del servicio médico y honorabilidad de la profesión. “La mejor política es la honradez” escribió el gran filósofo Emmanuel Kant, premisa válida hasta nuestros días y que debe iluminar todo el quehacer médico.⁴⁵

Ahora bien, hablare del caso de los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) que hizo su aparición hace poco más de veinte años. Desde entonces, millones de personas que han adquirido este mortal virus se han visto discriminados por algunos sectores de la sociedad, sin importar si los enfermos son niños o adultos que fueron infectados accidentalmente por medio de transfusiones sanguíneas. Bayer lo analiza de esta manera: En los Estados Unidos, alrededor de una cuarta parte de la población cree que la gente con dicha infección debe ser excluida de las escuelas, centros de trabajo y otros lugares públicos. Uno de cada cuatro también piensa que las personas que sufren trastornos relacionados con el VIH no deben ser tratados con compasión. Estas observaciones son comunes en muchas regiones del mundo. Los temores y antipatía a menudo están fomentados por una hostilidad visceral hacia los grupos popularmente vinculados al SIDA: los homosexuales, los drogadictos y las prostitutas. La discriminación de las personas infectadas por VIH no solo es objetable por razones morales, sino que puede ser contraproducente por motivos de salud pública”. Al ser el VIH un virus mortal, muchos profesionales en salud se encuentran con el dilema de recibir o no a los pacientes que solicitan atención en los consultorios, en estos casos, la educación acerca de la enfermedad continúa siendo la mejor respuesta. Debe haber educación en los siguientes sentidos:

Todo profesional en las ciencias de la salud debe actuar responsablemente, para no contagiarse ni ser vehículo de transmisión a otras personas. El carácter ético de maximizar los esfuerzos y cuidados de tratamiento para detener toda infección. Cada tratamiento exige los mejores métodos de esterilización de equipos y materiales. Debe contarse con todos los recursos y avances tecnológicos utilizables para efectuar su labor de manera segura, que guarde su salud y la de sus pacientes. En resumen, cualquier trabajador de la salud debe contar, para hacer frente a la enfermedad, con una asepsia, protección, esterilización y desinfección que le den seguridad y libertad para trabajar con esta clase de enfermos, ya que, de lo contrario, sería una actitud negligente. Pero el sentido profesional más importante en la atención del enfermo con SIDA es el ético, en donde la salud del paciente debe estar en primerísimo lugar, puesto que debe ser tratado como un ser humano con dignidad, el cual necesita alivio, afecto y consuelo. El paciente no es un objeto, sino un sujeto con derechos y deberes.⁴⁶

45 Sánchez, A. Óp.cit.p.277.

46. Bayer, R. (1984), Aspectos Legales y éticos relativos al SIDA. Puerto Rico.Editorialde la OPS. p.p. 390-399

El personal de salud debe adquirir responsabilidades, obligaciones y deberes hacia todas las personas que soliciten los servicios; por ello, cabe señalar que no es ético negar a un paciente un tratamiento solamente por encontrarse infectado con el virus del SIDA. Ríos y Álvarez se expresan de la siguiente manera: La discriminación por una enfermedad infecciosa puede ser tan injusta como la motivada por otras razones moralmente irrelevantes como la raza, el sexo o una discapacidad. Por otro lado, es moralmente inaceptable negar ciertos derechos, beneficios o privilegios cuando los riesgos para la salud son solo teóricos o muy escasos y cuando el desempeño del médico es adecuado. El atender o no pacientes con SIDA no debería ni cuestionar, en tanto que se debe utilizar con todos los pacientes, sin excepción alguna, las medidas adecuadas de protección y de seguridad, extremando las medidas de protección e higiene, con lo que se garantiza el bienestar, tanto de los pacientes como del médico.⁴⁷

El problema del SIDA y la ética médica y la que tiene que ver con los demás profesionales de la salud también ha sido motivo de conferencias y foros. Siempre se ha llegado a la conclusión de que, desde el punto de vista ético, las personas que padecen la enfermedad no pueden ser abandonadas o relegadas por aquellos que tienen la obligación de cuidarlas, solo por el temor de que puedan contagiarse. Debe decirse que la actitud más ética a la que el médico y su personal están llamados a realizar, con respecto a las enfermedades contagiosas, es la de prevenir su diseminación y colaborar de lleno en las campañas de prevención y educación sobre estos temas dirigidos a toda la población en general. ¿Qué moral o ética profesional puede existir, si en lugar de colaborar para disminuir en parte el sufrimiento de una persona que lucha contra la muerte, se contribuye a destruir su vida aún más, negándole la atención necesaria? El personal de salud tratará de contestar a esta pregunta, tomando en cuenta la conciencia y los valores que le hayan inculcado en las escuelas de medicina u otras dependencias e instituciones que tienen relación directa con la salud, de ahí la gran importancia y responsabilidad de estar al día en estos temas.⁴⁸

1.2 Diversas Normatividades en Materia de Salud.

El régimen jurídico de la protección de la salud en México ha tenido siempre un lugar preponderante en la discusión académica y política; sin embargo, recientemente ha tomado una desusada importancia debido, por un lado, a que constituye la respuesta a una necesidad fundamental del individuo y, por otro, a la enorme complejidad que reviste tanto en los aspectos económicos, técnicos, asistenciales, jurídicos y humanos. Esta discusión no se constriñe al derecho mexicano, pues en todo el mundo, pese a los frecuentes pronunciamientos constitucionales sobre la materia, en la mayoría de los países está aún por definirse el régimen correspondiente a la actividad administrativa de carácter asistencial. Por tanto, hablar sobre el derecho a la salud en México requiere, exponer primeramente algunas consideraciones teóricas que permitan com-

47. Bayer, R. (1984), Aspectos Legales y éticos relativos al SIDA. Puerto Rico. Editorial de la OPS. p.p. 390-399
48. *Ibid.*, p.392.

prender a los llamados “derechos sociales”, dado que la salud, como garantía jurídica, se encuentra inmersa en el contenido fundamental de estos derechos. La definición de los derechos sociales es una cuestión de enorme complejidad. Tradicionalmente, los criterios utilizados para definir a los derechos sociales de han sido tan variados como heterogéneos dependiendo de los elementos que ellos quiera resaltarse. La doctrina jurídica mexicana les dio un tratamiento ideológico que en realidad se vio pocas veces traducido en hechos concretos. Sin embargo, actualmente las opiniones de los juristas que se han ocupado del tema coinciden en señalar que es preferible identificar a los derechos sociales con los derechos prestacionales, es decir, con aquellos derechos que en lugar de satisfacerse mediante la abstención del sujeto obligado, requieren de una acción positiva que se traduce normalmente en la prestación de algún bien o servicio. Es así que surge la idea del derecho social, considerándolo como una rama autónoma del sistema jurídico al lado de las tradicionales (público y privado), y cuya principal característica fuera la preeminencia de los intereses colectivos por encima de los intereses de los individuos, a través de leyes protectoras y programas creados por el Estado para el establecimiento de condiciones más justas de vida que beneficiaran a los sectores más desfavorecidos de la población.⁴⁹

La noción de “derechos sociales” tiene una historia larga y de múltiples raíces, pero podríamos identificar su surgimiento a finales del siglo XIX, como respuesta al régimen liberal irrestricto nacido de las ideas políticas de la revolución francesa de 1789 y como respuesta, también, a una desigualdad cada vez más marcada entre los diversos componentes de ese sistema liberal. El argumento de que la injerencia del Estado en cualquiera de las actividades del individuo afectaría enormemente el postulado fundamental de la libertad e igualdad entre los hombres, fue siempre la crítica acérrima a esta concepción jurídica. Tuvieron que pasar varios años para que la concepción ultra liberal de los derechos comenzara a declinar en favor de una concepción menos individualista. Así, sin desconocer los beneficios que se vislumbraban con el reconocimiento de los derechos de igualdad entre los hombres, los Estados se vieron en la necesidad de implementar reformas legales que impidieran los efectos negativos que en ocasiones se presentaban en el ejercicio de estos derechos de igualdad. El concepto de justicia distributiva formulado por Aristóteles ilustra bastante bien lo dicho anteriormente. Según el filósofo griego, la justicia consistía en un tratamiento igual en condiciones iguales y desigual en condiciones de desigualdad, en otras palabras, decía, el trato debe ser diferente en la medida en que difieren los hombres y los hechos, por lo que no puede hablarse de una igualdad de tratamiento absoluto sino proporcional.⁵⁰

En México, la revolución de 1910 fue un factor decisivo para la conformación de estos derechos prestacionales. Las principales demandas populares que originaron este movimiento social fueron recogidas posteriormente en el texto constitucional de 1917, adicionando a los tradicionales derechos individuales, los nuevos derechos sociales que elevaron a norma fundamental la limitación

49 Vid. Prieto Sanchis, Luis. “Los derechos sociales y el principio de igualdad sustancial.” Ley, derechos, justicia. Madrid, Dykinson, 1998. p.p 12-37, 50-70, 120-150.

50. Ibid., p.12

de la propiedad privada en términos de su función social, así como la defensa de los derechos de los trabajadores, que no tardaron en incluir la protección a la mujer embarazada, la obligación patronal de establecer enfermerías, la atención de accidentes laborales y enfermedades profesionales, y la cobertura de las indemnizaciones por riesgos de trabajo, por principio. De tal suerte que la doctrina coincide en reconocer a la Constitución de 1917 como uno de los puntos de partida de un vasto movimiento jurídico que incorporó los principios fundamentales de los derechos sociales a sus propias constituciones.⁵¹

Una distinción clara entre los derechos individuales, como pueden ser los de libertad o propiedad, y los derechos sociales, radica en la actitud que asume el Estado frente a cada uno de ellos. Respecto a los primeros, el Estado toma una postura meramente abstencionista, limitándose a vigilar que los mismos se ejerzan dentro de los límites previamente establecidos, mientras que en relación a los segundos, el Estado interviene activamente a través de políticas gubernamentales, programas sociales o reformas legales, con el objeto de satisfacer una necesidad pública.

Dicho en otros términos, “los derechos individuales imponen al Estado una obligación de no hacer, es decir, le obligan a abstenerse de violarlos, en tanto que los derechos sociales conllevan obligaciones de hacer para el Estado; el Estado debe generar las condiciones necesarias para que el derecho social pueda ejercerse.” En México, el derecho a la protección de la salud se circunscribe dentro de esta rama del ordenamiento jurídico y, por tanto, impone al Estado la obligación de realizar a favor del titular de este derecho una serie de prestaciones, las cuales están destinadas a satisfacer una necesidad de índole individual, pero colectivamente considerada. Se trata de un derecho que se revela frente al Estado, el cual asume el deber de proteger convenientemente la salud mediante la organización y puesta en funcionamiento de los medios que se consideran necesarios para acceder a ella. El sentido de la intervención estatal en el ámbito de la salubridad –como en cualquier otro derecho social– no es otro que el de superar la desigualdad existente entre los miembros de una sociedad y que impide a muchos un tratamiento médico adecuado, entre otros aspectos que este derecho contiene.

El principio de igualdad entre los hombres, entendido como tratamiento en función a las capacidades de cada individuo, se concretiza en el derecho a la protección de la salud al garantizar el Estado la superación de las necesidades de cada persona mediante el mantenimiento y funcionamiento de los servicios necesarios para la atención de la salud. Así el derecho constitucional a la protección de la salud “es aquel derecho que se ostenta frente al Estado a fin de obtener una acción positiva de éste dirigida a la efectiva satisfacción de la salud individual por encima de las posibilidades personales del sujeto.” Desde la época prehispánica existieron organismos encargados de dar un cuidado permanente a la salud: enfermerías, centros de atención a los huérfanos y reclusorios para leprosos, entre otros, dan cuenta de ello. Durante la colonia, los conquistadores, apoyados fundamentalmente en las diversas órdenes religiosas, establecieron hospitales y casas de beneficencia. El primer centro

51 Vid. Prieto Sanchis, Luis. Óp.cit., p.15

de salud en la Nueva España –el hospital de Jesús– fue producto de la obra de los misioneros de aquel tiempo. Posteriormente, en el México independiente, únicamente la constitución centralista de 1836 y las bases orgánicas de 1843 se encargaron de regular expresamente lo relativo a salubridad pública, no reconociéndolo aún como derecho autónomo, sino únicamente para fijar competencia y delegar facultades a los Ayuntamientos y a las Asambleas Departamentales para que se hicieran cargo de este rubro.⁵²

Producto de las Leyes de Reforma fue la abolición de los fueros eclesiásticos y el desconocimiento de las órdenes religiosas. El Estado mexicano entonces se convirtió en el único encargado de velar por el cuidado y supervisión de la salud de sus habitantes. Lo que obligó a la creación de las primeras dependencias públicas que pudieran llevar a cabo dicha tarea, entre estas: el Consejo Superior de Salubridad que operaba en el Distrito Federal y con Delegaciones en distintas partes del territorio nacional. El 15 de julio de 1891, el Ejecutivo Federal, en uso de facultades extraordinarias, expidió el primer Código Sanitario del México independiente, ordenamiento que fue objeto de múltiples cambios en su contenido y denominación hasta llegar a nuestra actual Ley General de Salud, pues el carácter dinámico que la protección de la salud representa ha implicado una constante revisión y actualización del marco jurídico que rige esta materia.⁵³

La más importante modificación a la Constitución de 1857, en cuanto a al ámbito de la salubridad se refiere, se llevó a cabo en 1908, cuando se facultó por primera vez al Congreso de la Unión para dictar las leyes que garantizaran una correcta actividad sanitaria en todo el país, corrigiéndose así la irregular actividad del gobierno federal que hasta ese momento había implementado un sinnúmero de medidas, no solo en el Distrito Federal sino a nivel nacional, careciendo de competencia constitucional para ello. De tal suerte, el 12 de noviembre de 1908 se reformó la fracción XXI del artículo 72, para quedar como sigue:

“Artículo 72.- El Congreso de la Unión tiene facultad:

XXI.- Para dictar leyes sobre ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la república.”

Posteriormente, el Congreso Constituyente de 1917 habría de adicionar a la fracción XVI del artículo 73, (correlativa a la fracción XXI del citado artículo 72 de la Constitución de 1857), cuatro bases generales que hasta la fecha siguen vigentes con algunas mínimas variantes, éstas disponían:

1ª.- El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaria de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

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

52. Vid. Prieto Sanchís, Luis. *Op.cit.*, p.18.

53. *Ibid.*, p.20

2ª.- En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Ejecutivo.

4ª.- Las medidas que el Consejo de Salubridad General haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la raza y que sean del resorte del Congreso serán después revisadas por el Congreso de la Unión.

Como se ha mencionado, la revolución mexicana significó un cambio importante en la función estatal. A partir de ese momento, el Estado se vio en la necesidad de resolver las principales demandas populares que le dieron origen, pero abordándolas desde una perspectiva distinta a la que imperaba hasta ese momento. Así pues, en síntesis, este derecho se concebía inicialmente como una cuestión religiosa o de mera caridad; posteriormente, con base en el movimiento de Reforma, el Estado mexicano se asumió como el único responsable de su cumplimiento, pero bajo un aspecto meramente individualista; finalmente, la revolución de 1910 y las ideas progresistas del constituyente de 1917, transformaron esta concepción otorgando al derecho a la salud su carácter social, al señalar al Congreso de la Unión facultades en la materia.⁵⁴

Como reconocimiento a uno de los derechos fundamentales contenidos en la declaración universal de los derechos humanos de la Organización de las Naciones Unidas, el derecho a la protección de la salud, como derecho autónomo, fue elevado a rango constitucional mediante reforma al artículo 4º de la Constitución Federal, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983, por la cual se le adicionó el siguiente párrafo:

“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. “De la lectura de dicho párrafo se desprende que debe existir concurrencia entre la Federación y las Entidades Federativas para hacer efectivo el derecho a la salud. Lo cual responde no sólo a un sano federalismo, sino también a una necesidad real y un interés fundamental de los mexicanos por procurar que todas las instancias de gobierno intervengan en su concreción, ya que sin el concurso de ambas instancias (federal y estatal) la acción sanitaria sería del todo ineficaz. Asimismo, debe decirse que una interpretación armónica de la Constitución permite inferir que los municipios también pueden ser partícipes de esta tarea, ya que el inciso i), fracción III del artículo 115 constitucional otorga la posibilidad de que los mismos se hagan cargo de los servicios públicos que determinen las legislaturas estatales.⁵⁵

⁵⁴Vid. Prieto Sanchís, Luis.Óp.cit.,p.22
⁵⁵. Ibid., p.25

La incorporación del derecho a la salud en el texto constitucional ha sido objeto de múltiples debates. Existen quienes han abogado en su favor y hay también quienes critican la inoperancia de dicho precepto; sin embargo, se podría pensar que dicha medida ha sido fundamental en la consolidación de un mejor sistema de salud, pues es la propia Constitución la que le impone al Estado la obligación de abocarse al cumplimiento de este derecho social.⁵⁶

El derecho a la protección de la salud encuentra su contenido específico, por disposición expresa de la misma Constitución –en atención a la reserva de ley que se encuentra contenida en su artículo 4º– en las disposiciones legislativas secundarias, a las cuales corresponde reglamentar y ampliar los contenidos del derecho a la protección de la salud constitucionalmente consagrado. En este sentido, la Ley General de Salud se encarga de definir los propósitos que se persiguen con la protección de este derecho fundamental, al señalar expresamente que:

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 el mejoramiento de la calidad de la vida humana.

III.- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.

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.

VII.- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Actualmente, es al Sistema Nacional de Salud a quien corresponde hacer frente a los problemas de salud que aquejan a nuestro país. El artículo 5º de la Ley General de Salud establece que ese sistema se compone de las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local; las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, y de los mecanismos de coordinación de acciones entre dichos organismos.⁵⁷

56. Vid. Prieto Sanchis, Luis. *Óp.cit.*, p. 30

57. *Ibid.*, p.32.

Hablar sobre la eficacia de los derechos sociales es, sin lugar a dudas, un tema difícil. Mientras que respecto a derechos tales como la libertad o la propiedad existe un entendimiento común, al que se ha llegado a través de una buena cantidad de estudios doctrinales y precedentes de los órganos jurisdiccionales, para los derechos sociales se observa una situación muy distinta, en razón a la falta de estudio sobre el tema o la escasa producción de criterios jurisprudenciales en esta materia. Muchas veces se puede cuestionar ¿cuál es el verdadero alcance que tiene el derecho a la protección de la salud en México? Se ha dicho que no basta con la existencia del derecho a la salud como una idea, como simple expectativa o como plan de gobierno pendiente de instrumentar, sino que es necesario que éste se garantice a través de una norma subjetiva que haga efectivo el derecho en caso de incumplimiento por parte del obligado, que en este caso es el Estado, además de contar con un medio de control judicial que permita hacer exigible ese derecho, es decir, que ese derecho se haga justiciable.

Algunos autores coinciden en señalar que el derecho a la protección de la salud en México, consagrado en el artículo 4º constitucional, es una disposición de carácter programático, que establece simplemente directivas de acción para los poderes constituidos. Ese tipo de normas programáticas en una Constitución solamente representan el estímulo y guía de la acción de gobierno, pero de ninguna forma alcanzan a tener carácter vinculatorio. Los criterios antes señalados conducirían a sostener que en ningún caso el ciudadano podría tener acceso a la tutela jurisdiccional para hacer valer su derecho constitucional en juicio. Inclusive, hay quienes consideran que ante la imposibilidad de que el Estado se vea obligado coercitivamente a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, éste se vea sancionado por otros medios como la censura o el voto de castigo. Otros autores sostienen, en cambio, que si bien los derechos sociales no permiten reconocer desde la Constitución el otorgamiento de prestaciones, es decir, el reconocimiento de un derecho subjetivo oponible al Estado que garantice su exigibilidad, no por ello carecen de eficacia jurídica al punto de convertirse en meros enunciados programáticos. Aun cuando no pueda afirmarse que desde la Constitución Federal se otorgue al particular un derecho subjetivo que obligue coactivamente al Estado para hacer efectivo dicho derecho; en el preciso momento en que el legislador desarrolla los principios fundamentales en esta materia, o como lo dice expresamente el texto constitucional, “define las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud”, surge de esta forma el derecho del gobernado para exigir, siempre que se encuentre dentro de la hipótesis legal, el cumplimiento de su derecho constitucional, y en caso de que éste sea desconocido, podrá acudir al juicio de amparo reclamando la violación a su derecho constitucional a la protección de la salud.⁵⁸

En otras palabras, el juicio de garantías habrá de “controlar la constitucionalidad de los actos de aplicación de leyes concernientes a esta materia, toda vez que, aun cuando el derecho fundamental se desarrolle en la ley, no se confunde con ella, permaneciendo como parámetro de constitucio-

58. Vid. Prieto Sanchís, Luis. Óp.cit.p. 35

alidad.” Por otra parte, cuando el legislador decide crear una ley que desarrolle o amplíe el contenido del derecho a la protección de la salud, deberá salvaguardar la dimensión esencial de dicho derecho, ya que de no hacerlo así, el particular que se vea afectado con dicha norma podrá válidamente reclamarla en juicio de amparo alegando la inconstitucionalidad de la misma. De esta forma se puede concluir que una vez regulado a nivel constitucional el derecho a la salud, el legislador ordinario no puede desconocerlo; sino, por el contrario, se ve obligado a regularlo conforme lo que dispone la propia Carta Magna, con lo que se materializa el derecho del individuo para combatir aquellas situaciones que llegaren a violentar sus garantías individuales. Al respecto existen algunos criterios emitidos por el Poder Judicial de la Federación que conviene mencionar, aun cuando sea en forma breve.⁵⁹

1.2.1.-Precedentes Relevantes Emitidos por el Poder Judicial de la Federación.

1.- Con fecha 9 de diciembre de 1996, una persona que se encontraba infectada del virus de inmunodeficiencia adquirida solicitó el amparo y protección de la Justicia Federal contra actos de diversas autoridades del Sector Salud, reclamando, esencialmente, la emisión del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos para 1996, mismo que formula año con año el Instituto Mexicano del Seguro social conjuntamente con otras autoridades sanitarias, en virtud de no se le iban a poder suministrar ciertos medicamentos que consideraba esenciales para su tratamiento, pues no habían sido incluidos en el catálogo de medicamentos de 1996.

De la demanda en cuestión toco conocer al Juez Octavo de Distrito en Materia Administrativa en el Distrito Federal, quien con fecha de veintiuno de mayo de mil novecientos noventa y siete determinó sobreseer en el juicio y negar el amparo al quejoso. Las consideraciones en que se basó el Juez de Distrito para negar el amparo al quejoso se basaron en que, según éste, no existía una norma de derecho que obligara a las autoridades responsables a suministrar al quejoso los medicamentos que pretendía y que si bien era cierto que conforme al artículo 4º constitucional, toda persona tiene derecho a la protección de la salud y el acceso a los servicios de salud, ello no se traducía en un derecho subjetivo a recibir en especial los medicamentos recientemente descubiertos que el quejoso señalaba, dado que también existían diversas enfermedades que atacaban a una gran parte de la población y que de la misma manera que el SIDA merecían la mayor atención médica por parte del Sector Salud.

La sentencia fue recurrida por el quejoso y le correspondió al Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación su resolución. El 25 de octubre de 1999, por unanimidad de votos de los Ministros Integrantes del Máximo Tribunal, se resolvió modificar la sentencia de primera instancia por considerar incorrecta la interpretación que del artículo 4º Constitucional realizó el Juez de Distrito. En esta sentencia se adujo que contrariamente a lo determinado por el Juez del conocimiento, el derecho a la protección de la salud sí se traduce en el derecho subjetivo a recibir los medicamentos básicos para el tratamiento de

59. Vid. Prieto Sanchís, Luis.Óp.cit.p. 37.

una enfermedad, como parte integrante del servicio básico de salud consistente en la atención médica, sin que obste a lo anterior el que los medicamentos sean recientemente descubiertos y que existan otras enfermedades que merezcan igual o mayor atención médica por parte del Sector Salud, pues éstas son cuestiones ajenas al derecho del individuo de recibir los medicamentos necesarios para el tratamiento de su enfermedad, como parte integrante del derecho a la protección de la salud que como garantía individual consagra el artículo 4º de la Carta Magna. Lo anterior pone de manifiesto lo expresado en líneas anteriores, en el sentido de que una vez creadas las leyes que desarrollan o reglamentan el derecho a la protección de la salud, surge para el gobernado la facultad (derecho subjetivo) de poder exigir frente al Estado su cumplimiento.

2.- Otra sentencia de gran relevancia pronunciada por el Máximo Tribunal en México, fue aquella en la que se declaró la inconstitucionalidad de la fracción V del artículo 24 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado. En ese caso particular, la norma reclamada –que por cierto fue combatida por más de diez trabajadoras que prestaban sus servicios al Estado mexicano– otorgaba un trato distinto para tener acceso a los servicios de salud proporcionados por el ISSSTE, según se tratara de la esposa del trabajador, o bien, del esposo de la trabajadora, pues al disponer, dicho precepto, que para que el esposo o concubinario de la trabajadora, como familiar derechohabiente, tuviera derecho a la atención médica, de diagnóstico, odontología, hospital, farmacia o rehabilitación en el citado Instituto, eran necesario que fuera mayor de cincuenta y cinco años o estuviere incapacitado física o psíquicamente y dependiera económicamente de ella, en tanto que la esposa o concubina del trabajador, para obtener los mismos beneficios, sólo requería demostrar tal hecho, sin que se le exigiera alguna otra condición, lo que evidenciaba una clara transgresión a la garantía de igualdad establecida en el artículo 4º Constitucional. Así, el Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, por unanimidad de once votos, con fecha 18 de mayo de 1999 determinó amparar a las quejas, concesión que tuvo por objeto que no se les aplicara dicho precepto y, pudieran, en consecuencia, incorporar al sistema del seguro social a sus esposos o concubinarios.

3.- Finalmente, el último ejemplo, la resolución emitida por el Segundo Tribunal Colegiado del Sexto Circuito con fecha 15 de noviembre de 1995. En el caso particular, el Secretario de Salud del Estado de Tlaxcala se había negado a proporcionar atención médica y a autorizar el traslado del quejoso, quien en ese momento tenía el carácter de procesado, a un hospital especializado que pudiera hacerse cargo de los problemas de salud que evidenciaba. Fundándose en el derecho que toda persona tiene a la protección de la salud y acceso a los servicios correspondientes en términos del artículo 4º constitucional, el tribunal del conocimiento determinó que la actitud de la autoridad responsable al no proporcionar la atención médica al procesado y negarle su traslado a un hospital para que fuera debidamente atendido, resultaba violatoria de la garantía individual al derecho a la protección de la salud.

Los derechos fundamentales encuentran en estos días una mayor aceptación y signos de mejor realización y cumplimiento; sin embargo, las resistencias a hacerlos efectivos siguen manifestándose en muchos ámbitos de nuestra vida cotidiana. Los precedentes citados dan cuenta de cómo nuestro tribunal constitucional ha favorecido la interpretación de nuestra carta magna en aras de una mayor igualdad y una mejor y más amplia protección de los derechos humanos. El derecho a la protección de la salud ha sido interpretado por el Poder Judicial de la Federación como un derecho fundamental que encuentra su consagración a nivel constitucional y su contenido específico en la regulación secundaria.

El tránsito hacia una mejor protección de los derechos sociales, en este caso el derecho a la protección de la salud, se tendrá que ir dando en los hechos mediante las sentencias de los tribunales de la federación y mediante la creación de mecanismos más concretos que hagan justiciables y tangibles los derechos sociales. Obligar al estado a tomar acciones positivas que se traduzcan en la prestación de los bienes o servicios que protegen los derechos sociales es un camino de justicia, fundado en la igualdad, que permitirá un proceso de mejor redistribución. Los derechos sociales son normas, y como tales deben tener efectos vinculatorios para los sujetos obligados, entre los que se encuentran, por supuesto, los poderes públicos.

1.2.1.-Normativa Sanitaria.

La normativa sanitaria actual tiene su origen en el artículo cuarto constitucional que establece como garantía individual el derecho a la protección a la salud, el 7 de febrero de 1984 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Salud como ley reglamentaria, señalando las finalidades de este derecho, las cuales consisten en lograr el bienestar físico y mental del hombre, prolongar y mejorar la calidad de la vida humana, proteger y acrecentar los valores para el disfrute de condiciones de salud y desarrollo social, la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población, el disfrute de servicios de salud y de asistencia social, adecuada utilización de los servicios de salud y el desarrollo de la enseñanza e investigación científica y tecnológica para la salud.

Con base a ello se crea el Sistema Nacional de Salud constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, federal y local, y las personas físicas o morales de los sectores social o privado que presten servicios de salud. Asimismo, se establecen obligaciones para los prestadores de servicios de salud en sus tres tipos, es decir de atención médica, de salud pública y de asistencia social. Entre estas obligaciones destacan los servicios básicos de salud que consisten en: Educación para la salud, saneamiento básico, mejoramiento de las condiciones sanitarias ambientales, prevención y control de enfermedades transmisibles, no transmisibles y accidentes, atención médica incluyendo actividades preventivas, curativas, de rehabilitación y la atención de urgencias, materno infantil, planificación familiar, salud mental, nutrición, asistencia social y prevención y control de enfermedades buco-dentales.

El ejercicio de las profesiones, actividades técnicas, auxiliares y de las especialidades para la salud se rigen de acuerdo a la ley reglamentaria del artículo 5º constitucional, la Ley General de Profesiones, y la Ley General de Salud.

Los médicos y demás auxiliares para las disciplinas para la salud tienen diversas obligaciones generales y particulares dependiendo si el ejercicio de su profesión lo realizan en consultorios o en hospitales. Entre sus obligaciones generales destacan la de orientar y capacitar a la población en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, planificación familiar, riesgo de la automedicación, farmacodependencia, etc. Notificación de enfermedades transmisibles, que debe ser inmediata cuando cualquier enfermedad se presenta en forma de brote o epidemia o están contempladas en el Reglamento Sanitario Internacional (fiebre amarilla, peste y cólera) y en un término de 24 horas cuando son enfermedades sujetas a la vigilancia internacional. Así también deberán rendir los informes que la autoridad sanitaria requiera y participar en los programas contra las adicciones.

La Ley General de Salud es también una ley penal de carácter federal, estableciendo entre otros delitos el realizar actos no autorizados con agentes patógenos, sus vectores o sustancias tóxicas, uso de fuentes de radiación sin autorización, la disposición de órganos, tejidos, incluyendo la sangre humana, productos y cadáveres de seres humanos, adulteración de alimentos, medicamentos o sustancias para consumo humano, actos de investigación clínica no autorizados, abandono de paciente y rehusar desempeñar la funciones o servicios que solicite la autoridad sanitaria en ejercicio de la acción extraordinaria en materia de salubridad general.

Se debe entender como acción extraordinaria en materia de salubridad general las medidas para prevenir y combatir los daños a la salud en caso de epidemia de carácter grave, peligro de invasión de enfermedades transmisibles, situaciones de emergencia o catástrofe incluyendo el deterioro súbito del ambiente.

Dentro de la legislación sanitaria destaca el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica que establece entre otras obligaciones sujetarse a las normas técnicas (ahora Normas Oficiales Mexicanas de conformidad a las reformas a la Ley General de Salud antes citadas), brindar al paciente la información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, llevar un registro de la aplicación de vacunas y brindar atención médica éticamente responsable y un trato digno al paciente.

Las Normas Oficiales Mexicanas se elaboran a través de una comisión interinstitucional, lo que permite una mayor amplitud de criterios y mayor eficacia operativa. Estas normas tienen su origen en la Ley Federal de Metrología y Normalización publicada en enero de 1993. El procedimiento tiene otra gran ventaja que consiste en que el proyecto de norma es sometido a consulta popular lo que permite que el profesional, que tendrá que sujetarse a estas disposiciones, emita una opinión acorde a su propia experiencia tanto académica como práctica.

Entre las obligaciones específicas del prestador de servicios de salud en consultorios, entendiendo estos como los establecimientos de carácter público, social o privado, independiente o ligado a un servicio hospitalario cuyo fin es prestar atención médica a pacientes ambulatorios, destacan: Restringir sus actividades a procedimientos no hospitalarios, contar con las autorizaciones sanitarias correspondientes, notificaciones al ministerio público en caso de probables ilícitos, elaborar y conservar los expedientes clínicos, llevar un registro diario de pacientes, contar con un botiquín de urgencias, las recetas y demás papelería deberán cumplir los requisitos que establece el propio reglamento y brindar atención de urgencias de acuerdo a su capacidad y en caso necesario solicitar el traslado correspondiente.

Se entiende por hospital el establecimiento público, social o privado cuya finalidad es la atención de enfermos que se internen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación así como la atención a enfermos ambulatorios. Independientemente de su carácter de hospital general, de especialidades o instituto están obligados a coadyuvar en la formación y capacitación de profesionales, técnicos y auxiliares en la salud, contar con las autorizaciones sanitarias correspondientes y con personal especializado en los servicios que ofrecen.

Asimismo, los servicios hospitalarios deberán prestar servicios de urgencias tomando las medidas necesarias para la valoración médica el tratamiento completo de la urgencia, la estabilización de la condición general del paciente que permita ser transferido, en su caso, el traslado con recursos propios de la unidad que envía o de la institución receptora, obtener el consentimiento informado si la condición del paciente lo permite, realizar notificaciones al ministerio público, expedir los certificados de defunción y muerte fetal, contar con recursos suficientes e idóneos y contar con la dotación de medicamentos para su operatividad las 24 horas del día durante todo el año.

Por otro lado está prohibido retener al usuario o un cadáver como garantía por el pago del servicio prestado. Cuando se brinda atención médica a pacientes que se encuentran detenidos, ya sea por ser sujetos a una investigación judicial o estar cumpliendo una sentencia, la responsabilidad de la custodia corresponderá a la autoridad judicial.

1.2.3.- Legislación Civil.

Dentro de esta rama del Derecho también se señalan obligaciones específicas para el profesional de la salud, ejemplo de ello corresponde a la elaboración de los certificados médicos pre-nupciales, los certificados de defunción y los avisos de nacimientos, así como la normativa relacionada a los contratos de prestación de servicios.

1.2.4.- Legislación Laboral.

En ésta se contemplan diversas leyes siendo la más importante la Ley Federal del Trabajo, aun cuando debemos conocer otras que también regulan las actividades de los profesionales de las disciplinas para la salud o que pueden

servir como base para la aplicación de sanciones específicas como la reparación del daño o indemnizaciones. En la legislación laboral intervienen también la Ley Burocrática, la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, que establece las normas a seguir por todo aquel profesional, técnico o auxiliar que desempeñe sus actividades en la administración pública tanto federal como estatal, asimismo esta ley establece las sanciones administrativas a que puede ser sujeto un servidor público por el incumplimiento a estas disposiciones, así como las condiciones generales de trabajo de las instituciones, reglamentos internos, estatutos y disposiciones similares.

1.2.5.-Legislación fiscal.

Es importante destacar que las responsabilidades de carácter fiscal del médico y los demás prestadores de servicios de salud, pueden ser motivo de sanción penalista y no sólo como una falta administrativa o multa, es por ello que debemos conocer nuestras obligaciones fiscales y mantenerse actualizado en este aspecto, toda vez que estas disposiciones sufren modificaciones con gran frecuencia.

1.2.6.-Legislación Penal.

En este aspecto vale la pena señalar que se tiene legislación de carácter federal y estatal. La legislación penal establece que actividades u omisiones son consideradas como delitos, tomando en consideración la intención, la facilidad de prever el resultado y el grado del daño ocasionado a los derechos de un tercero. La legislación penal también se integra con los delitos contenidos en las leyes especiales, como lo es la Ley General de Salud.

1.2.7.-Fuentes del Derecho.

El análisis del acto médico no finaliza con la valoración ética, por el contrario se concreta en el derecho sanitario.

Existen diversas fuentes del derecho:

1. La costumbre, siempre y cuando, ésta no contravenga alguna disposición legal.
2. Legislación.- emana de las Cámaras de diputados y senadores y puede ser federal o estatal; ejemplos de esta fuente son la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud.
3. Jurisprudencia.- Son leyes especiales que emanan del poder judicial (Suprema Corte de Justicia), requiriendo al menos de cinco casos sean resueltos en los mismos términos.

4. Doctrina.- Son los principios generales de derecho que permiten el análisis e interpretación de las leyes. Asimismo, sientan las bases para la resolución de un caso, por ejemplo “nadie está obligado a lo imposible” y “en caso de duda se absuelve al personal de salud”.

5. Voluntad unilateral.- Son las normas que surgen del poder ejecutivo, en ejercicio de una facultad constitucional, es decir los reglamentos. Por ejemplo el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

6. Contrato o Convenio.- Acuerdo de voluntades, rige entre particulares.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, concede, entre otros, los siguientes derechos:

- Artículo 4º Constitucional, establece, entre otros, el derecho a la Protección de la Salud y el acceso a los servicios de salud con las modalidades que establezca su ley reglamentaria (Ley General de Salud).

- Artículo 5º Constitucional, establece el derecho al libre ejercicio profesional, siempre y cuando sea lícito y no se afecten los derechos de terceros. Este derecho sólo podrá ser suspendido cuando exista una sentencia judicial (sanción impuesta por un juez penal).

- Artículo 11º Constitucional, el derecho al libre tránsito que puede ser restringido por motivos sanitarios.

- Artículo 123, fracción XVI, faculta a la autoridad sanitaria para ejercer la acción extraordinaria en materia de salubridad general.

- Establece la jerarquía de las leyes.

La Ley General de Salud se caracteriza por:

- Es ley general ya que se aplica en los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal),

- Es federal, se aplica en todo el territorio nacional, independientemente del tipo de servicio que se preste (público, privado, o de asistencia social),

- Es ley especial, toda vez que regula exclusivamente el derecho sanitario.
- Es ley penal pues tipifica los delitos contra la salud y contra la salud pública,
- Es ley reglamentaria del artículo 4º Constitucional motivo por el cual establece las materias de Salubridad General de la República, es decir los elementos que permitan garantizar el derecho a la protección de la salud (artículo 3º de la Ley).

1.2.8.- Regulación del Ejercicio Profesional Y Contrato de Prestaciones de Servicios Profesionales.

El ejercicio profesional se regula en dos vertientes, la primera está constituida por los principios ético - filosóficos y la segunda por las normas jurídicas. En los años 60's el Dr. Potter acuña el término de bioética entendiéndose como el estudio interdisciplinario de los avances técnico – científicos que afectan a la vida humana y cuyo objeto consiste en determinar la eticidad de los actos biomédicos.¹⁹

La bioética requiere de la participación de filósofos, científicos y juristas, que permitan un análisis objetivo e integral a efecto de determinar si todo lo que científica y técnicamente es factible debe ser realizado o establecer los límites ético – legales para la consecución del acto médico.⁶⁰

La filosofía participa con diversas de sus ramas:

1. Ética: Estudio de las costumbres del ser humano que permiten establecer normas y principios de conducta.
2. Lógica: Verifica que el razonamiento utilizado sea correcto y verdadero.
3. Axiología: Estudia los valores y su jerarquización.
4. Ontología: Estudia la naturaleza del ser.
5. Deontología: Codificación de las normas y principios éticos que regulan la conducta de un sector social en particular.

60. Polaino, F. (1987), Tratado general de Bioética. Madrid. Editorial EUNSA. p.p 218-287

La bioética encuentra su fundamento en el “imperativo categórico” de Emmanuel Kant, filósofo que ha sido considerado como el padre de la ética moderna. Este principio ético se constituye de tres fórmulas, a saber:

- a. La eticidad del acto humano tiene su origen en la intención del mismo, no en el resultado.
- b. El ser humano debe ser ejemplo en su actuar, y
- c. El ser humano no es instrumento, sino fin en sí mismo, en virtud de que posee capacidades, dignidad y racionalidad.

Ahondando en la tercera fórmula, Kant señala que el ser humano ha sido dotado desde su concepción de ciertas capacidades que se encuentran en estado potencial y que su finalidad es perfeccionarse a sí mismo actualizando o desarrollando esas capacidades, incluida la capacidad de raciocinio. Por otro lado el valor del ser humano no es equivalente al valor de otros objetos materiales. Otorgándole esta distinción, denomina “dignidad” al valor intrínseco de la persona humana que posee por el simple hecho de “ser” ser humano.⁶¹

La dignidad de la persona humana es la esencia de los derechos humanos y de su jerarquización, entre otros distinguimos para la práctica profesional en las áreas de la salud los siguientes:

- Protección de la vida humana (obtención y conservación).
- Protección de la integridad corporal.
- Derecho a la libertad y autodeterminación.
- Derecho a la intimidad (secreto profesional).
- Derecho a la información (consentimiento informado).
- Derecho a la disposición del cuerpo humano.

Estos derechos se caracterizan por ser imprescriptibles, es decir, se obtienen en el momento de la concepción y terminan con la muerte del sujeto; son inalienables, nadie puede ser privado de ellos; son irrenunciables, pero condicionados y relativos, esto significa que de conformidad a su valor jerárquico algunos tendrán prioridad sobre otros. Así tenemos por ejemplo, que puede ser “sacrificada” la integridad corporal para preservar la vida del sujeto. La valoración ética inicia, necesariamente, con la aplicación de dos principios universales, el “*primum non nocere*” o principio de beneficencia y el principio ético de “doble efecto” o “acto voluntario indirecto”.⁶¹

En el desarrollo de los actos médicos es casi imposible sujetarse al principio de beneficencia, pues la mayoría de los actos médicos conllevan un “daño necesario”, es por ello que se debe aplicar el principio del “doble efecto”, en el

61. Polaino, F. Óp.cit.p.222.

cual de antemano conocemos el efecto adverso que puede resultar de la acción, para ello tendremos que tomar en cuenta los siguientes elementos:

1. El acto en sí mismo es neutro, es decir no tiene carga moral,
2. La intencionalidad del acto,
3. La simultaneidad de los efectos, y
4. La proporcionalidad razonable entre el efecto bueno y el efecto adverso esperado (beneficio/riesgo). Se aclara que ésta debe ser una valoración previa a la realización del acto, por lo cual la eticidad no estriba en el resultado.

1.2.9.- Derecho a la Libertad Prescriptiva o Terapéutica.

Tiene su origen en el artículo 5º Constitucional, se otorga a favor de los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, para prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica:

- Regula la prestación de estos servicios, estableciendo los requisitos mínimos de los establecimientos y de la papelería que se utiliza.
- Regula los servicios básicos de salud y las formalidades legales que corresponden; prestación de servicios de urgencias, consentimiento bajo información, egresos, etc.
- Se auxilia de las reglas técnicas.- Expediente clínico, salud bucal, prevención y control de infecciones por VIH/SIDA, etc.

El ejercicio profesional es regulado además por otras disposiciones legales, como la Ley de Profesiones, el Código Civil y el Código Penal, sin excluir la legislación laboral que corresponda al régimen específico en que se desarrolla el profesional.

El contrato es el instrumento jurídico que se formaliza mediante el acuerdo de voluntades con lo que se producen o transfieren obligaciones y derechos; para que un contrato tenga validez legal se requiere:

1. Objeto legal.
2. Manifestación de la voluntad.
3. Ausencia de vicios del consentimiento.
4. Puede o no quedar plasmado en un documento.

En este caso el objeto de nuestros contratos es la prestación de servicios profesionales, no son de resultados, sino de medios, es decir que consisten en brindar al paciente los medios necesarios que requiera su condición específica, de acuerdo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que se presta el servicio.

Por lo que respecta al prestador del servicio, se generan los siguientes derechos:

1. Libre ejercicio profesional,
2. Libertad prescriptiva, y
3. Pago del servicio (salario u honorarios).

Y las siguientes obligaciones:

1. De medios,
2. De seguridad, y
3. De resultados.

Las obligaciones de medios consisten a la aplicación de medios ordinarios que requiera la condición del paciente y que corresponde determinar al profesional, de conformidad a su derecho a la libertad prescriptiva, ésta obligaciones implican también a las instituciones que deben proporcionar los recursos humanos y materiales suficientes e idóneos de acuerdo a los servicios que se ofrecen en el establecimiento (artículo 245 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).

Las obligaciones de seguridad, consisten en tomar las precauciones debidas para evitar riesgos o daños a los usuarios del servicio de salud, incluyen el uso correcto y mantenimiento de aparatos e instrumentos.⁶²

Las obligaciones de resultados son excepcionales, sin embargo es importante conocerlas:

Insumos para la Salud:

- Fabricación de prótesis, órtesis y ayudas funcionales,
- Suministro de insumos libres de alteración, adulteración o contaminación y no caducos.

⁶² Polaino, F.Óp.cit.p. 225

Estudios para clínicos:

- Resultados correspondientes al paciente, señalando la técnica empleada y las variaciones estándar.

Garantía de resultados.- Cirugía estética, cuando así sea pactada.

Por otro lado tenemos los derechos y obligaciones del paciente.

Los derechos se pueden resumir en el artículo 51 de la Ley General de Salud: “Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares”, y en el artículo 9º del Reglamento en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica: “La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica”.

Las obligaciones de los usuarios consisten en sujetarse a las disposiciones de la institución prestadora del servicio y la retribución del servicio de acuerdo a la modalidad que corresponda (pago de honorarios, cuota de recuperación, servicios comunitarios, etc.).

En este punto es conveniente aclarar que el auto cuidado de la salud no es una obligación (no supone coercibilidad), sino una carga, entendida como una conducta deseable para conservar su derecho.

El incumplimiento al contrato de prestación de servicios de salud, genera responsabilidad civil, es decir la obligación de responder por el daño ocasionado por negligencia, impericia o dolo. Para que exista la responsabilidad civil se requieren de cuatro elementos:

1. Obligación contractual o de imperativo legal (obligación contenida en una norma jurídica, p. ej. atención en casos de urgencia).
2. Conducta ilícita (impericia, negligencia o dolo).
3. Daño (afectación de patrimonio físico – somático, moral y / o material).
4. Relación de causalidad entre la conducta ilícita y el daño documentado.

Podemos definir negligencia como la omisión de realizar algo que estamos obligados, conociendo de ésta y contando con los medios necesarios para su realización. La impericia es el carecer de los conocimientos técnicos o científicos en una persona obligada a tenerlos, ésta puede ser simple o temeraria, cuando se expone innecesariamente a riesgos por la falta de

conocimiento. El dolo, es la maquinación o artificio que se emplean para engañar o mantener en el error a uno de los contratantes.

En términos generales se pueden resumir las causas de responsabilidad por mala práctica en las siguientes:

1. Someter al paciente a riesgos innecesarios.
2. Agravamiento o muerte del paciente por no emplear los medios requeridos y disponibles.
3. Lesiones injustificadas.
4. Remuneraciones fraudulentas.
5. Suministro de insumos inapropiados.
6. Sustitución o simulación medicamentosa.
7. Actos de violencia física o moral.
8. Incumplimiento de obligaciones de medios, seguridad o resultados.
9. Comisión de delitos.

La reparación del daño consiste en restituir la condición previa, si ello es posible, o la reparación económica de la cual encontramos 3 tipos:

- a. En especie: Restituir el patrimonio material afectado,
- b. Pago de daños (gastos realizados) y perjuicios (lucro cesante), y
- c. Compensatoria o indemnización (de conformidad a la tabla de incapacidades de la Ley Federal del Trabajo).

Existen condiciones que excluyen de responsabilidad al profesional:

- Daño atribuible a idiosincrasia del paciente.
- Daño atribuible a incidentes (situaciones no previsibles) o accidentes (siempre y cuando no medie impericia, negligencia o dolo).
- El efecto adverso es atribuible al procedimiento mismo, del cual el usuario asumió el riesgo en el consentimiento bajo información.
- Estado de necesidad. Se actúa para proteger un bien jurídico (p. ej. la vida) de un peligro real, en detrimento de un derecho de igual o menor jerarquía (p. ej. la integridad corporal), siempre y cuando no sea evitable por otros medios y se realice en cumplimiento de una obligación (protección de la vida humana) y en ejercicio de un derecho (libertad prescriptiva).

1.2.10.- Anexo: Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

CAPITULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1o.- Este Reglamento es de aplicación en todo el territorio nacional y sus disposiciones son de orden público e interés social y tiene por objeto proveer, en la esfera administrativa, al cumplimiento de la Ley General de Salud, en lo que se refiere a la prestación de servicios de atención médica.

ARTICULO 2o.- Cuando en este Reglamento se haga referencia a la "La Ley", o a "La Secretaría", se entenderá que se trata de la Ley General de Salud y de la Secretaría de Salud, respectivamente.

ARTICULO 3o.- La aplicación de este Reglamento compete a la Secretaría y a los gobiernos de las entidades federativas, en los términos de la Ley General de Salud y de los acuerdos de coordinación que suscriban con dicha dependencia.

ARTICULO 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.

ARTICULO 5o.- Corresponde a la Secretaría realizar la evaluación de la prestación de los servicios a que se refiere este Reglamento.

ARTICULO 6o.- La Secretaría fomentará, propiciará y desarrollará programas de estudio e investigación relacionados con la prestación de servicios de atención médica.

ARTICULO 7o.- Para los efectos de este Reglamento se entiende por:

I.- ATENCION MEDICA.- El conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger y promover y restaurar su salud;

II.- SERVICIO DE ATENCION MEDICA.- El conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos;

III.- ESTABLECIMIENTO PARA LA ATENCION MEDICA.- Todo aquel, público, social o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios;

IV.- DEMANDANTE.- Toda aquella persona que para sí o para otro, solicite la prestación de servicios de atención médica;

V.- USUARIO.- Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica;

VI.- PACIENTE AMBULATORIO.- Todo aquel usuario de servicios de atención médica que no necesite hospitalización;

VII.- POBLACION DE ESCASOS RECURSOS.- Las personas que tengan ingresos equivalentes al salario mínimo vigente en la zona económica correspondiente, así como sus dependientes económicos.

Para efectos del párrafo anterior el responsable del establecimiento deberá realizar un estudio socio-económico en recursos propios o solicitar y asegurarse que sea llevado a cabo por el personal de la Secretaría de la zona correspondiente, y

Todo aquel usuario de servicios de atención médica que se encuentre encamado en una unidad hospitalaria.

ARTICULO 8o.- Las actividades de atención médica son:

I.- PREVENTIVAS: Que incluyen las de promoción general y las de protección específica;

II.- CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos; y

III.- DE REHABILITACION: Que incluyen acciones tendientes a limitar el daño y corregir la invalidez física o mental.

ARTICULO 9o.- La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

ARTÍCULO 10.- Serán considerados establecimientos para la atención médica:

I.- Aquellos en los que se desarrollan actividades preventivas, curativas y de rehabilitación dirigidas a mantener o reintegrar el estado de salud de las personas;

II.- Aquellos en los que se presta atención odontológica;

III.- Aquellos en los que se presta atención a la salud mental de las personas;

IV.- Aquellos en los que se prestan servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;

V.- Las unidades móviles, ya sean aéreas, marítimas o terrestres, destinadas a las mismas finalidades y que se clasifican en:

A).- Ambulancia de cuidados intensivos;

B).- Ambulancia de urgencias;

C).- Ambulancia de transporte, y

D).- Otras que presten servicios de conformidad con lo que establezca la Secretaría.

Las unidades móviles se sujetarán a las Normas Técnicas correspondientes, sin perjuicio del cumplimiento de las demás disposiciones aplicables, y

VI.- Los demás análogos a los anteriores que en lo sucesivo señalen como tales las disposiciones generales aplicables o los que, en su caso, determinen la Secretaría.

ARTICULO 11.- En todos los reclusorios y centros de readaptación social deberá existir un servicio de atención médico-quirúrgico, que permita resolver los problemas que se presenten.

En caso de que un interno deba ser transferido a una unidad médica con mayor poder de resolución, la custodia quedará a cargo de la autoridad competente.

ARTICULO 12.- En los parques de diversión, ferias, circos, estadios deportivos, plazas taurinas, y en general, en cualquier tipo de evento, deberá existir una unidad fija o móvil de servicios médicos para atender las urgencias que se presenten, sin perjuicio de su posterior referencia a otros establecimientos para continuar con su atención.

La Secretaría dictará las Normas Técnicas a que quedarán sujetos dichos servicios.

ARTICULO 13.- Para la organización y funcionamiento de los servicios de atención médica, la Secretaría tomando en cuenta, en su caso, la opinión de los prestadores de servicios públicos, sociales o privados, establecerá los criterios de distribución de universo de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de los servicios, así " como de universalización de cobertura.

ARTICULO 14.- Los criterios de distribución del universo de usuarios y de cobertura deberán considerar, entre otros factores, la población abierta, la población que goza de la seguridad social, la capacidad instalada del sector salud, así como las Normas Técnicas emitidas por la Secretaría.

ARTICULO 15.- En lo referente a la regionalización de servicios médicos, se tomará en cuenta el diagnóstico de salud, la accesibilidad geográfica, otras unidades médicas instaladas y la aceptación de los usuarios, considerando los dictámenes técnicos de los órganos correspondientes de la Secretaría, con el

fin de instalar unidades tendientes a la autosuficiencia regional, así como el desarrollo del municipio.

ARTÍCULO 16.- La atención médica será otorgada conforme a un escalonamiento de los servicios de acuerdo a la clasificación del modelo que la Secretaría determine.

ARTÍCULO 17.- Los establecimientos de carácter privado, en los términos del Artículo 44 de la Ley, prestarán los siguientes servicios:

I.- Colaborar en la prestación de los servicios básicos de salud a que se refiere el Artículo 27 de la Ley, con especial énfasis en la educación para la salud, prevención y control de enfermedades transmisibles de atención prioritaria, planificación familiar y disponibilidad de insumos para la salud;

II.- Proporcionar servicios de urgencias en los términos de la Ley y este Reglamento;

III.- Hacer con oportunidad las notificaciones correspondientes de las enfermedades transmisibles a la autoridad sanitaria, en los términos señalados por la Ley;

IV.- Proporcionar atención médica a la población en casos de desastre;

V.- Colaborar en la formación y desarrollo de recursos humanos para la salud,

VI.- Desarrollar actividades de investigación, de acuerdo a los requisitos señalados por la Ley y dentro del marco de la ética profesional.

La proporción y términos para la prestación de estos servicios podrán fijarse en los instrumentos de concertación que al efecto suscriban la Secretaría y los establecimientos, tomando en cuenta el grado de complejidad y capacidad de resolución de cada uno de ellos. En todo caso la participación de los establecimientos privados, en los términos de este Artículo, se basará en las disposiciones técnicas que al efecto emita la Secretaría.

ARTÍCULO 18.- Los establecimientos en los que se presten servicios de atención médica, deberán contar con un responsable, mismo que deberá tener título, certificado o diploma, que según el caso, haga constar los conocimientos respectivos en el área de que se trate.

Los documentos a que se refiere el párrafo anterior, deberán encontrarse registrados por las autoridades educativas competentes.

ARTÍCULO 19.- Corresponde a los responsables a que hace mención el artículo anterior llevar a cabo las siguientes funciones:

I.- Establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios que el establecimiento ofrezca,

así como para el cabal cumplimiento de la Ley y las demás disposiciones aplicables;

II.- Vigilar que dentro de los mismos, se apliquen las medidas de seguridad e higiene para la protección de la salud del personal expuesto por su ocupación;

III.- Atender en forma directa las reclamaciones que se formulen por irregularidades en la prestación de los servicios, ya sea las originadas por el personal del establecimiento o por profesionales, técnicos o auxiliares independientes, que en él presten sus servicios, sin perjuicio de la responsabilidad profesional en que se incurra;

IV.- Informar, en los términos que determine la Secretaría, a las autoridades sanitarias competentes, de las enfermedades de notificación obligatoria, así como adoptar las medidas necesarias para la vigilancia epidemiológica, tomando en cuenta lo dispuesto en la Ley, y

V.- Notificar al Ministerio Público y, en su caso, a las demás autoridades competentes, los casos en que se les requieran servicios de atención médica para personas con lesiones u otros signos que presumiblemente se encuentren vinculadas a la comisión de hechos ilícitos.

ARTÍCULO 20.- El responsable debe dar a conocer al público, a través de un rótulo en el sitio donde presta sus servicios, el horario de su asistencia, así como el horario de funcionamiento del establecimiento.

ARTICULO 21.- En los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, deberá contarse, de acuerdo a las Normas Técnicas correspondientes, con personal suficiente e idóneo.

ARTICULO 22.- No podrá ser contratado por los establecimientos de atención médica, ni por los profesionales que en forma independiente presten sus servicios, personal de las disciplinas para la salud que no está debidamente autorizado por las autoridades educativas competentes.

ARTÍCULO 23.- Quienes ejerzan actividades profesionales, técnicas y auxiliares de las disciplinas para la salud en forma independiente, deberán poner a la vista del público su título profesional, certificados, diplomas y en general, los documentos correspondientes, que lo acrediten como tal.

ARTÍCULO 24.- Los responsables de los establecimientos donde se presten servicios de atención médica, están obligados a llevar un archivo actualizado en el que conste la documentación de los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud que presten sus servicios en forma subordinada, misma que deberá ser exhibida a las autoridades sanitarias cuando así lo soliciten.

ARTICULO 25.- El personal que preste sus servicios en los establecimientos para la atención médica en los términos que al efecto se establezcan por la Secretaría, podrá portar en lugar visible, gafete de identificación, en el que

conste el nombre del establecimiento, su nombre, fotografía, así como el puesto que desempeña y el horario en que asiste, dicho documento, en todo caso deberá encontrarse firmado por el responsable del establecimiento.

ARTÍCULO 26.- Los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas técnicas que al efecto emita la Secretaría.

ARTICULO 27.- Se sancionará conforme a la legislación aplicable a quienes no posean título profesional, legalmente expedido y registrado en los términos de Ley, se hagan llamar o anunciar añadiendo a su nombre propio, la palabra doctor, médico cirujano, o cualquier otra palabra, signo o conjunto de términos que hagan suponer que se dedican como profesionistas al ejercicio de las disciplinas para la salud.

ARTICULO 28.- La Secretaría emitirá las normas técnicas a que se sujetará en su caso, la actividad del personal no profesional autorizado por las dependencias competentes, relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, para lo cual se observarán en lo conducente, las disposiciones de este Reglamento.

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.

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.

ARTICULO 31.- Los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas de la salud, deberán participar en el desarrollo y promoción de programas de educación para la salud.

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.

ARTÍCULO 33.- En todos los establecimientos de atención médica, a excepción de los laboratorios y gabinetes, podrán ser aplicadas las vacunas que ordene la Ley y las que, en su caso, señalen los reglamentos, las Normas Técnicas y las que determine la Secretaría.

En caso necesario, se deberá transferir al paciente a alguna institución oficial para su aplicación.

En ningún caso podrá cobrarse por las vacunas e insumos que para su aplicación, sean proporcionados gratuitamente.

ARTICULO 34.- Todo aquel profesional, técnico o auxiliar de las disciplinas para la salud que vacune a un usuario, deberá realizar las anotaciones correspondientes en la Cartilla Nacional de Vacunación y remitir el cupón a quien corresponda.

ARTICULO 35.- Cuando en un establecimiento para la atención médica se presente algún demandante de servicios que padezca alguna enfermedad infecto-contagiosa será motivo de notificación obligatoria, deberá referirlo de inmediato al servicio correspondiente, a fin de que dicha persona tenga el mínimo contacto con los usuarios.

ARTÍCULO 36.- El personal que preste sus servicios en algún establecimiento de atención médica, en ningún caso podrá desempeñar sus labores si padece alguna de las enfermedades infecto-contagiosas, motivo de notificación obligatoria.

ARTÍCULO 37.- En toda la papelería y documentación de los establecimientos a que se refiere este ordenamiento, se deberá indicar:

I.- El tipo de establecimiento de que se trate;

II.- El nombre del establecimiento y en su caso, el nombre de la institución a la que pertenezca:

III.- En su caso, la razón o denominación social;

IV.- El número de la licencia sanitaria, y

V.- Los demás datos que señalen las normas aplicables.

ARTÍCULO 38.- Las dependencias y entidades del sector público que presten servicios de atención médica, se ajustarán a los Cuadros Básicos de Insumos del Sector Salud, elaborados por el Consejo de Salubridad en General.

La Secretaría promoverá la adopción de los Cuadros Básicos de Insumos entre los sectores social y privado.

ARTÍCULO 39.- La Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, oyendo la opinión de la Secretaría de Salud, asegurará la adecuada distribución y comercialización, y fijará los precios máximos de venta al público de los medicamentos e insumos.

ARTÍCULO 40.- La determinación de las cuotas de recuperación de servicios públicos de salud a la población en general, deberá ajustarse a los criterios y procedimientos previstos al efecto por la Ley.

ARTÍCULO 41.- La Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, tomando en cuenta la opinión de la Secretaría, establecerá las tarifas a que estarán sujetos

los servicios de atención médica de carácter social y privado, con excepción del servicio personal independiente, las cuales estarán de acuerdo con el grado de complejidad y poder de resolución de los mismos.

ARTÍCULO 42.- Tanto las cuotas de recuperación que se determinen, como las tarifas autorizadas por la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, deberán fijarse en lugar visible al público dentro de los establecimientos.

ARTÍCULO 43.- Los responsables de los establecimientos para la atención médica, vigilarán que se elaboren las estadísticas de la salud que señale la Secretaría; asimismo, tendrán la obligación de proporcionar a dicha dependencia y a las autoridades sanitarias correspondientes, la información de cualquier tipo que requiera, en las formas o cuestionarios y con la periodicidad que aquélla determine.

ARTÍCULO 44.- En los establecimientos a que se refiere este ordenamiento queda estrictamente prohibido:

I.- A los responsables de las droguerías, farmacias, boticas y en general de los establecimientos destinados al proceso de medicamentos, la prestación de servicios de atención médica, cuando no tengan la documentación que los acredite como profesionales de la medicina;

II.- Al personal que preste sus servicios en establecimientos destinados al proceso de prótesis, órtesis y ayudas funcionales, otorgar servicios de atención médica, y

III.- Al personal del establecimiento, celebrar contratos con el usuario, salvo los que se relacionan con las obligaciones económicas del mismo, respecto a la institución.

ARTÍCULO 45.- Las visitas a los establecimientos serán reguladas por disposiciones internas que deberán señalar limitaciones relacionadas con cualquier tipo de riesgo para la salud y evitar interferencias con las actividades de la unidad.

CAPITULO II

De los Derechos y Obligaciones De los Usuarios y Participación De la Comunidad

ARTÍCULO 46.- Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los demandantes y usuarios sobre el uso de los servicios que requieran.

ARTÍCULO 47.- Las dependencias y entidades del Sector Salud, el Departamento del Distrito Federal y los gobiernos de las entidades federativas, promoverán y apoyarán la formación de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los

programas de mejoramiento de la salud individual y colectiva, así como en los de prevención de enfermedades, accidentes y rehabilitación.

ARTÍCULO 48.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

ARTÍCULO 49.- El usuario deberá sujetarse a las disposiciones de la institución prestadora de servicios de atención médica en relación al uso y conservación del mobiliario, equipos médicos y materiales que se pongan a su disposición.

ARTICULO 50.- Toda persona podrá solicitar a la autoridad sanitaria correspondiente, el internamiento de enfermos cuando éstos se encuentren impedidos de solicitar auxilio por sí mismos.

ARTÍCULO 51.- Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, señalarán los procedimientos para que los usuarios de los servicios de atención médica, presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias, respecto de la prestación de los mismos y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos o privados.

ARTICULO 52.- Ante cualquier irregularidad en la prestación de servicios de atención médica, conforme a lo que establece la Ley y el presente Reglamento, toda persona podrá comunicarla a la Secretaría o las demás autoridades sanitarias competentes.

ARTICULO 53.- Para poder dar curso a la acción mencionada en el artículo anterior, será necesario el señalamiento de la irregularidad, nombre y domicilio del establecimiento en que se presume la comisión, o del profesional, técnico o auxiliar a quien se le impute, así como el nombre y domicilio del denunciante.

ARTICULO 54.- Las autoridades sanitarias correspondientes, efectuarán las diligencias que crean necesarias para comprobar la información de la denuncia, cuidando que por este hecho, no se generen perjuicios al denunciante.

ARTICULO 55.- Comprobada la infracción, la Secretaría, o en su caso, las demás autoridades sanitarias competentes, dictarán las medidas necesarias para subsanar las deficiencias encontradas en la prestación de los servicios médicos, independientemente de las sanciones que pudieran corresponder por los mismos hechos.

CAPITULO III

Disposiciones para la Prestación de Servicios de Consultorios

ARTÍCULO 56.- Para los efectos de este reglamento, se entiende por consultorio a todo establecimiento público, social o privado, independiente o ligado a un servicio hospitalario, que tenga como fin prestar atención médica a pacientes ambulatorios.

ARTICULO 57.- Los establecimientos en los que se presten servicios para el control y reducción de peso a pacientes ambulatorios, cualquiera que sea su denominación o régimen jurídico, se considerarán, para efectos de este Reglamento como consultorios.

ARTÍCULO 58.- Las actividades de los consultorios quedarán restringidas al desarrollo de procedimientos de atención médica, que no requieran la hospitalización del usuario.

ARTICULO 59.- Los consultorios deberán contar con las siguientes áreas:

I.- De recepción o sala de espera, en la que no existan objetos o instalaciones que pongan en peligro la vida o la salud de los usuarios;

II.- La destinada a la entrevista con el paciente;

III.- La destinada a la exploración física del paciente;

IV.- Área de control administrativo;

V.- Instalaciones sanitarias adecuadas, y

VI.- Las demás que fijen las Normas Técnicas.

ARTICULO 60.- Para obtener la licencia sanitaria, los consultorios deberán contar con el equipo e instrumental señalado en las Normas Técnicas que emita la Secretaría, tanto para medicina general como para las distintas especialidades médicas asimismo, el responsable en la solicitud, deberá señalar las actividades que se realizarán en el consultorio.

ARTÍCULO 61.- Los consultorios que se encuentren dentro de un hospital, que sean utilizados para el servicio del mismo, no requerirán licencia sanitaria individual y quedarán amparados con la licencia de dicho establecimiento.

ARTÍCULO 62.- En los consultorios se deberá llevar un registro diario de pacientes en la forma que al efecto señalen las Normas Técnicas.

ARTÍCULO 63.- Los consultorios deberán contar con un botiquín de urgencia con los insumos que establezcan las Normas Técnicas que emita la Secretaría.

ARTÍCULO 64.- Las recetas médicas expedidas a usuarios deberán tener el nombre del médico, el nombre de la institución que les hubiere expedido el título profesional, el número de la cédula profesional emitida por las autoridades educativas competentes, el domicilio del establecimiento y la fecha de su expedición.

ARTÍCULO 65.- Las recetas expedidas por especialistas de la medicina, además de lo mencionado en el artículo anterior, deberán contener el número de registro de especialidad, emitido por la autoridad competente.

ARTÍCULO 66.- Para el funcionamiento de todo consultorio especializado se requerirá en cada caso, de por lo menos, un profesional de la salud con especialidad en el área de que se trate.

ARTÍCULO 67.- En los consultorios de optometría, únicamente se podrán efectuar exámenes para medir la refracción del ojo y adaptaciones de prótesis, lentes y ayudas funcionales.

ARTÍCULO 68.- Los consultorios, incluyendo los odontológicos, que utilicen fuentes de radiación, deberán ajustarse a lo dispuesto por el Capítulo Noveno de este Reglamento y las Normas Técnicas que al efecto se emitan.

CAPITULO IV

Disposiciones para la Prestación de Servicios de Hospitales

ARTICULO 69.- Para los efectos de este Reglamento, se entiende por hospital, todo establecimiento público, social o privado, cualquiera que sea su denominación y que tenga como finalidad la atención de enfermos que se internen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

Puede también tratar enfermos ambulatorios y efectuar actividades de formación y desarrollo de personal para la salud y de investigación.

ARTÍCULO 70.- Los hospitales se clasificarán atendiendo a su grado de complejidad y poder de resolución en:

I.- HOSPITAL GENERAL: Es el establecimiento de segundo o tercer nivel para la atención de pacientes, en las cuatro especialidades básicas de la medicina: Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización.

El área de hospitalización contará en los hospitales generales con camas de Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría, donde se dará atención de las diferentes especialidades de rama.

Además deberá realizar actividades de prevención, curación y rehabilitación a los usuarios, así como de formación y desarrollo de personal para la salud e investigación científica;

II.- HOSPITAL DE ESPECIALIDADES: Es el establecimiento de segundo y tercer nivel para la atención de pacientes, de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas que presta servicios de urgencias, consulta externa, hospitalización y que deberá realizar actividades de prevención, curación, rehabilitación, formación y desarrollo de personal para la salud, así como de investigación científica, y

III.- INSTITUTO: Es el establecimiento de tercer nivel, destinado principalmente a la investigación científica, la formación y el desarrollo de personal para la

salud. Podrá prestar servicios de urgencias, consulta externa y de hospitalización, a personas que tengan una enfermedad específica, afección de un sistema o enfermedades que afecten a un grupo de edad.

ARTÍCULO 71.- Los establecimientos públicos, sociales y privados que brinden servicios de atención médica para el internamiento de enfermos, están obligados a prestar atención inmediata a todo usuario, en caso de urgencia que ocurra en la cercanía de los mismos.

ARTICULO 72.- Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.

ARTICULO 73.- El responsable del servicio de urgencias del establecimiento, está obligado a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales para que pueda ser transferido.

ARTÍCULO 74.- Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo.

ARTÍCULO 75.- El traslado se llevará a cabo con recursos propios de la unidad que hace el envío, bajo la responsabilidad de su encargado y conforme a las normas respectivas.

De no contarse con los medios de transporte adecuados, se utilizarán los de la institución receptora.

ARTÍCULO 76.- El ingreso de usuarios a los hospitales, será voluntario, cuando éste sea solicitado por el propio enfermo y exista previamente indicación al respecto por parte del médico tratante.

ARTICULO 77.- Será involuntario el ingreso a los hospitales, cuando por encontrarse el enfermo impedido para solicitarlo por sí mismo, por incapacidad transitoria o permanente, sea solicitado por un familiar, tutor, representante legal u otra persona que en caso de urgencia solicite el servicio y siempre que exista previamente indicación al respecto por parte del médico tratante.

ARTÍCULO 78.- Se considera obligatorio el ingreso a los hospitales, cuando sea ordenado por la autoridad sanitaria para evitar riesgos y daños para la salud de la comunidad.

ARTICULO 79.- En caso de egreso voluntario, aún en contra de la recomendación médica, el usuario, en su caso, un familiar, el tutor o su representante legal, deberán firmar un documento en que se expresen claramente las razones que motivan el egreso, mismo que igualmente deberá ser suscrito por lo menos por dos testigos idóneos, de los cuales uno será

designado por el hospital y otro por el usuario o la persona que en representación emita el documento.

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

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

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

ARTICULO 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.

ARTÍCULO 82.- El documento en el que conste la autorización a que se refieren los Artículos 80 y 81 de este Reglamento, deberá contener:

I.- Nombre de la institución a la que pertenezca el hospital:

II.- Nombre, razón o denominación social del hospital;

III.- Título del documento;

IV.- Lugar y fecha;

V.- Nombre y firma de la persona que otorgue la autorización; y

VI.- Nombre y firma de los testigos.

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

ARTÍCULO 83.- En caso de que deba realizarse alguna amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente en el

paciente o en la condición fisiológica o mental del mismo, el documento a que se refiere el artículo anterior deberá ser suscrito además, por dos testigos idóneos designados por el interesado o por la persona que lo suscriba.

Estas autorizaciones se ajustarán a los modelos que señalen las Normas Técnicas.

Artículo 84.- Toda medida diagnóstica, preventiva, terapéutica o rehabilitadora que tenga carácter experimental se sujetará a lo que se establece en los Artículos 101, 102, 103 y 104 de la Ley y las demás disposiciones aplicables.

ARTICULO 85.- El establecimiento que retenga o pretenda retener a cualquier usuario o cadáver para garantizar el pago de la atención médica prestada, o cualquier otra obligación, se hará acreedor a las sanciones previstas por este Reglamento y demás disposiciones aplicables sin perjuicio de las penas a que se hagan acreedores de conformidad con lo establecido en la legislación penal.

ARTÍCULO 86.- En los hospitales donde sean internados enfermos en calidad de detenidos, el hospital sólo se hará responsable de la atención médica, quedando a cargo de la autoridad correspondiente a la responsabilidad de su custodia.

ARTICULO 87.- Los servicios de urgencia de cualquier hospital, deberán contar con los recursos suficientes e idóneos de acuerdo a las Normas Técnicas que emita la Secretaría, asimismo, dicho servicio deberá funcionar las 24 horas del día durante todo el año, contando para ello en forma permanente con médico de guardia responsable del mismo.

ARTICULO 88.- En todo hospital, de acuerdo a su grado de complejidad y poder de resolución, se integrarán las comisiones y comités señalados por la Ley, los Reglamentos y las Normas Técnicas que emita la Secretaría.

ARTÍCULO 89.- En todo hospital deberá contarse con un responsable para el manejo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de uso clínico, mismo que será el encargado de vigilar que se cumplan las disposiciones legales y reglamentarias respecto a dichos insumos.

Las actividades de dichos responsables se ajustarán a los procedimientos que señalen las Normas Técnicas.

ARTICULO 90.- Es obligación del responsable del Hospital, tener un registro actualizado de identificación de los médicos que en él presten sus servicios, mismo que deberá llevarse de conformidad con lo que señalen las Normas Técnicas.

ARTÍCULO 91.- Los certificados de defunción y muerte fetal serán expedidos, una vez comprobado el fallecimiento y determinadas sus causas, por:

I.- El médico con título legalmente expedido, que haya asistido al fallecimiento, atendido la última enfermedad, o haya llevado a efecto el control prenatal;

II.- A falta de éste, por cualquier otro médico con título legalmente expedido, que haya conocido el caso y siempre que no se sospeche que el deceso se encuentre vinculado a la comisión de hechos ilícitos, y

III.- Las demás personas autorizadas por la autoridad sanitaria competente.

Los certificados a que se refiere este artículo, se extenderán en los modelos aprobados por la Secretaría y de conformidad con las Normas Técnicas que la misma emita.

ARTICULO 92.- En el caso de muerte violenta o presuntamente vinculada a la comisión de hechos ilícitos, deberá darse aviso al Ministerio Público y se observarán las disposiciones legales y reglamentarias correspondientes.

ARTÍCULO 93.- Únicamente se podrán practicar necropsias en los establecimientos debidamente autorizados, de conformidad con lo señalado en la legislación aplicable, sus reglamentos y las normas técnicas que se emitan.

ARTÍCULO 94.- La Secretaría emitirá las Normas Técnicas a que se sujetarán las actividades que se desarrollen en unidades de cirugía de corta estancia.

ARTICULO 95.- Los hospitales deberán contar con una dotación de medicamentos para su operatividad, las veinticuatro horas del día durante todo el año.

CAPITULO V

Disposiciones para la Prestación de Servicios de Atención Materno-infantil.

ARTÍCULO 96.- Para los efectos de este reglamento se entiende por:

I.- HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO: Todo establecimiento médico especializado que tenga como fin la atención de las enfermedades del aparato genital femenino, del embarazo, el parto y el puerperio, y

II.- HOSPITAL PEDIATRICO: Todo establecimiento médico especializado que tenga como fin primordial la atención médica a menores de 18 años.

ARTÍCULO 97.- Sólo podrán ser responsables de un hospital gineco-obstétrico, los médicos especializados en gineco obstetricia, con un mínimo de 5 años en el ejercicio de la especialidad.

ARTICULO 98.- El personal responsable de los servicios de cuna y similares de un hospital gineco-obstétrico, estará obligado a fomentar la lactancia materna. Sólo estarán facultados para indicar fórmulas artificiales para la alimentación de recién nacidos, los médicos que atiendan a éstos durante su estancia en el hospital.

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.

ARTICULO 100.- Los reclusorios para mujeres, deberán contar con las instalaciones necesarias para la atención del embarazo, parto y puerperio, así como de recién nacidos y establecer las medidas de protección tanto para la madre como para su hijo, de acuerdo con las Normas Técnicas que al efecto se emitan.

ARTÍCULO 101.- Los orfanatorios y casas de cuna deberán contar con las instalaciones y el personal especializado necesario para la atención médica de los niños internados.

ARTICULO 102.- Para los efectos de este Reglamento, se consideran personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica, aquellas personas que reciban la capacitación correspondiente y cuenten con la autorización expedida por la Secretaría que los habilite a ejercer como tales, misma que deberá refrendarse cada dos años.

En todo caso, para la expedición de la autorización a que se refiere el párrafo anterior se tomarán en cuenta las necesidades de la colectividad y el auxilio requerido.

ARTÍCULO 103.- El personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica a que se refiere el artículo anterior, podrá prestar servicios de obstetricia y planificación familiar, además de otros que la Secretaría considere conveniente autorizar y que resulten de utilidad para la población.

ARTÍCULO 104.- Las actividades de los auxiliares para la salud en obstetricia se sujetarán a lo que establece la Ley, este Reglamento y las Normas Técnicas que al efecto emita la Secretaría y serán ejercidas bajo el control y vigilancia de la propia dependencia del Ejecutivo Federal.

ARTICULO 105.- Para inscribirse en los cursos de capacitación para técnicos y auxiliares, deberán reunirse los siguientes requisitos.

I.- Ser mayor de edad:

II.- Saber leer y escribir:

III.- Tener reconocimiento de sus actividades sobre la materia de que se trate, y

IV.- Los demás que señale la Secretaría.

ARTÍCULO 106.- La comprobación del requisito señalado en la Fracción III del Artículo anterior se hará mediante la investigación que practique la Secretaría o por las pruebas que aporte el interesado.

ARTICULO 107.- El personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de salud en obstetricia, para inscribirse en los cursos de actualización de conocimientos en la materia, deberán contar con la autorización a que se refiere el Artículo 102 del presente Reglamento.

ARTÍCULO 108.- Los planes y programas de los cursos de capacitación y actualización, a que se hace referencia el Artículo 105, estarán a cargo de la Secretaría y serán impartidos por la propia dependencia del Ejecutivo Federal o por las instituciones autorizadas por ella para ese efecto.

ARTÍCULO 109.- La Secretaría realizará periódicamente la supervisión de los servicios que presten y las actividades que realicen el personal a que se refiere el Artículo 102.

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.

ARTÍCULO 112.- El personal no profesional a que se refiere el Artículo 102 tendrá las siguientes obligaciones:

I.- Enviar al establecimiento de atención médica más cercana, los casos de embarazos patológicos o en los que se presuma la posibilidad de partos o puerperios patológicos;

II.- Comunicar de inmediato a la Secretaría los casos de partos o puerperios patológicos, solicitando la prestación de servicios por parte de profesionales de la medicina con ejercicio legalmente autorizado;

III.- Dar la información que solicite la Secretaría y facilidades en la supervisión de las actividades que realicen;

IV.- Asistir a las reuniones de información las que sean citados por la Secretaría;

V.- Acudir a los cursos de actualización de conocimientos que imparta la Secretaría o las instituciones autorizadas por la misma para dicho fin

VI.- Rendir trimestralmente a la Secretaría información sobre las actividades efectuadas y sus resultados;

VII.- Dar a aviso a la Secretaría de los casos de cualquier enfermedad Transmisible de los que tenga conocimiento o sospecha fundada:

VIII.- Dar a aviso a la Secretaría de sus cambios de residencia,

IX.- Las demás obligaciones que establezca la Ley, este Reglamento y demás disposiciones aplicables.

ARTÍCULO 113.- La Secretaría, en las entidades federativas, llevará un registro estatal de los permisos y refrendo que expida al personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica en obstetricia

ARTÍCULO 114.- Será sancionado el personal no profesional autorizado de salud en obstetricia que incurra en las siguientes infracciones:

I.- Omitir el refrendo de la autorización;

II.- No acudir a los curso de actualización de conocimiento en la materia;

III.- Omitir el auxilio a que este obligado.

IV.- En general por actos u omisiones que impliquen el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la Ley y sus disposiciones; reglamentarias.

ARTICULO 115.- Sólo podrán ser responsables de un hospital pediátrico los médicos especializados en pediatría con mínimo de cinco años en el ejercicio de la especialidad tendrán la obligación de tomar las medidas necesarias para disminuir la morbimortalidad perinatal, infantil, preescolar y escolar acatando las recomendaciones que para el efecto dicten los comités nacionales respectivos.

CAPITULO VI

Disposiciones Para la Prestación de Servicios Planificación Familiar

ARTICULO 116.-Corresponde a la Secretaría dictar las Normas Técnicas para la prestación de los servicios básicos de salud en la materia de planificación familiar.

ARTÍCULO 117.-La Secretaría proporcionará la asesoría apoyo técnico que se requiera en las instituciones de los sectores público y social, así como en los establecimientos privados para la adecuada prestación de los servicios básicos de salud en materia de planificación familiar.

ARTICULO 118.-Será obligación de las instituciones de los sectores público, social y privado proporcionar de manera gratuita dentro de sus instalaciones, los servicios en los que se incluya información, orientación y motivación respecto a la planificación familiar, de acuerdo a las Normas Técnicas que emita la Secretaría.

ARTICULO 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.

ARTÍCULO 120.- Dichas intervenciones deberán llevarse a efecto de conformidad con las normas técnicas correspondientes.

CAPITULO VII

Disposiciones Para la Prestación de Servicios de Salud Mental.

ARTICULO 121.-Para los efectos de este Reglamento, se entiende por prestación de servicios de salud mental, toda acción destinada a la prevención de enfermedades mentales, así como el tratamiento y la rehabilitación de personas que las padezcan.

ARTÍCULO 122.- La prevención de las enfermedades mentales quedará a cargo de la Secretaría, el Departamento del Distrito Federal y los Gobiernos de las Entidades Federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia.

ARTICULO 123.- Para la promoción de la salud mental, la Secretaría, las instituciones de salud, el Departamento del Distrito Federal y los Gobiernos de las Entidades Federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

I.-El desarrollo de actividades educativas, socio-culturales y recreativas que contribuyan a la salud mental;

II.-La realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras que puedan causar alteraciones mentales o dependencia, y

III.-Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

ARTÍCULO 124.-Las acciones mencionadas en los artículos anteriores, serán dirigidas a la población en general con especial énfasis en la infantil y juvenil.

ARTICULO 125.- Para la prestación de atención ambulatoria, los profesionales de la salud mental, se ajustarán a los artículos aplicables del Capítulo III de este Reglamento.

ARTÍCULO 126.- Todo aquel establecimiento que albergue pacientes con padecimientos mentales deberá contar con los recursos físicos y humanos necesarios para la adecuada protección, seguridad y atención de los usuarios, acorde a las Normas Técnicas que emita la Secretaría.

ARTÍCULO 127.- Las unidades psiquiátricas que se encuentren ubicadas en reclusorios o centros de readaptación social, además de la reglamentación interna, se ajustarán a la Norma Técnica de prestación de servicios que en materia de salud mental emita la Secretaría.

ARTICULO 128.- En los hospitales psiquiátricos, el responsable deberá ser médico cirujano, con especialidad en psiquiatría, con un mínimo de 5 años de experiencia en la especialidad

Asimismo, los jefes de servicio de urgencias, consulta externa y hospitalización deberán ser médicos cirujanos, con especialidad en psiquiatría, debidamente registrados ante las autoridades educativas competentes.

ARTÍCULO 129.- Todo el personal que preste sus servicios en cualquier establecimiento de salud mental, deberá estar capacitado para prestarlos adecuadamente en los términos de las disposiciones legales y reglamentarias correspondientes.

ARTICULO 130.- El responsable de cualquier establecimiento de esta naturaleza, estará obligado a desarrollar cursos de actualización para el personal de la unidad, de conformidad con lo que señalen las Normas Técnicas que emita la Secretaría.

ARTICULO 131.- Durante el internamiento, el usuario recibirá estímulos por medio de actividades recreativas y socio-culturales.

ARTÍCULO 132.- La Secretaría asesorará a las instituciones públicas, sociales y privadas que se dediquen al cuidado y rehabilitación del enfermo mental.

ARTICULO 133.- La información personal que el enfermo mental proporcione al médico psiquiatra o al personal especializado en salud mental, durante su

tratamiento, será manejada con discreción, confidencialidad y será utilizada únicamente con fines científicos o terapéuticos. Sólo podrá ser dada a conocer a terceros, mediante orden de la autoridad judicial o sanitaria.

ARTÍCULO 134.- Los expedientes clínicos sólo serán manejados por personal autorizado.

CAPITULO VIII

Disposiciones para la Prestación de Servicios de Rehabilitación

ARTÍCULO 135.- Para los efectos de este Reglamento, se entiende por:

I.- **INVALIDEZ:** La limitación en la capacidad de una persona para realizar, por sí misma, actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico, como consecuencia de una insuficiencia somática, psicológica o social;

II.-**REHABILITACION:** El conjunto de medida encaminadas a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma, actividades necesarias para su desempeño físico mental, social, ocupacional y económico, por medio de órtesis, prótesis, ayudas funcionales, cirugía reconstructiva o cualquier otro procedimiento que le permitan integrarse a la sociedad;

III.- **INSTITUTO DE REHABILITACION:** El establecimiento médico que desempeña principalmente funciones, de investigación científica y docencia en materia de rehabilitación de inválidos;

IV.- **CENTRO DE REHABILITACION:** El establecimiento médico que presta servicios de diagnóstico, tratamiento y adiestramiento ocupacional a inválidos;

V.- **UNIDAD DE REHABILITACION:** La unidad que formando parte o no de un hospital, preste servicios de diagnóstico y tratamiento a inválidos, así como recuperación de deficiencias e incapacidades;

VI.- **CONSULTORIO DE REHABILITACION:** El establecimiento que presta fundamentalmente servicios de diagnóstico y proporcione tratamientos que no requieran equipo, personal e instalaciones especiales de acuerdo con lo previsto por este Reglamento;

VII.- **CENTRO DE REHABILITACION OCUPACIONAL:** El establecimiento que proporciona fundamentalmente adiestramiento para el trabajo o empleo a inválidos en proceso de rehabilitación o rehabilitados, y

VIII.- **CLINICA DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA, PLASTICA O ESTETICA:** La unidad médica que proporciona servicios destinados a mejorar o modificar el estado físico y fisiológico de las personas mediante cualquier procedimiento quirúrgico.

ARTÍCULO 136.- Las disposiciones previstas en este Reglamento, serán aplicables a toda institución para la rehabilitación de inválidos, aun cuando se denomine, ostente o constituya bajo otra modalidad, debiendo sujetarse a las Normas Técnicas que emita la Secretaría.

ARTICULO 137.- En las guarderías, jardines de niños, escuelas, institutos y en general, en aquellos establecimientos, cualquiera que sea su denominación o régimen jurídico en que se lleven a cabo actividades de educación especial, rehabilitación de invalidez somática e invalidez psicológica, se estará dispuesto a lo que señalen al efecto, las Normas Técnicas que emita la Secretaría.

ARTICULO 138.- Las guarderías, jardines de niños y escuelas de educación básica, promoverá actividades de detección de invalidez y los casos sospechosos, los harán del conocimiento los padres o tutores para su adecuada atención.

CAPITULO IX

Disposiciones para la prestación de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

SECCION PRIMERA

Disposiciones Comunes

ARTÍCULO 139.- Para efectos de este Reglamento se consideran servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, a todo establecimiento público, social o privado, independiente o ligado a algún servicio de atención médica, que tenga como fin coadyuvar en el estudio, resolución y tratamiento de los problemas clínicos.

ARTICULO 140.- Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento serán:

I.- Laboratorios de:

- a) Patología clínica, y
- b) Anatomía patológica, histopatología y citología exfoliativa.

II.- Gabinetes de:

- a) Radiología y tomografía axial computarizada;
- b) Medicina nuclear;
- c) Ultrasonografía, y,
- d) Radioterapia.

ARTÍCULO 141.-Los requisitos de organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, serán determinados por las Normas Técnicas que emita la Secretaría.

ARTÍCULO 142.-Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento llevarán un registro de sus actividades conforme lo señale la Norma Técnica respectiva.

ARTÍCULO 143.-Los establecimientos que presten servicios de auxiliares de diagnóstico y tratamiento, deberán contar con un responsable en los términos que señala el presente Reglamento, pudiendo asumir, en su caso, hasta dos responsabilidades.

ARTÍCULO 144.-Las obligaciones de los responsables a que se refiere el artículo anterior, además de las que se mencionan en el capítulo de Disposiciones Generales de este Reglamento serán:

I.-Notificar por escrito a la Secretaría de los casos de enfermedades transmisibles, con diagnóstico cierto o probable, además de cualquier sospecha de intoxicación por agentes químicos, físicos o bacteriológicos;

II.-Llevar a cabo los sistemas de control tanto interno como externo que determine la Secretaría;

III.-Vigilar que los resultados de los estudios sean firmados por el personal autorizado y de manera autógrafa;

IV.-Vigilar que las muestras de los productos biológicos, el material y el equipo contaminado o potencialmente contaminado, sean esterilizados y descontaminados antes de ser desechados o reutilizados, según las normas que al respecto señale la Secretaría;

V.-Vigilar y mantener el buen funcionamiento de la recepción y toma de muestras que el laboratorio o gabinete tenga establecida fuera del local;

VII.-Mantener actualizada la documentación el personal del laboratorio o gabinete a que se refiere el Artículo 24 de este Reglamento;

VII.-Comunicar por escrito a la Secretaría los exámenes que van a ser realizados por otros laboratorios o gabinetes, anexando las correspondientes cartas convenio, así como informar cuando éstas dejen de tener validez;

VIII.-Comunicar a la Secretaría el horario asistencia al establecimiento, que no podrá ser menor de tres horas diarias, así como cualquier cambio en el mismo;

IX.- Vigilar el cumplimiento de los convenios en los referente a la ejecución de los estudios que su laboratorio o gabinete realice, y

X.-Comunicar por escrito a la Secretaría la fecha de cesación de sus funciones como responsable, ya sea con carácter temporal que exceda de quince días o con carácter definitivo; en este último caso, devolver la autorización de

responsable a las autoridades sanitarias, en un plazo no mayor de quince días, para su cancelación.

ARTICULO 145.-Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento deberán contar con la correspondiente licencia sanitaria, la que deberá conservarse en buen estado y en lugar visible dentro del establecimiento.

ARTICULO 146.-Los establecimientos deberán designarse con la denominación que se exprese en su licencia sanitaria, además, tendrán a la vista del público un rótulo de cuando menos veinte por treinta centímetros, en el que conste el nombre del responsable, la institución que le expidió el título, diploma o constancia, los números de registro del mismo y el horario en que asiste.

ARTÍCULO 147.-El personal que labora en los establecimientos a que se refiere este capítulo, deberá portar gafetes de identificación, en los que conste el nombre del establecimiento, el nombre, domicilio y fotografía del empleado, así como el puesto que desempeña y el horario en que asiste.

SECCION SEGUNDA

De los Laboratorios

ARTÍCULO 148.-Serán considerados laboratorios, los establecimientos que presten servicios de:

I.- Patología clínica, y

II.- Anatomía patológica, histopatología y citología exfoliativa.

ARTÍCULO 149.- Los laboratorios de patología clínica deberán contar con las siguientes áreas;

I.- Sala de espera;

II.- Recepción y toma de muestras;

III.- Laboratorio;

IV.- Administración, y

V.- Instalaciones sanitarias.

ARTICULO 150.- Los laboratorios de patología clínica deberán estar en posibilidad, de acuerdo a su poder de resolución, de efectuar las pruebas que señale la Norma Técnica que emita la Secretaría.

ARTICULO 151.- Para las pruebas que se envíen a otros laboratorios para su proceso, deberán concertarse convenios suscritos por los responsables de los

laboratorios involucrados, los cuales deberán ser autorizados por la Secretaría y tendrán una vigencia de 2 años.

ARTÍCULO 152.- Los servicios para la recepción y toma de muestras no podrán funcionar en forma independiente, por lo tanto, el responsable y la licencia sanitaria de dichos servicios, serán los mismos del laboratorio propietario y deberán contar para su funcionamiento, con el personal autorizado por la Secretaría de conformidad con la Norma Técnica que la misma emita.

ARTÍCULO 153.- Se entiende por recepción y toma de muestras el servicio que sólo realiza esta función, para después trasladarlas a un laboratorio autorizado.

ARTÍCULO 154.- Los servicios a que se refiere el artículo anterior deberán contar con los medios necesarios para la toma, conservación y transporte de las muestras.

ARTÍCULO 155.- Las muestras para los estudios de laboratorio deberán ser procesadas dentro del tiempo que garantice la exactitud de los resultados.

ARTICULO 156.- Los exámenes prenupciales solamente podrán ser realizados por laboratorios de patología clínica autorizados por la Secretaría para este fin y los resultados deberán ser firmados exclusivamente por el responsable.

ARTÍCULO 157.- Los laboratorios de patología clínica podrán incluir los otros servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, los cuales, en cada caso, deberán ajustarse a las Normas Técnicas de la Secretaría.

ARTICULO 158.- Los laboratorios deberán emplear reactivos y medios de cultivo de la más alta calidad, de acuerdo con la Norma Técnica que emita la Secretaría.

ARTÍCULO 159.- Los laboratorios de patología clínica que manejen isótopos radioactivos, estarán obligados a observar las medidas de seguridad y protección que determine la Secretaría, la que además vigilará el cumplimiento de las disposiciones vigentes.

ARTICULO 160.- Los laboratorios que manejen isótopos radioactivos, deberán obtener previamente autorización de la Secretaría y de la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias, para el almacenamiento, transporte y manejo de sustancias radioactivas.

ARTÍCULO 161.- Las pruebas de diagnóstico que requieran material radioactivo deberán ser efectuadas por personal especializado en Medicina Nuclear o por personal técnico adiestrado que actúe bajo la responsabilidad del mismo.

ARTÍCULO 162.- Los tratamientos médicos con isótopos radioactivos que se realicen en el laboratorio, serán practicados exclusivamente por médicos especialistas, bajo su propia responsabilidad. Cuando los radioisótopos sean

requeridos para tratamiento en el curso de intervenciones quirúrgicas, se deberán tomar las medidas de seguridad que la Secretaría señale al respecto a través de la Norma Técnica respectiva.

ARTÍCULO 163.- Podrán ser responsables de un laboratorio de patología clínica:

I.- Los químicos fármaco-biólogos, químicos bacteriólogos, parasitólogos o biólogos, con título expedido y registrado por la autoridad educativa competente;

II.- Los médicos cirujanos que cuenten con certificados de especialidad en cualquiera de las áreas de laboratorio clínico, expedido por el consejo correspondiente o bien, presentar constancia de grado universitario de maestría o doctorado en las áreas de laboratorio de patología clínica, expedida por una institución educativa competente, y

III.- Los demás que determine la Secretaría.

ARTÍCULO 164.- Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento anexos a un laboratorio de patología clínica, podrán funcionar con una licencia sanitaria única, que comprenda las diversas actividades, siempre que pertenezcan al mismo propietario.

ARTÍCULO 165.- Los laboratorios de patología clínica o servicios para la recepción y toma de muestras anexos a consultorios médicos, aun cuando sólo den servicio a los pacientes de dichos consultorios, deberán contar para su funcionamiento con licencia sanitaria, tanto para el laboratorio o servicio para recepción y toma de muestras, como para el consultorio.

ARTÍCULO 166.- Los laboratorios deberán contar con los medios necesarios para conservar y almacenar las muestras, reactivos y medios de cultivo en las condiciones óptimas que marquen las Normas Técnicas respectivas.

ARTÍCULO 167.- Los laboratorios que tengan anexo banco de sangre, servicios de transfusión o laboratorios de medicina nuclear, deberán cumplir con las especificaciones del presente reglamento y las Normas Técnicas que emita la Secretaría.

ARTÍCULO 168.- Los laboratorios de anatomía patológica, histopatología y citología exfoliativa deberán contar con las siguientes áreas:

I.- Toma de muestras;

II.- Sala de necropsias en unidades hospitalarias;

III.- Estudio y descripción;

IV.- Fotografía y microfotografía;

V.- Laboratorio;

VI.- Conservación y almacenamiento de órganos, tejidos y cadáveres en las unidades hospitalarias únicamente;

VII.- Archivo de protocolo y laminillas;

VIII.- Administración, y

IX.- Instalaciones sanitarias.

ARTÍCULO 169.- Los laboratorios de anatomía patológica, histopatología y citología exfoliativa deberán de acuerdo a su poder de resolución, estar en posibilidad de practicar los estudios que señale la Norma Técnica.

ARTICULO 170.- Podrán ser responsables de un laboratorio de anatomía patológica, histopatología y citología y exfoliativa:

I.- Los médicos cirujanos anatomopatólogos con título expedido y registrado por la autoridad educativa competente, o presentar constancia de grado de una institución reconocida por la Secretaría;

II.- En los casos de laboratorios de citología exfoliativa, los médicos cirujanos que cuenten con certificado de la especialidad expedida por el consejo correspondiente o por una institución educativa competente, y

III.- Los demás que determine la Secretaría.

ARTICULO 171.- Los establecimientos que presten servicios de anatomía patológica, histopatología y citología exfoliativa podrán ser parte de una unidad hospitalaria o funcionar en forma independiente.

ARTICULO 172.- La organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica, histopatología y citología exfoliativa, será determinada por la Norma Técnica, emitida por la Secretaría.

Sección TERCERA

De los Gabinetes

ARTÍCULO 173.- Serán considerados Gabinetes, los establecimientos que presten servicios de:

I.- Radiología y Tomografía Axial Computarizada;

II.- Medicina Nuclear;

III.- Ultrasonografía.

IV.- Radioterapia;

ARTÍCULO 174.- Se entiende por Gabinete de Radio-diagnóstico al establecimiento que utilice equipos y aparatos de Rayos X con fines de diagnóstico.

ARTÍCULO 175.- Para los efectos de este reglamento se entenderá por:

I.- SEGURIDAD RADIOLOGICA: El conjunto de medidas preventivas destinadas a mantener las dosis de radiaciones producidas por aparatos de Rayos X tipo diagnóstico, a los niveles más bajos que señalen las Normas Técnicas respectivas;

II.- RESPONSABLE EN SEGURIDAD RADIOLOGICA: Al profesional encargado de vigilar y supervisar que los equipos de Rayos X tipo diagnóstico funcionen de acuerdo a las Normas Técnicas respectivas, así como de asesorar al Técnico Radiólogo en el empleo adecuado de los mismos;

III.- MEDICO RADIOLOGO: Al profesional que utilice directamente el Equipo de Rayos X tipo diagnóstico y que será responsable que se garanticen las dosis mínimas al paciente y al personal ocupacionalmente expuesto, de acuerdo a las Normas Técnicas respectivas;

IV.- TECNICO RADIOLOGO: La persona que bajo la supervisión del responsable de seguridad radiológica, o del Médico Radiólogo, opere los aparatos y equipos de Rayos X tipo diagnóstico;

V.- PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO: La persona que trabaja en las instalaciones de Rayos X tipo diagnóstico;

VI.- PACIENTE: La persona expuesta a las radiaciones producidas por un equipo de Rayos X con fines diagnósticos;

VII.- PUBLICO: Toda persona que puede estar expuesta a las radiaciones de equipos de Rayos X tipo diagnóstico, por encontrarse en las inmediaciones de una instalación en el momento de funcionar dichos equipos;

VIII.- DOSIS MAXIMA PERMISIBLE: Es la mayor cantidad de radiaciones, que se permite, reciba una persona de acuerdo a las Normas Técnicas, y

IX.- REM: La unidad de medición de radiaciones recibidas. Para efectos de rayos X equivale a 1 rad o 1 roentgen.

ARTICULO 176.- Tanto en los establecimientos, como las unidades móviles que utilicen fuentes de radiación con fines de diagnóstico y tratamiento, deberán tener un responsable y sujetarse a las Normas Técnicas que emita la Secretaría y, en su caso, la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias.

ARTÍCULO 177.- Para ser responsable de Seguridad Radiológica se deberán cumplir los siguientes requisitos:

I.- Ser médico Cirujano con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades educativas competentes;

II.- Tener certificado de la especialidad;

III.- Contar con autorización de la Secretaría, y

IV.- Los demás que determine la Secretaría.

ARTÍCULO 178.- Son obligaciones del responsable en seguridad radiológica:

I.- Asesorar al personal que labora en el establecimiento en la aplicación de las Normas de Seguridad y Radiológica;

II.- Vigilar que se cumplan las Normas Técnicas que emitan la Secretaría y la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias;

III.- Capacitar al personal en los métodos de seguridad radiológica e informar sobre los riesgos que implica su trabajo.

IV.- Llevar el registro de los diferentes niveles de radiación a los que se encuentre expuesto el personal que trabaje con equipos de Rayos X tipo diagnóstico, así como de los niveles de radiación en las áreas vecinas;

V.- Investigar los casos de exposición excesiva o anormal y tomar inmediatamente medidas necesarias para evitar su repetición, así como dar aviso a la Secretaría;

VI.- Informar al personal ocupacionalmente expuesto acerca de la dosis que ha recibido en el desempeño de sus labores, y

VII.- Las demás análogas que determine la Secretaría.

ARTÍCULO 179.- Las dosis máximas permisibles se ajustarán a lo dispuesto en las Normas Técnicas respectivas.

ARTICULO 180.- El personal ocupacionalmente expuesto estará obligado a comunicar al responsable de seguridad radiológica, las dosis de radiaciones recibidas en el desempeño de actividades similares en otros establecimientos; en este caso, el responsable deberá someterlo a un control continuo de dosis individual y a los exámenes que señalen las Normas Técnicas respectivas.

ARTÍCULO 181.- El personal ocupacionalmente expuesto deberá ser sometido a exámenes médicos antes de ser empleado y periódicamente durante el tiempo en que preste sus servicios, de acuerdo a las Normas Técnicas que emita la Secretaría.

ARTÍCULO 182.- En ningún establecimiento en que se presten servicios de radiodiagnóstico podrá emplearse a personas menores de 18 años.

ARTÍCULO 183.- Sólo bajo prescripción médica se expondrá a un ser humano a las radiaciones producidas por un aparato de Rayos X tipo diagnóstico.

ARTÍCULO 184.- Sólo se aplicarán encuestas de salud pública que impliquen el uso de Rayos X, cuando no exista otro método de diagnóstico menos agresivo que garantice plenamente la detección de las enfermedades.

ARTÍCULO 185.- Los fluoroscopios solamente podrán ser operados por médicos radiólogos.

ARTÍCULO 186.- Queda estrictamente prohibido el uso de equipos portátiles de fluoroscopio y los llamados fluoroscopios de mano y de cabeza.

ARTÍCULO 187.- Durante la radiación, sólo permanecerán en la sala de Rayos X, el paciente y el personal necesario para la ejecución del estudio de que se trate.

ARTÍCULO 188.- Los accesos a las salas de Rayos X, deberán mantenerse cerrados durante la radiación.

ARTÍCULO 189.- En los establecimientos donde se presten servicios de radiodiagnóstico deberá contarse con anuncios visibles al público que indiquen la presencia de radiaciones.

ARTÍCULO 190.- La Sala de Rayos X, deberá contar con el blindaje que señalen las Normas Técnicas que emita la Secretaría y, en su caso, la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias.

ARTÍCULO 191.- Se entiende como gabinetes de medicina nuclear, aquellos establecimientos que utilizan fuentes de radiación abierta para uso tanto in vivo como in vitro, con fines de diagnóstico y tratamiento.

ARTÍCULO 192.- Los establecimientos de Medicina Nuclear, deberán sujetarse a lo dispuesto por la Ley, este Reglamento y las Normas Técnicas que emita la Secretaría, y la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias.

ARTÍCULO 193.- Para ser responsable de un gabinete de medicina nuclear se deberán cumplir los siguientes requisitos:

I.- Ser médico cirujano con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades educativas competentes;

II.- Tener certificado de especialidad;

III.- Contar con autorización de la Secretaría y la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias, y

IV.- Los demás que determine la Secretaría.

ARTÍCULO 194.- Los gabinetes de medicina nuclear deberán contar con un responsable en seguridad radiológica, cuyas obligaciones serán las señaladas en el Artículo 178 de este Reglamento.

ARTÍCULO 195.- El personal técnico que opere el equipo y los aparatos de medicina nuclear, deberá acreditar su capacidad ante la Secretaría.

ARTÍCULO 196.- Los establecimientos de medicina nuclear, así como el personal que labore en ellos deberán cumplir con las disposiciones de Seguridad Radiológica, mencionadas en este Reglamento y demás disposiciones aplicables.

ARTÍCULO 197.- Los establecimientos de Medicina Nuclear, deberán observar las normas que emita la Secretaría y la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias en lo referente a contaminación, eliminación de residuos y control de los materiales radioactivos.

ARTÍCULO 198.- Los establecimientos de Medicina Nuclear, de preferencia deberán estar dentro de una Unidad Hospitalaria y contará con las siguientes áreas:

I.- Sala de espera;

II.- Consultorios;

III.- Laboratorio;

IV.- Sala de terapia;

V.- Administración, y

VI.- Instalaciones sanitarias.

ARTÍCULO 199.- Los gabinetes de medicina nuclear almacenarán sus materiales y reactivos en la forma que se especifique en los instructivos correspondientes.

ARTICULO 200.- Las pruebas diagnósticas deberán ser efectuadas por médicos cirujanos especializados en medicina nuclear o personal técnico adiestrado que actúe bajo la responsabilidad de un médico especializado en medicina nuclear.

ARTICULO 201.- Los tratamientos médicos con material radiactivo serán realizados bajo la responsabilidad del médico especialista en medicina nuclear; cuando los radioisótopos sean requeridos por tratamiento en el curso de intervenciones quirúrgicas, se deberán tomar las medidas de seguridad que la Secretaría señale al respecto.

ARTICULO 202.- Se entiende por gabinete de ultrasonografía el establecimiento que utiliza aparatos y equipos de ultrasonografía con fines de diagnóstico.

ARTICULO 203.- La aplicación de los procedimientos de ultrasonografía deberán sujetarse a las Normas Técnicas que emita la Secretaría

ARTICULO 204.- El responsable de un gabinete de ultrasonografía deberá cumplir con los siguientes requisitos:

I.- Ser médico cirujano con título registrado ante las autoridades educativas competentes;

II.- Tener certificado de la especialidad;

III.- Contar con autorización de la Secretaría, y

IV.- Los demás que determine la Secretaría.

ARTICULO 205.- La sala de ultrasonografía, deberá estar aislada y protegida de cualquier otro servicio, particularmente de los que emplean fuentes de radiación.

ARTICULO 206.- El personal técnico que opere el equipo y aparatos de ultrasonografía desarrollará sus actividades bajo la supervisión del responsable.

ARTICULO 207.- Se entiende por gabinete de radioterapia, el establecimiento que utiliza fuentes de radiación ionizante con fines terapéuticos.

ARTICULO 208.- Se entiende por radiaciones ionizantes las emitidas por bombas de cobalto, de cesio, aceleradores lineales, betatrones y los tubos de Rayos X.

ARTICULO 209.- Los establecimientos de Radioterapia deberán sujetarse a lo dispuesto por la Ley, este Reglamento y las Normas Técnicas que emita la Secretaría, y en su caso, La Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias.

ARTICULO 210.- Los gabinetes de radioterapia, deberán contar con un responsable en seguridad radiológica, cuyas obligaciones serán las señaladas en el Artículo 176 de este Reglamento.

ARTÍCULO 211.- El responsable de un gabinete de radioterapia deberá cumplir con los siguientes requisitos:

I.- Ser médico cirujano con título registrado ante las autoridades educativas competentes;

II.- Tener certificado de la especialidad;

III.- Contar con autorización de la Secretaría y la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias, y

IV.- Los demás que determine la Secretaría.

ARTÍCULO 212.- El personal técnico que opere el equipo y los aparatos de radioterapia, deberá acreditar su capacidad ante la Secretaría.

ARTÍCULO 213.- Los establecimientos de radioterapia, así como el personal que labore en ellos deberán cumplir con las disposiciones de Seguridad Radiológica, que al efecto emitan la Secretaría y la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias.

ARTÍCULO 214.- Los establecimientos de radioterapia deberán observar las normas que emita la Secretaría y la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias en lo referente a contaminación, eliminación de residuos y control de los materiales radioactivos.

ARTÍCULO 215.- Los establecimientos de radioterapia de preferencia deberán estar dentro de una unidad hospitalaria y contarán con las siguientes áreas:

I.- Sala de espera;

II.- Consultorios;

III.- Sala de terapia;

IV.- Administración, e

V.- Instalaciones Sanitarias.

CAPITULO X

De las Autorizaciones y Revocación de las Mismas

ARTICULO 216.- La autorización sanitaria es el acto administrativo mediante el cual la autoridad competente, permite a una persona o entidad pública, social o privada, la realización de actividades relacionadas con la salud humana en los casos y con los requisitos y modalidades que determine este Reglamento y las disposiciones que del mismo emanen.

Las autorizaciones sanitarias tendrán el carácter de licencias, permisos, registros o tarjetas de control sanitario.

ARTÍCULO 217.- Las autorizaciones sanitarias serán otorgadas por la Secretaría, por el Departamento del Distrito Federal y por los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, en los términos de este Reglamento y demás disposiciones aplicables.

ARTÍCULO 218.- Las autoridades sanitarias competentes expedirán las autorizaciones respectivas, cuando el solicitante hubiere satisfecho los requisitos que señalen las normas aplicables y cubierto, en su caso, los derechos que establezca la legislación fiscal, de conformidad con lo expuesto por el Artículo 371 de la Ley.

ARTÍCULO 219.- Las autorizaciones sanitarias podrán prorrogarse de conformidad con los términos que al efecto fije este Reglamento.

La solicitud deberá presentarse a las autoridades sanitarias con 30 días naturales de antelación al vencimiento de la autorización.

Sólo procederá la prórroga cuando se sigan cumpliendo los requisitos que señale la Ley, este Reglamento y demás disposiciones aplicables y previo pago de los derechos correspondientes.

En el caso de las licencias sanitarias, la solicitud de revalidación deberá presentarse dentro de los 30 días anteriores al vencimiento.

ARTICULO 220.- Requieren de licencia sanitaria:

I.- Los establecimientos a que se refiere este Reglamento, con las excepciones que en el mismo se establecen;

II.- Las unidades móviles a que se refiere este ordenamiento, y

III.- Los demás que señale este Reglamento.

Cuando los establecimientos a que se refiere la Fracción I cambien de ubicación, requerirán nueva licencia sanitaria.

ARTÍCULO 221.- Dichas licencias tendrán vigencia de dos años, contados a partir de la fecha de su expedición y deberán ser exhibidas en un lugar visible del establecimiento o vehículo.

ARTÍCULO 222.- Para obtener la licencia sanitaria deberá presentarse ante la Secretaría, solicitud escrita y por triplicado, en la que deberá indicarse:

I.- Nombre y domicilio del establecimiento de que se trate y en su caso, nombre y domicilio del propietario;

II.- El nombre del representante legalmente constituido en caso de tratarse de persona moral;

III.- Nombre y domicilio del profesional responsable y el número de Cédula Profesional;

IV.- Organización interna;

V.- Recursos humanos, materiales y financieros con los que cuente;

VI.- Actividades que pretenda desarrollar;

VII.- Reglamento interior del establecimiento, salvo el caso de los consultorios.

VIII.- Los demás datos que señale la Secretaría, de acuerdo a la Norma Técnica respectiva.

A la solicitud deberá adjuntarse la documentación comprobatoria de la información que se suministre, así como plano y memoria descriptiva del local que ocupe y de cada una de las secciones que lo integran, con especificaciones respecto al tamaño, iluminación, instalaciones y servicios sanitarios.

ARTÍCULO 223.- Para obtener la licencia sanitaria de las unidades móviles a que se refiere este Reglamento, deberá presentarse solicitud escrita en la forma y términos a que se refiere el artículo anterior, en la que deberá indicarse:

I.- Los datos del vehículo;

II.- El establecimiento a que prestará el servicio, y

III.- Los demás que fije la Secretaría de acuerdo a la Norma Técnica respectiva.

A la solicitud, deberá acompañarse la documentación comprobatoria de la información que se suministre.

ARTICULO 224.- Requiere de permiso;

I.- La construcción, ampliación, remodelación, rehabilitación, acondicionamiento y equipamiento de los establecimientos dedicados a la prestación de servicios de atención médica, en cualquiera de sus modalidades;

II.- Los responsables de los establecimientos a que se refiere este Reglamento;

III.- Los responsables de la operación y funcionamiento de equipos de rayos X y sus auxiliares técnicos;

IV.- La posesión, transporte y utilización de fuentes de radiación y materiales radiactivos, así como la eliminación, desmantelamiento de los mismos y la disposición de sus desechos;

V.- Los responsables del control de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de los establecimientos a que se refiere este Reglamento;

VI.- La subrogación de servicios de atención médica por parte de establecimientos sociales y privados, y

VII.- Las demás actividades que se establezcan en este ordenamiento.

Los permisos a que se refiere este artículo, sólo podrán ser expedidos por la Secretaría, con excepción del caso previsto en la Fracción III, el que estará sujeto a lo dispuesto en el Artículo 125 de la Ley.

Se otorgarán por tiempo indeterminado, los permisos a que se refieren las Fracciones II y V de este artículo y con validez de dos años en los demás casos.

ARTICULO 225.- Para obtener los permisos a que se refiere el artículo anterior, además de cumplir con las obligaciones que establece la Ley y el presente Reglamento, se estará a lo previsto por las Normas Técnicas correspondientes.

ARTÍCULO 226.- Los responsables de los establecimientos objeto de este Reglamento, en los que se pretenda cambiar las condiciones que hubieren sido exigidas para el otorgamiento de la licencia sanitaria, deberán dar aviso a la autoridad sanitaria, en un plazo de por lo menos 30 días, previos a la fecha en que se pretenda realizar el cambio.

ARTICULO 227.- Cuando por decisión propia, en el establecimiento se vaya a suspender temporal o definitivamente la prestación de sus servicios, el titular de la autorización, deberá dar aviso de ello a la Secretaría por lo menos con 30 días de anticipación; si la suspensión es definitiva, la autoridad sanitaria procederá a la revocación de la autorización respectiva. En el caso de suspensión temporal, deberá darse aviso de inmediato de la reanudación de labores.

ARTICULO 228.- El personal que preste sus servicios en cualquier establecimiento para la atención médica, cuyas actividades pudieran propagar alguna de las enfermedades transmisibles a que se refiere el Artículo 134 de la Ley, deberá contar con tarjeta de control sanitario expedida por la autoridad sanitaria competente, conforme a las Normas Técnicas que al efecto dicte la Secretaría.

ARTÍCULO 229.- Las autorizaciones a que se refiere este Reglamento podrán ser revisadas por la autoridad sanitaria competente, cuando ésta lo estime oportuno.

ARTICULO 230.- Los derechos a que se refiere este Reglamento, se regirán por lo que disponga la legislación fiscal y los convenios de coordinación que celebren en la materia, el Ejecutivo Federal, el Departamento del Distrito Federal y los gobiernos de las entidades federativas.

ARTÍCULO 231.- La revocación de las autorizaciones a que se refiere este capítulo se ajustará a lo señalado por la Ley.

ARTÍCULO 232.- La Secretaría dispondrá de un plazo de sesenta días hábiles para resolver sobre la solicitud de autorizaciones, contado a partir de la fecha de presentación de la solicitud, o desde la fecha en la que se le proporcionen las aclaraciones o informaciones adicionales que expresamente se requieran al

solicitante. Si la resolución no se dictare dentro del plazo señalado; la licencia o permiso solicitados se considerarán negados.

CAPITULO XI

De la Vigilancia de la Prestación de los Servicios de Atención Médica

ARTICULO 233.- Corresponde a la Secretaría, al Departamento del Distrito Federal y a los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, la vigilancia del cumplimiento de este Reglamento y demás disposiciones que se emitan con base en el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el Título Decimoséptimo de la Ley.

Las autoridades municipales, participarán en dicha vigilancia en la medida que así lo determinen los convenios que celebren con los gobiernos de su respectiva entidad federativa y por lo que dispongan los ordenamientos locales.

ARTÍCULO 234.- Las demás dependencias y entidades públicas coadyuvarán a la vigilancia del cumplimiento de las normas sanitarias y cuando encontraren irregularidades que a su juicio constituyan violaciones a las mismas, lo harán del conocimiento de las autoridades sanitarias competentes.

ARTICULO 235.- El acto u omisión contrario a los preceptos de este Reglamento y a las disposiciones que de él emanen, podrá ser objeto de orientación y educación de los infractores independientemente de que se apliquen, si procedieren, las medidas de seguridad y las sanciones correspondientes

CAPITULO XII

De las Medidas de Seguridad y Sanciones

ARTÍCULO 236.- Se consideran medidas de seguridad, aquellas disposiciones de inmediata ejecución que dicte la autoridad sanitaria competente, de conformidad con los preceptos de este Reglamento y demás disposiciones aplicables, para proteger la salud de la población. Las medidas de seguridad se aplicarán sin perjuicio de las sanciones que en su caso correspondieren.

ARTICULO 237.- Son competentes para ordenar o ejecutar medidas de seguridad, la Secretaría, el Departamento del Distrito Federal y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias.

La participación de los municipios estará determinada por los convenios que celebren con los gobiernos de las respectivas entidades federativas y por lo que dispongan los ordenamientos locales.

ARTICULO 238.- La autoridad sanitaria podrá con motivo de la aplicación del presente Reglamento, ordenar las siguientes medidas de seguridad sanitaria;

- I.- El aislamiento;
- II.- La cuarentena;
- III.- La observación personal;
- IV.- La vacunación de personas y animales;
- V.- La destrucción o control de insectos u otra fauna transmisora y nociva;
- VI.- La suspensión de trabajos o servicios;
- VII.- El aseguramiento y destrucción de objetos, productos o sustancias;
- VIII.- La desocupación o desalojo de casas, edificios, establecimientos y en general, de cualquier predio;
- IX.- La prohibición de actos de uso, y,
- X.- Las demás de índole sanitaria que determinen las autoridades competentes que puedan evitar que se causen, o continúen causando riesgos o daños a la salud.

ARTICULO 239.- Para la aplicación de las medidas de seguridad, se deberá estar a lo dispuesto en la Ley y este Reglamento, atendiendo siempre a la protección de la salud de las personas.

ARTICULO 240.- Las autoridades sanitarias competentes podrán imponer las siguientes sanciones administrativas:

- I.- Multa;
- II.- Clausura temporal o definitiva, parcial o total, y
- III.- Arresto hasta por 36 horas.

ARTÍCULO 241.- Las autoridades sanitarias competentes, al aplicar las sanciones establecidas en este Reglamento. Observarán las reglas señaladas en los Artículos 416 y 418 de la Ley.

ARTICULO 242.- Se sancionará con multa equivalente hasta de veinte veces el salario mínimo general diario, vigente en la zona de que se trate, la violación de las disposiciones contenidas en los Artículos 12, 18, 19 Fracción IV, 23, 24, 25, 29, 30, 32, 36, 45, 63, 90, 91 y 92 de este Reglamento.

ARTICULO 243.- Se sancionará con multa equivalente de diez hasta cien veces el salario mínimo general diario, vigente en la zona económica de que se trate, la violación de las disposiciones contenidas en los Artículos 114, 126, 129, 220 y 224 de este Reglamento.

ARTICULO 244.- Se sancionará con multa de cien a quinientas veces el salario mínimo general diario, vigente en la zona económica de que se trate, al responsable de cualquier establecimiento en que se presten servicios de atención médica, en donde se pretenda retener o se retenga al usuario o cadáver, para garantizar al pago de servicios recibidos en dicho establecimiento, dicha sanción podrá duplicarse en caso de reincidencia.

ARTÍCULO 245.- Se sancionará con multa de doscientas a quinientas veces el salario mínimo general diario, vigente en la zona económica de que se trate, al responsable de cualquier establecimiento que preste servicios de atención médica, en el que se carezca de personal suficiente e idóneo o equipo, material o local adecuados de acuerdo a los servicios que presten.

En caso de reincidencia o de no corregirse las deficiencias, se procederá a la clausura temporal, la cual será definitiva si al reanudarse el servicio continúa la violación.

ARTICULO 246.- Se sancionará con multa hasta de quinientas veces el salario mínimo general diario, vigente en la zona económica de que se trate, al responsable de cualquier establecimiento en el que se realicen estudios de diagnóstico o tratamiento mediante equipos de Rayos X, Rayos X dentales, Tomografía axial computarizada, resonancia nuclear magnética, emisiones de positrones, rayo láser y cualquier otro tipo de radiación ionizante que no se ajuste a las Normas Técnicas que dicte la Secretaría y en su caso la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardias, tanto para el público usuario como para su personal.

En caso de reincidencia, se procederá a la clausura definitiva del establecimiento.

ARTICULO 247.- Al responsable de cualquier establecimiento que preste servicios de atención médica, en el que sin autorización por escrito del usuario sus familiares o representante legal, se realicen intervenciones quirúrgicas que pongan en peligro la vida o la integridad física del usuario, se sancionará con multa de doscientas a quinientas veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, a menos que se demuestre la imperiosa necesidad de practicarla para evitar un perjuicio mayor.

ARTICULO 248.- Se sancionará con multa de cien a quinientas veces el salario mínimo general diario, vigente en la zona económica de que se trate, al médico psiquiatra o cualquier integrante del personal especializado en salud mental que proporcione con fines diversos a los científicos o terapéuticos y sin que exista orden escrita de la autoridad judicial o sanitaria, la información contenida en el expediente clínico de algún paciente.

ARTÍCULO 249.- Se procederá a la clausura definitiva de cualquier establecimiento de atención médica, en el que se emplee como medida terapéutica, cualquier procedimiento proscrito por la legislación sanitaria que atente contra la integridad física del paciente.

ARTICULO 250.- Las infracciones al presente Reglamento no previstas en este capítulo serán sancionadas con multa hasta por quinientas veces el salario mínimo general diario, vigente en la zona económica de que se trate, atendiendo las reglas de calificación que se establecen en el Artículo 418 de la Ley.

ARTICULO 251.- En caso de reincidencia, se duplicará el monto de la multa que corresponda. Para los efectos de este capítulo se entiende por reincidencia, que el infractor cometa la misma violación a las disposiciones de este Reglamento, dos o más veces dentro del período de un año, contado a partir de la fecha en que se le hubiere notificado la sanción inmediata anterior.

ARTICULO 252.- La aplicación de las multas será sin perjuicio de que la autoridad sanitaria dicte las medidas de seguridad hasta en tanto se subsanen las irregularidades.

ARTICULO 253.- Procederá la clausura temporal o definitiva, parcial o total, según la gravedad de la infracción y las características de la actividad o establecimiento, en los siguientes casos.

I.- Cuando los establecimientos carezcan de la correspondiente licencia sanitaria;

II.- Cuando el peligro para la salud de las personas se origine por la violación reiterada de los preceptos de este Reglamento y de las disposiciones que de él emanen, constituyendo rebeldía a cumplir los requerimientos y disposiciones de la autoridad sanitaria;

III.- Cuando después de la reapertura de un establecimiento por motivo de suspensión de trabajos o actividades, o clausura temporal, las actividades que en él se realicen sigan constituyendo un peligro para la salud;

IV.- Cuando por la peligrosidad de las actividades que se realicen o por la naturaleza del establecimiento de que se trate, sea necesario proteger la salud de la población;

V.- Cuando en el establecimiento se vendan o suministren estupefacientes o sustancias psicotrópicas sin cumplir los requisitos que señalen la Ley y sus disposiciones reglamentarias, y

VI.- Cuando se compruebe que las actividades que se realicen en un establecimiento, violen las disposiciones sanitarias, constituyendo un peligro para la salud.

ARTÍCULO 254.- En los casos de clausura definitiva quedarán sin efecto las autorizaciones que en su caso, se hubieren otorgado al establecimiento de que se trate.

ARTÍCULO 255.- Serán clausurados definitivamente, los establecimientos en los que se niegue la prestación de un servicio médico en caso de notoria urgencia, poniendo en peligro la vida o la integridad física de una persona.

ARTICULO 256.- Cuando se ordene la clausura de un establecimiento para internamiento de enfermos, sea ésta temporal o definitiva, parcial o total, se podrán ordenar, además como medidas de seguridad:

I.- La no admisión de nuevos usuarios;

II.- La transferencia inmediata de los usuarios no graves, a otras instituciones de salud similares o equivalentes en sus servicios y equipo médico, a juicio de la autoridad sanitaria, previa opinión del usuario o del familiar responsable, y

III.- La continuación de la atención de los usuarios que por gravedad de su padecimiento no puedan ser referidos de inmediato, hasta que puedan ser transferidos a otro establecimiento, para que se continúe el tratamiento.

Los gastos de transferencia de los usuarios correrán a cargo del propietario del establecimiento en que se haya cometido la infracción.

ARTICULO 257.- Se sancionará con arresto hasta por treinta y seis horas:

I.- A la persona que interfiera o se oponga al ejercicio de las funciones de la autoridad sanitaria; y,

II.- A la persona que en rebeldía se niegue a cumplir los requerimientos y disposiciones de la autoridad sanitaria.

Sólo procederá esta sanción, si previamente se dictó cualquiera otra de las sanciones a que se refiere este capítulo.

Impuesto el arresto, se comunicará la resolución a la autoridad correspondiente para que la ejecute.

ARTICULO 258.- Para la aplicación de medidas de seguridad y sanciones, se observará lo dispuesto por el Capítulo III del Título Décimo Octavo de la Ley.

ARTICULO 259.- Contra actos y resoluciones de las autoridades sanitarias, que con motivo de la aplicación de este Reglamento, de fin a una instancia o resuelva algún expediente, los interesados podrán interponer el recurso de inconformidad, mismo que se tramitará de acuerdo a lo dispuesto en el Capítulo IV del Título Décimo Octavo de la Ley.

TRANSITORIOS

ARTICULO PRIMERO.- Este Reglamento entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Los actos y procedimientos administrativos relacionados con la materia de este Reglamento que se hubieran iniciado bajo la vigencia de los Reglamentos mencionados en el Artículo Tercero Transitorio, se tramitarán y resolverán conforme a las disposiciones de los mismos.

ARTICULO TERCERO.- Se abrogan las siguientes disposiciones jurídicas: Reglamento para Hospitales, Maternidades y centros materno-infantiles en el Distrito y Zonas Federales publicado en el Diario Oficial de la Federación el diecisiete de noviembre de mil novecientos cincuenta y uno; Reglamento para Hospitales Generales Dependientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia publicado en el Diario Oficial de la Federación el catorce de diciembre de mil novecientos cincuenta y cuatro; Reglamento de Laboratorios de Análisis Clínicos publicado en el Diario Oficial de la Federación el veinte de marzo de mil novecientos sesenta y cuatro; Reglamento de la Prestación de los Servicios para la Atención Médica, cuya aplicación corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia publicado en el Diario Oficial de la Federación el doce de noviembre de mil novecientos setenta y cuatro; Reglamento de Prevención de Invalidez y Rehabilitación de Inválidos publicado en el Diario Oficial de la Federación el seis de febrero de mil novecientos setenta y seis; Reglamento de Parteros Empíricos capacitados, publicado en el Diario Oficial de la Federación el veinticinco de octubre de mil novecientos setenta y seis; Reglamento de Seguridad Radiológica para el uso de Equipos de Rayos X Tipo Diagnóstico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el veinticinco de abril de mil novecientos setenta y ocho; Reglamento para la expedición y uso de Tarjeta de Control Sanitario, publicado en el Diario Oficial de la Federación el primero de febrero de mil novecientos ochenta.

Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal en la Ciudad de México, Distrito Federal a los veintinueve días del mes de abril de mil novecientos ochenta y seis.- Miguel de la Madrid H.- Rúbrica.- El Secretario de Salud, Guillermo Soberón Acevedo.- Rúbrica.- El Jefe del Departamento del Distrito Federal, Ramón Aguirre Velázquez.- Rúbrica.

1.3.- La responsabilidad médica. Lesiones y Homicidio.

Para regular las conductas de una manera que la convivencia siga siendo en armonía, ésta deberá ser la principal preocupación del Estado, de ahí que no sea novedoso hablar de la responsabilidad profesional del médico, como, no lo debe ser, la de cualquier profesionista; en virtud de que en el ejercicio de la profesión, cualquier profesionista puede en un momento dado incurrir en responsabilidad profesional. Ahora bien, tal responsabilidad podría derivar en una falta de observancia a un reglamento en el trabajo o una infracción a un ordenamiento administrativo o bien la inobservancia de la norma de carácter penal; en todos éstos casos las consecuencias jurídicas de la no observancia de la ley son diferentes. Por lo tanto, para entrar al estudio de la culpabilidad del médico, se debe previamente analizar, cuáles son los diferentes comportamientos del mismo en el ejercicio de su profesión y como consecuencia, cómo se puede dar la conducta para que pueda ser objeto de interés del derecho penal.⁶¹

61. Gimbernat, Enrique; estudios sobre el delito de omisión; instituto nacional de ciencias penales; México 2003; p.p 74.

1.3.1.- Elementos del Delito.

I. La conducta o hecho

En la estructura del delito la dogmática penal se menciona lo siguiente Muñoz Conde:

“...responde a una doble perspectiva: por un lado, es un Juicio de desvalor que recae sobre un hecho o acto humano y, por otro, es un Juicio de desvalor que se hace sobre el autor de ese hecho. Al primero de estos juicios se le llama injusto o antijuridicidad, al segundo, culpabilidad o responsabilidad. Injusto es, pues, la desaprobación del acto; culpabilidad la atribución de dicho acto a su autor para hacerle responsable del mismo”.⁶²

Previo al estudio de la conducta o hecho, se tiene un principio de legalidad previsto en el artículo 14 de la Constitución General de la República, que establece que ninguna pena se podrá imponer si no existe una ley exactamente aplicable al delito de que se trate, principio del derecho penal que en latín se conoce como Nullun crimen nulla poena sine lege; garantía de legalidad que debemos observar, y por otra parte, por disposición expresa del artículo 16 Constitucional, no podrá librarse orden de aprehensión, sino por la autoridad judicial y sin que preceda denuncia o querrela de un hecho que la ley señale como delito, principio de legalidad que contiene un presupuesto para el ejercicio de la acción penal. En consecuencia, como el derecho penal se ocupa de conductas, pero únicamente de aquellas que sean relevantes en esta materia, habrá que atender al hecho imputado al sujeto activo del delito y, en este caso, es pertinente señalar que el hecho se puede dar de manera activa o de manera omisiva, por lo tanto, es necesario entrar al estudio, en primer lugar, de la conducta o acción llevada a cabo por el sujeto a quién se le atribuye el hecho, para determinar la forma en que ésta se dio. Para tal efecto y de conformidad con el artículo 7º del Código Penal Federal, delito es el acto u omisión que sancionan las leyes penales. Procesalmente en los artículos 168 del Código Federal de Procedimientos Penales y 122 del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal se establece cuáles son los elementos del delito previsto en la ley, también denominado tipo penal, entendiéndolo mismo que establece la ley como cuerpo del delito en los artículos 168 y 122 antes citados, por lo que estos elementos del delito son los que tendrá que acreditar el Ministerio Público primero y en un segundo momento el Juez en el proceso, para determinar si hay o no probable responsabilidad, para, posteriormente, entrar al estudio de la culpabilidad.⁶³

En consecuencia, el primer elemento del delito que deberá ser motivo de la investigación y como consecuencia de prueba en la Averiguación Previa, es precisamente la conducta o hecho. Tomando en consideración que la conducta se puede dar en forma de acción o de omisión, habrá que averiguar, cuándo el médico realiza una actividad en el ejercicio de su profesión, si está actuando dolosamente, esto es con la intención de causar un daño a un bien jurídico protegido por la ley como por ejemplo la vida o la integridad corporal, o bien, sí

62. Gimbernat, Enrique. Óp.cit.p.74. 63. Ibid., p.74.

63. Ibid., p.74.

se encuentra realizando una conducta imprudente también llamada culposa, porque se ha violado un deber de cuidado que su ciencia le aconseja, en el caso concreto que se le presenta; de la misma manera que habrá que analizar cuándo el médico deja de realizar lo que le correspondía hacer y no lo hace, ya sea por negligencia o bien porque voluntariamente ha decidido no realizar determinada actividad, causando con dicha omisión un resultado lesivo, que sea relevante para el derecho penal.⁶⁴

Sólo la conducta realizada voluntariamente por el médico puede ser relevante para el derecho penal; por otra parte, habrá que analizar si la conducta no está amparada por una excluyente de responsabilidad penal, como es el caso que señala el artículo 15 del Código Penal Federal o bien, en los casos que establece el artículo 29 del Código Penal para el Distrito Federal, que en su fracción I, señala la ausencia de conducta, esto es, cuando el médico no tuvo nada que ver con la producción del resultado, o cuando se presenta el estado de necesidad, como en el caso a que se refiere la fracción V, o bien ante una causa de inimputabilidad, como lo establece la fracción VII, esto es, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, a no ser que se hubiera provocado su trastorno mental para en ese estado cometer el hecho, en cuyo caso responderá por el resultado producido, por ejemplo cuando ha ingerido bebidas embriagantes o psicotrópicos, a sabiendas de que va a tener una intervención quirúrgica. Fuera de estos casos que señalan los artículos 15 del Código Penal Federal y 29 del Código Penal para el Distrito Federal, la conducta voluntaria que asuma el médico y produzca una lesión o ponga en peligro un bien jurídico protegido por el derecho, como es la vida o la integridad corporal, bien puede ser objeto de análisis para el derecho penal y sólo entonces se podrá afirmar que la conducta llevada a cabo tuvo una finalidad que puede resultar típica, antijurídica y culpable. Por otra parte, si la acción desplegada por el médico se puede realizar en forma activa u omisiva, como lo señala el artículo 15 del Código Penal para el Distrito Federal, entonces nos encontramos que en los delitos de resultado material, por ejemplo las lesiones o la privación de la vida, el resultado puede ser atribuido también a quién omite impedirlo y en tal caso, estamos en presencia de lo que la doctrina denomina delitos de omisión impropia o comisión por omisión, si el sujeto tenía el deber jurídico de evitarlo, ya por tener la calidad de garante, por ejemplo en el caso del médico encargado del procedimiento post operatorio, sí tenía el deber jurídico de evitarlo. Así también, cuando olvidó la gasa dentro del cuerpo del paciente y una vez que se entera, no hace lo debido para retirarla, o el anestesista que deja de vigilar al paciente que está siendo operado y fallece, en éste caso, el cirujano podría tener responsabilidad, porque si bien es cierto que ésta no es la función del cirujano, sin embargo, ha permitido que el anestesista se ausente del quirófano, teniendo la obligación de permanecer en constante vigilancia del paciente.⁶⁵

Desde el punto de vista procesal, corresponde al Ministerio Público la investigación de la conducta, misma que se inicia con la noticia criminis que llega a su conocimiento a través de dos formas: ya sea verbal, mediante comparecencia voluntaria ante el Ministerio Público Investigador o por escrito a través de la denuncia o la querrela, según se trate de un hecho delictuoso que

64 Gimbernat, Enrique, *Óp.cit.* p.74.

65. *Ibid.*, p.74

se persiga de oficio, caso en el cual cualquier persona puede llevar dicho conocimiento al Ministerio Público o a través de la querrela que sólo puede ser interpuesta por el directamente agraviado o sus legítimos representantes. En consecuencia, tratándose de los delitos que se persiguen a instancia de parte o por querrela, siendo ésta un requisito para proceder penalmente, debe ser interpuesta por quien esté legitimado para hacerlo, en términos de lo dispuesto por los artículos 264 y 276 del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal.⁶⁶

La ley establece que debemos entender como víctima u ofendido del delito, al titular del bien jurídico lesionado o puesto en peligro y sólo éste o sus legítimos representantes serán los que podrán querrellarse. Por lo tanto, con la denuncia o querrela se inicia la investigación y con esto la primera etapa del procedimiento penal denominada Averiguación Previa, que tiene como finalidad la búsqueda y aportación de la prueba que habrá de comprobar los requisitos que exige el artículo 16 Constitucional que son el cuerpo del delito y la probable responsabilidad, entendiendo por cuerpo del delito, el conjunto de los elementos objetivos o externos que constituyen la materialidad del hecho que la ley señale como delito y en los casos en que la ley incorpore en la descripción de la conducta prevista como delito, un elemento subjetivo o normativo. Como elemento constitutivo esencial, será necesaria la acreditación del mismo para la comprobación del cuerpo del delito, esto es lo que la doctrina denomina tipo penal, de tal manera que corresponde al Ministerio Público Investigador en Averiguación Previa acreditar los elementos del tipo penal, deberá comprobar con el aporte probatorio que logre recabar, los elementos del delito según la descripción que del mismo haga la ley penal. Para tal efecto, es fundamental recabar, en primer lugar la declaración del denunciante o querellante y posteriormente la prueba testimonial que apoye el dicho del primero; también será de vital importancia la prueba documental, consistente en la historia clínica del paciente, la bitácora que se siguió en el quirófano, la bitácora que demuestra el seguimiento que se dio en el tratamiento post operatorio, las pruebas de laboratorio y radiografías, documentales que de alguna manera acreditan el tratamiento que se dio al paciente antes y después de la intervención del médico, con la finalidad de determinar si fue el adecuado, dependiendo del caso concreto.⁶⁷

Aunado a esta información será la prueba pericial la que en auxilio de la procuración de justicia ilustre al Ministerio Público para determinar si la conducta ha sido relevante para el derecho penal y como consecuencia sí se acredita el cuerpo del delito y la probable responsabilidad penal. Es evidente que dependiendo del caso concreto, el médico deberá aportar suficientes elementos probatorios documentales que demuestren su calidad de experto en la materia, en virtud de que tratándose de una ciencia, en la cual el órgano de investigación, así como el órgano jurisdiccional, no son expertos, serán las pruebas documentales las que demuestren e ilustren, en un primer momento al Ministerio Público, y después al juzgador, si el médico cuenta con la capacidad profesional para la intervención que tuvo, situación que desde el punto de vista procesal vendrá a ser de suma importancia.⁶⁸

66. Román Quiroz, Verónica; la culpabilidad y la complejidad de su comprobación; editorial Porrúa; México 2000. p.p. 21-35, 69-80

67. *Ibid.*, p.27.

68. *Ibid.*, p.29.

II. La tipicidad.

Anteriormente se mencionó que la garantía de legalidad establecida en el artículo 16 Constitucional determina que no podrá librarse una orden de aprehensión sin que preceda denuncia o querrela de un hecho que la ley señale como delito, lo que obliga a realizar previamente un análisis de la conducta desplegada por el sujeto, para determinar si el hecho cometido se ajusta o se adecua a una norma del derecho penal prevista como delito. Como consecuencia, sólo el hecho que coincide, que se adecua exactamente a la descripción que de tal hecho hace la ley, puede ser considerado como delito y por lo tanto a esa adecuación de la conducta al tipo penal, la doctrina la denomina tipicidad. “Tipo es, por tanto, la descripción de la conducta prohibida que lleva a cabo el legislador, en el supuesto de hecho de una norma penal. Tipicidad es la cualidad que se atribuye a un comportamiento cuando es subsumible en el supuesto de hecho de una norma penal”.⁶⁹

Por lo anterior, el órgano investigador, Ministerio Público, deberá acreditar el tipo penal, esto es, todos los elementos del delito, por disposición expresa de los artículos 168 y 122 de los ordenamientos procesales antes mencionados, y faltando algún elemento integrante de la descripción legal del delito de que se trate, es evidente que no habrá delito y entonces la conducta será atípica, en tal virtud, para que la conducta del profesional de la medicina se adecue a un tipo penal, en el ejercicio de su profesión, habrá que analizar si en el caso concreto dicha conducta es típica, esto es, si se adecua exactamente a la descripción que de la misma establece la norma penal, por ejemplo, cuando el médico está en presencia de un lesionado y no lo atiende; realiza una operación quirúrgica innecesaria; simula la práctica de una intervención quirúrgica; sin la autorización del paciente o de la persona que pueda otorgarla, ante la imposibilidad de obtener la de aquella, realice una operación quirúrgica que por su naturaleza ponga en peligro la vida del enfermo o causa la pérdida de un miembro o afecte la integridad de una función vital; suministre un medicamento inapropiado.⁷⁰

En éstos casos, como en cualquier otro que se presente, será necesario entrar al análisis de la conducta para poder determinar adecuadamente el comportamiento asumido por el profesionista, pues es evidente que no todo comportamiento humano que resulte contrario a las normas del derecho y por lo tanto sea antijurídico, es relevante para el derecho penal. En consecuencia, atendiendo a la garantía de legalidad prevista en el artículo 16 Constitucional, así como conforme a lo dispuesto por los artículos 168 y 122 de los ordenamientos procesales, el Ministerio Público deberá acreditar los elementos del delito, esto es, del tipo penal, y con base en el aporte probatorio que haya recabado, acreditar la probable responsabilidad del indiciado; todo esto, a nivel de Averiguación Previa, en virtud de que una vez que el Ministerio Público ejercita acción penal o también denominado consignación de los hechos a un Juez penal, éste, recibe la causa, radica la misma y toma la declaración preparatoria del indiciado, y a partir del auto de radicación, el Juez cuenta con

69. Román Quiroz, Verónica; la culpabilidad y la complejidad de su comprobación; editorial Porrúa; México 2000. P.p. 35-21, 69-80.
70. Ibid., p.30

72 horas o 144 horas si se pide la ampliación del plazo Constitucional para resolver la situación jurídica del inculpado, dictando una resolución, que puede ser el auto de formal prisión. El Juzgador deberá contar con elementos bastantes que acrediten el cuerpo del delito y hagan probable la responsabilidad del indiciado, por disposición expresa del artículo 19 Constitucional. Por lo tanto, la fundamentación de esta resolución tendrá sustento en la medida en que el aporte probatorio sea bastante para que acredite los requisitos que establece dicha garantía Constitucional. Es en consecuencia el aporte probatorio que logra recabar el Ministerio Público lo que podrá determinar en un momento dado, en qué forma procedió el médico, y por otra parte será el aporte probatorio el que determinará si su conducta está justificada, porque haya operado una excluyente de responsabilidad penal, en términos de lo dispuesto por el artículo 15 del Código Penal Federal y 29 del Código Penal para el Distrito Federal, ya sea porque el profesional no realizó la actividad o inactividad que se le imputa, o bien porque la realizó sin su voluntad o porque en el caso concreto, intervino con el consentimiento del titular del bien jurídico afectado, o del legitimado legalmente para otorgarlo, siempre y cuando para obtener el consentimiento, se cumplan los siguientes requisitos:

- a) Que se trate de un bien jurídico disponible.
- b) Que el titular del bien jurídico, o quién esté legitimado para consentir, tenga la capacidad jurídica para disponer libremente del bien.
- c) Que el consentimiento sea expreso o tácito y no medie algún vicio del consentimiento.

Se presume que hay consentimiento, cuando el hecho se realiza en circunstancias tales que permitan suponer fundadamente, que de haberse consultado al titular del bien o a quién esté legitimado para consentir, éstos hubiesen otorgado el consentimiento (artículo 29, fracción III, último párrafo, del Código Penal para el Distrito Federal).⁷¹

III. La antijuridicidad.

La violación a un ordenamiento jurídico, sea de la materia que sea, tiene diferentes consecuencias jurídicas en la vida diaria, sin embargo, se tratara únicamente la violación a la norma penal, para establecer, en el caso que nos ocupa, cuándo se esté en presencia de una conducta antijurídica. Para tal efecto se debe manifestar que toda violación al ordenamiento jurídico, en principio, será una conducta antijurídica, pero para el derecho penal sólo lo serán aquellas conductas que además de violar el precepto jurídico, lesionan un bien jurídico protegido por la ley penal, por ejemplo, la falta de atención a un lesionado, teniendo la posibilidad de hacerlo; la negativa a prestar asistencia a un enfermo, si se está en el caso concreto de poder hacerlo y el suministro de un medicamento inapropiado, siempre y cuando al haber actuado de esa manera, no exista una causa que justifique dicha conducta.⁷²

71. Román Quiroz, Verónica.Óp.cit., p.33.

72. Ibid., p.35.

Al respecto, Muñoz Conde, haciendo una precisión en la dogmática jurídica – penal de los términos antijuridicidad y el injusto, como conceptos que manejamos en derecho penal, dice: “...La antijuridicidad es un predicado de la acción, el atributo con el que se califica una acción para demostrar que es contraria al ordenamiento jurídico. El o lo injusto es un sustantivo que se emplea para denominar la acción misma ya calificada como antijurídica. Lo injusto es, por lo tanto, la conducta antijurídica misma, mientras que la antijuridicidad es una cualidad de la acción común a todas las ramas del ordenamiento jurídico, el injusto (a veces también llamado ilícito) es una acción antijurídica determinada: la acción antijurídica de hurto, de homicidio, de incumplimiento contractual, de infracción administrativa.”⁷³

Por eso se habla de injusto o ilícito penal, de injusto civil o de injusto administrativo, aunque la antijuridicidad sea unitaria para todo el ordenamiento Jurídico”. Por lo tanto, si la ley penal protege bienes jurídicos como la vida y la integridad corporal, entre otros, en consecuencia, lo que la norma penal prohíbe es que una persona lesione esos bienes jurídicamente protegidos, sancionando dicha conducta con una pena. Por otra parte, como se desprende del artículo 18 del Código Penal para el Distrito Federal, las acciones u omisiones delictivas solamente pueden realizarse dolosa o culposamente y como procesalmente de los artículos 168 y 122 de los Códigos Federal y Local, respectivamente, se desprende que el dolo y la culpa deben ser analizados en el cuerpo del delito, en virtud de que dichas disposiciones legales establecen que en los casos en que la ley incorpore en la descripción de la conducta prevista como delito un elemento subjetivo, será necesaria la acreditación del mismo; por lo tanto, al ser el dolo y la culpa elementos subjetivos del delito, deberán comprobarse al nivel del tipo pena en términos de lo dispuesto por los artículos 168 y 122 de los ordenamientos procesales ya mencionados. En tal virtud, el Ministerio Público deberá acreditar dichos elementos del delito, mediante el aporte probatorio que logre recabar y de esta manera determinará si la conducta desplegada por el profesionista fue intencional, esto es, con dolo, o imprudencial, violando un deber de cuidado que su ciencia le aconseja.⁷⁴

IV. La culpabilidad.

Para proceder al análisis del Juicio de reproche con respecto a la conducta desplegada por el profesional de la medicina, se debe tomar en consideración que el gran reto para el Juzgador será precisamente ese Juicio de reproche, en virtud de que deberá analizar al autor del delito y el hecho cometido, sin embargo, el gran problema de la fundamentación de la culpabilidad ha sido fuertemente debatido en la doctrina. Al respecto, el Dr. Moisés Moreno Hernández, siguiendo una corriente doctrinaria finalista, dice que para la formulación del Juicio de reproche habrá que entrar al análisis de tres requisitos, que son: a) la imputabilidad del sujeto, b) la conciencia de la antijuridicidad y c) la exigibilidad de otra conducta.⁷⁶

73. Román Quiroz, Verónica, *Op.cit.*, p. 69.

74. *Ibid.*, p.71

75. *Ibid.*, p.72

76. *Ibid.*, p.77.

Para que se pueda formular el Juicio de reproche, habrá que determinar, en primer lugar, si el sujeto tuvo la capacidad de motivación de la norma (capacidad de reaccionar ante la prohibición de la norma), si el hecho le es atribuible y por lo tanto es imputable, es decir que no estaba afectado de sus facultades psíquicas y que no ha operado una excluyente de responsabilidad penal. En segundo lugar, que tuvo conocimiento de la antijuridicidad de su conducta, esto es, que sabía que el hecho cometido estaba prohibido por la ley y, por último, que en el caso concreto el sujeto pudo haber tenido un comportamiento distinto. Si se afirman estos requisitos, el sujeto de la infracción penal habrá cometido un hecho con culpabilidad y por lo tanto le es reprochable la conducta cometida. Para la comprobación de la culpabilidad, además de las pruebas que se han venido mencionando, resultarán fundamentales, la prueba pericial, que se rinde en auxilio de la administración de justicia, por un experto en una ciencia como lo es la medicina, la psiquiatría o la psicología, dependiendo del caso concreto y, por otra parte, la prueba indiciaria, ambas pruebas consideradas totalmente científicas, la primera por ser emitida por un experto y por lo tanto, perito en la materia, la segunda, por corresponder a un razonamiento lógico y jurídico que tiene que realizar el juzgador al momento de analizar la responsabilidad penal, uniendo todos los indicios que fue dejando el aporte probatorio proporcionado por las partes en el proceso, que son el Ministerio Público, la coadyuvancia del Ministerio Público y la defensa.⁷⁷

La visión de los pacientes respecto de la imagen que tiene de los médicos ha cambiado gradualmente. Así, el respeto, consideración y confianza que se les profesaba a los segundos al acudir en busca de sus servicios profesionales si bien, no han desaparecido del todo, si se han transformado sustancialmente. Al mismo tiempo, la actitud de algunos médicos se ha alejado del apostolado que les era tan característico en el ejercicio de su profesión, con el consabido desencanto y enojo de sus pacientes. Es cierto que, en el paciente, todavía existen actitudes de confianza y, hasta cierto punto, sumisión ante el médico, debido a que el estado físico y/o psicológico que le produce el quebranto de su salud, si bien lo hace vulnerable, debe reconocerse que en la realidad también impera un cambio en su percepción. Al mismo tiempo, el ejercicio de la profesión médica enfrenta una situación compleja. Las causas son múltiples y diversas y pueden deberse a presiones económicas, —personales, institucionales o ambas— hasta la aceptación de que la práctica es cada vez más delicada y competitiva, lo que ha incrementado el costo tratándose de los servicios médicos privados y excesiva carga burocrática en los servicios públicos de salud, por ello no se considere una exageración si se piensa que con mayor frecuencia se ha comercializado tanto su profesión, que un paciente al tener la necesidad de sus servicios a título particular, constituye un fuerte desembolso en el patrimonio de quién lo busca, y, por tal motivo, la mayoría de las veces, se acude a él en casos muy urgentes, o bien, cuando en el desempeño de la vida cotidiana el padecimiento que aqueja al paciente no puede ser de manera alguna postergado. Pocas veces se buscará la medicina para prevenir males, puesto que en nuestra cultura la prevención no es cosa de todos los días. Por otro lado, los médicos se sienten amenazados por sus pro-

77. Román Quiroz, Verónica; *Óp.cit.*, p.80.

pios pacientes, llegando incluso a solicitar seguros médicos para la práctica de su profesión, situación que no hace mucho tiempo ni siquiera se imaginaba, sin embargo, el mundo está cambiando en todos los aspectos, así los medios de comunicación juegan un papel relevante en el cambio de actitudes, porque permiten a toda persona estar informada de sus derechos para el caso de alguna eventualidad y más presta a ejercerlos, así, ante situaciones que consideren irregulares no dudan en exigir por los medios e instancias legales que tengan a su alcance, la reparación del daño causado, por lo que a su parecer es resultado de una mala práctica médica.⁷⁸

El derecho a la Protección de la Salud como garantía individual se encuentra consagrado en el Artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Así mismo, el Artículo 133, también de la Carta Magna, obliga a que las leyes que de ella emanen serán la ley suprema. Luego entonces la garantía individual del derecho a la salud, da origen a la llamada Ley General de Salud, cuya finalidad es establecer 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. De aplicación en toda la República y cuyas disposiciones son de orden público e interés social. Se pondera el contenido de algunos artículos de la ley citada, que indican, que para los efectos de la misma, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos se clasifican en servicios públicos a la población en general; servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social, o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios; servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten y otros que establezca la autoridad sanitaria. Así como lo relativo a la contratación directa o a través de seguros individuales o colectivos.⁷⁹

En cuanto a usuarios, éstos tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares. Ahora bien, las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como los mecanismos para que los usuarios presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto a la prestación de los servicios de salud y con relación a la falta de probidad, en su caso de los servidores públicos. De igual forma la ley aludida establece las sanciones que se aplican para el caso de que se niegue el profesional, técnico o auxiliar de la atención médica a prestar auxilio a una persona sin causa justificada ante situaciones de urgencia, además de la suspensión temporal o definitiva para el ejercicio de la profesión. Así mismo se consideran servicio 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.⁸⁰

78. Cruz Parceró, Juan Antonio. "Los derechos sociales como técnica de protección jurídica". Derechos sociales. y derechos de las minorías. Edt OPS, p.p. 90, 91.

79. *Ibid.*, p.90.

80. *Ibid.*, p.91

De los preceptos anteriores se infiere que la conducta humana que se realiza al solicitar, recibir u otorgar un servicio en el ámbito de la salud encuadra dentro del ámbito jurídico, y que como consecuencia de ello genera derechos y obligaciones, entendiendo a los primeros como el ejercicio de ciertas facultades y los segundos como el cumplimiento de los deberes. De los derechos y obligaciones se derivan a su vez entre las personas un vínculo de carácter jurídico, uno que tendrá el carácter de acreedor y otro el de deudor. El primero es el sujeto o sujetos que poseen el derecho de exigir la entrega de cosas, o prestaciones de un hecho determinado o su abstención; mientras que el sujeto activo o acreedor puede exigir al Estado la expedita función coactiva de sus órganos con el fin de obtener del deudor el cumplimiento de la obligación, a través de una conducta que podrá consistir en diversos aspectos como son: hacer, que incluye a su vez prestar, reconocer, transferir e incluso, abstenerse de algo y en algunos casos, tolerar. Así, el vínculo existente entre el sujeto activo —acreedor— y el sujeto pasivo —deudor— produce consecuencias jurídicas llamadas convenios y contratos.⁸¹

Los convenios y contratos se rigen por las disposiciones contenidas en nuestro Código Civil, y en términos jurídicos se conceptúan como el acuerdo de dos o más personas para crear, transferir, modificar o extinguir obligaciones, y al que crea derechos y obligaciones se le denomina contrato. Por ello resulta necesario hacer las siguientes reflexiones: La fuente entendida como origen de las obligaciones personales o derecho de crédito, son los actos o conductas personales manifestadas externa e intencionalmente por la voluntad de las partes, con el propósito de dar vida en el ámbito jurídico a través de convenios y contratos. Otra fuente de derechos y obligaciones está constituida por la propia ley, ajena a la voluntad de las partes, luego entonces es ley la que impone de manera general y abstracta derechos y obligaciones. Ejemplo de ello lo sería, la imposición tributaria del pago de impuestos al fisco.⁸²

Al lado de los contratos y de la ley, existe una tercera fuente complementaria de obligaciones que surge de los hechos jurídicos, que generan vínculos legales entre las personas, sin que para lograr el resultado concurre la voluntad específica o concreta de ellas. Ejemplos clásicos sería el nacimiento de una persona física, la mayoría de edad y, aún su muerte, y cuando esos sucesos se generaban de manera bilateral, se les reconocía por las leyes romanas como cuasi-contratos o cuasi-delitos, que por su semejanza con los contratos y delitos en estricto sentido significaba que, —aun estando ausente el factor fundamental de la expresión de la voluntad propia de los contratos— se acercaban tanto a ellos que las conductas que se ejecutaban no tenían la intención de crear obligaciones, pero tenían un resultado que así las determinaba, lo que propició que los jurisconsultos romanos las reglamentaran, considerando por ello que tales hechos jurídicos poseían una base ética, inspirada en los principios aristotélicos, que conjugan las convicciones del derecho natural con la equidad, de manera que permitían procurar una corrección al principio de la generalidad de la ley, lo que implicaba una justicia mejor que la legal, por considerar que la equidad se confundía con lo justo y que en consecuencia resultaba superior a ello por las consecuencias relevante

81. Cruz Parcerio, Juan Antonio.Óp.cit., p.91.

82. Ibid., p.91.

en el mundo del derecho. En síntesis, los llamados hechos jurídicos se clasificaban en: Hechos de orden estrictamente físicos y producto de la naturaleza y hechos que son producto de una conducta, más no de aquella en que se plasmará la voluntad para obtener determinados resultados en el mundo de lo jurídico, y que, siendo distintos a los contratos, imponían obligatoriedad, aun cuando estuvieran desprovistos del elemento voluntad.⁸³

Dentro del orden jurídico existe una figura con matices jurídicos abstracto, los llamados cuasi-delitos; los cuasi-delitos generaban obligaciones, porque si bien eran parecidos a los delitos, se diferencian de ellos porque en lugar de sancionar al culpable con una indemnización por haber obrado con intención dolosa, le castigaban por haber provocado un daño debido a su actitud culposa o imprudente. Las obligaciones que nacen de los actos ilícitos se basaban en diversas hipótesis casuísticas, convirtiéndolas en fórmulas normativas que pudieran aplicarse con posterioridad con relación a los cuasidelitos, incluyendo una responsabilidad objetiva que es el resultado de la llamada teoría del riesgo creado, y que a mejor comprensión se aludirá a algunos supuestos que ya precisaba el sistema romano:

a) Si un Juez hace un proceso suyo, no parece obligado precisamente por delito; si no que, como no lo está ni por delito ni por contrato y que sin embargo, ha faltado en alguna cosa, aunque sólo fuere por ignorancia, se dice que está obligado como por delito, y será condenado a la estimación de la cosa apreciada equitativamente por la religión del Juez.

b) Igualmente el que ocupa como propietario, ya gratuitamente una habitación desde donde se ha arrojado alguna cosa que ha causado perjuicio a otro, se reputa obligado como por delito; pues no puede decirse obligado por delito, porque las más de las veces se halla obligado por culpable otro, ya de su esclavo, ya de su hijo. Lo mismo sucede respecto del que en un camino público haya puesto o colgado algún objeto que al caer pudiese causar perjuicio a alguno, en este caso, se halla establecida una pena de diez sueldos de oro. Pero respecto de las cosas arrojada o esparcida, se halla establecida una acción que consiste en el doble del perjuicio causado; y si un hombre libre hubiese sido muerto, la pena sería de cincuenta sueldos de oro. Si no ha sido muerto, sino herido, se da acción por la suma que el Juez estime equitativa según el caso. En efecto, el Juez debe tener en cuenta los honorarios abonados al médico y demás gastos de la enfermedad, y además los trabajos que no ha podido desempeñar el herido o que no podrá desempeñar en adelante por consecuencia de la incapacidad a que haya sido reducido:

c) Por último, se consideró que el dueño de un navío o el de una posada o caballeriza, en razón del perjuicio o del robo cometido en el navío, o en la posada o en la caballeriza, se halla igualmente obligado como por delito, si no es él quien ha cometido el delito, sino alguno de los que se hallan empleados en el navío, en la posada o en la caballeriza. En efecto, como la acción establecida contra él no procede ni de un delito ni de un contrato, y es él quien hasta cierto punto ha cometido culpa, por haberse valido de hombres malos, se

83. Cruz Parvero, Juan Antonio.Óp.cit., p.91

le considera obligado como delito. Luego entonces el sistema romano incluía en las fórmulas del cuasi-delito, una responsabilidad objetiva que es el resultado de la llamada teoría del riesgo creado reiterándose que el resultado dañoso de la acción carece de una intención concreta. Esto es, el agente activo está privado de un subjetivismo y su intención no es la de producir consecuencias en el mundo del derecho porque si la intención se manifestara subjetivamente, es decir, que fuere evidente su intencionalidad, entonces habría otra clase de responsabilidad.⁸⁴

Sin embargo, si su conducta es sólo objetiva, y ésta a la vez —entraña un riesgo— que ha sido creado en sí y por sí mismo, de ella resultará que sus consecuencias le van a obligar aun cuando no se produzca ni como consecuencia de un delito ni como resultado de un contrato. Con ello, se comprenden las hipótesis recogidas por la legislación de Justiniano que en líneas anteriores se ha hecho mención, en las que el Juez hace un proceso suyo (que significa que deja de tener una función imparcial) y considera que quien comete una falta —aunque sólo fuese por ignorancia— resulta obligado; el dueño de navío, posada o caballeriza en el que ocurra un robo queda obligado por haberse valido de hombres malos, lo que entraña la responsabilidad objetiva; por lo anterior, a esta fuente de obligaciones se le llama Teoría de la Responsabilidad Objetiva o Teoría del Riesgo Creado.⁸⁵

Previamente al desarrollo del tema de la responsabilidad civil de que se trata, conviene precisar que por lo que hace a la responsabilidad, ésta resulta ser el género, la responsabilidad profesional la especie y la responsabilidad profesional médica es la sub-especie. En tales términos los médicos se encuentran sujetos a la observancia de diversas legislaciones a saber: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Ley General de Salud; Código Penal; Código Civil Federal; Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos; Normas Oficiales Mexicanas en materia de Salud; Ley General de Profesiones y Ley Federal de Responsabilidad de los Servidores Públicos, entre otros.⁸⁶

Los ordenamientos legales arriba citados, no son los únicos a observar por los médicos, pero sí los más sobresalientes en el ejercicio de su profesión, la cual requiere como en todas las profesiones que se cuente con un título profesional y en su caso certificación de especialización expedido y registrado por la autoridad educativa competente, tal como lo dispone el artículo 5 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5 Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal, que en su parte conducente requiere de la autorización de la Dirección General de Profesiones a fin de no incurrir en el delito de usurpación de funciones. Así entonces tenemos que en la práctica los médicos pueden ser sujetos de: A) Responsabilidad Administrativa, B) Responsabilidad Penal y C) Responsabilidad Civil. Si la conducta del médico se ve afectada por negligencia, impericia o imprudencia, éste deberá responder

84. Moreno Hernández, Moisés; Política Criminal y Reforma Penal, algunas bases para su democratización en México; (eds.) ius poenale; cepolcrim; primera edición; México 1999. p.p. 129-190, 278-310, 318-450

85. *Ibid.*, p. 130

86. *Ibid.*, p.131

por el ilícito penal mediante normas o sanciones represivas, o de normas o sanciones indemnizatorias establecidas como delitos en la ley penal anterior al hecho que se imputa, por ser ésta la única que puede sancionar penalmente, es decir, ante conductas consideradas como delito cuya concepción refiere el Código Penal Federal como “el acto u omisión que sancionan las leyes penales”. Si el incumplimiento fuere en el ámbito administrativo, será sancionado en los términos previstos por la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. En materia Civil, la manera de responder es mediante la reparación de daños y perjuicios y en nuestro sistema jurídico se considerará como tal, la necesidad de reparar los daños y perjuicios causados a otro, por un hecho ilícito o por la creación de un riesgo.⁸⁷

Se encuentra dentro de entre la responsabilidad médica en el ejercicio de la profesión, la de índole civil, conceptuándola como la necesidad de reparar los daños y perjuicios causados a otro por un hecho ilícito o por la creación de un riesgo. Por su parte, el Código Civil Federal conceptúa el daño como la pérdida o menoscabo sufrido en el patrimonio por la falta de cumplimiento de alguna obligación y, el mismo ordenamiento, considera como perjuicio la privación de cualquier ganancia lícita que debiera haberse obtenido por el cumplimiento de la obligación. El resarcimiento es la reparación del daño a cargo de quién lo produjo, así, entonces, este último concepto implica daños, perjuicios, lesiones personales y menoscabo de la propiedad. La indemnización es la reparación del daño proporcionada por el Estado u otro fondo establecido para tal fin. La responsabilidad civil tiene dos fuentes: la conducta jurídica culpable y dañosa conocida como el hecho ilícito y, el riesgo creado, que corresponde a la conducta lícita e inculpa de usar un objeto peligroso.⁸⁸

La responsabilidad civil objetiva o teoría del riesgo creado se encuentra prevista en el capítulo Quinto, que comprenden los artículos del 1910 al 1934 del Código Civil para el Distrito Federal bajo el rubro de las obligaciones que nacen de los actos ilícitos. Así, el primero de los preceptos aludidos establece que la conducta del que obrando ilícitamente o contra las buenas costumbres cause daño a otro, resulta obligado a repararlo, a menos que demuestre que el daño se produjo como consecuencia, culpa o negligencia inexcusable de la víctima. Este principio se encuentra relacionado íntimamente con lo previsto por el artículo 1913, cuya transcripción se hace necesaria, y que a la letra dice:

Artículo 1913: Cuando una persona hace uso de mecanismos, instrumentos, aparatos o sustancias peligrosas por sí mismos, por la velocidad que desarrollen, por su naturaleza explosiva o inflamable, por la energía de la corriente eléctrica que conduzcan o por otras causas análogas, está obligada a responder del daño que cause, aunque no obre ilícitamente, a no ser que demuestre que ese daño se produjo por culpa o negligencia inexcusable de la víctima. En caso que la conducta del médico en el ejercicio de su profesión se vea afectada por impericia, negligencia o imprudencia, es menester resaltar que el juzgamiento de la misma, puede ser ventilado ante la justicia penal, si se tratare de un delito y cuya sanción puede ir desde multa o inhabilitación y, en el

87 Moreno Hernández. Moisés. Óp.cit., p.133

88. Ibid., p.134.

peor de los casos, hasta la pena de privación de la libertad; o bien, en materia civil, al pago de daños y perjuicios; así entonces, el paciente en la reparación del daño que se le causó, podrá reclamar su derecho para este efecto en juicio que se ventile en la vía ordinaria civil, ante los tribunales del fuero común y de resultarle favorable la sentencia que se dicte, la hará efectiva incluso sobre los bienes del responsable. Si éste fuere servidor público en alguna institución de salud exigirá indemnización por parte del Estado. En ésta segunda hipótesis, el Estado sólo entra de manera subsidiaria a reparar el daño y no solidariamente, como en el caso de la conducta dolosa, toda vez que el médico responsable que tenga el carácter de servidor público tendrá que asumir el pago multiferido con su patrimonio y de ser insuficiente, subsidiariamente el Estado responderá en lo que faltare, ello atento a lo dispuesto por el artículo 1927 del ordenamiento antes referido. Cabe señalar que en tratándose de una conducta que implique también responsabilidad civil, la reparación del daño proveniente de un delito será demostrada dentro del propio procedimiento penal, en vía incidental; otra posibilidad para el paciente agraviado y para el caso de que el Ministerio Público decidiera el no-ejercicio de la acción penal o si el Juez dictara una sentencia absolutoria, podrá entonces recurrir a la vía Civil en los términos de la legislación correspondiente.⁸⁹

Al efecto deberá considerarse el contenido del artículo 1915 del Código Federal Civil que a la letra dispone:

Artículo 1915: La reparación del daño debe consistir a elección del ofendido en el restablecimiento de la situación anterior, cuando ello sea posible, o en el pago de daños y perjuicios. Cuando el daño se causa a las personas y produzca la muerte, incapacidad total permanente, parcial permanente, total temporal o parcial temporal, el grado de la reparación se determinará atendiendo a lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo. Para calcular la indemnización que corresponda se tomará como base el cuádruplo del salario mínimo diario que esté en vigor en el Distrito Federal y se extenderá al número de días que para cada una de las incapacidades mencionadas, señala la Ley General del Trabajo. En caso de muerte la indemnización corresponderá a los herederos de la víctima. Los créditos por indemnización cuando la víctima fuere asalariado son intransferibles y se cubrirán preferentemente en una sola exhibición salvo convenio entre las partes.

Las anteriores disposiciones se observarán en el caso del artículo 2647 de éste Código. Así, la Ley Federal del Trabajo proporciona los parámetros a considerar para la cuantificación de la indemnización atendiendo a la gravedad de la lesión causada. La responsabilidad de daños y perjuicios corresponde a los patrones y dueños de establecimientos mercantiles por los causados por sus obreros o dependientes en el ejercicio de sus funciones, pero esta responsabilidad cesa si se demuestra que en la comisión del daño no les es imputable alguna culpa o negligencia, hipótesis aplicable al caso de prestación de servicios hospitalarios que incluye el servicio profesional del médico.⁹⁰

89. Moreno Hernández, Moisés. Óp.cit., p.136.

90. Ibíd., p.137.

Por su parte, la responsabilidad civil objetiva por riesgo creado, se encuentra prevista por el artículo 1913 del Código Civil Federal anteriormente transcrito. Tal precepto legal se encuentra íntimamente ligado a la práctica profesional de los médicos, con lo dispuesto por el artículo 262 de la Ley General de Salud que indica lo que deberá entenderse por equipo médico, prótesis, órtesis y ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos y de curación y, productos higiénicos. Definido lo anterior, estamos en posibilidad de concretar. Así, ya relacionados los conceptos, se tiene que el médico durante el ejercicio de su profesión, necesariamente tendrá a su cargo el manejo tanto de instrumental médico como el de sustancias peligrosas, ejemplo de ellos sobran, pueden ser desde el simple uso de tijeras o bisturís, hasta la aplicación de sustancias que por sí solas implican un inminente peligro como lo pueden ser las anestésicas, que por menor que sea la cantidad aplicada conllevan peligrosidad. No se trata desde luego, en causar en los médicos una situación de terror que lo inhiba en el ejercicio del servicio que presta, nada de eso, sino simplemente en crearle conciencia legal de lo delicado y trascendental que puede ser el uso y manejo de las sustancias o instrumentos que le son necesarias para la obtención o recuperación de la salud de sus pacientes. Quizá la simple prescripción de un medicamento lo hace vulnerable a la responsabilidad civil, que comprende la teoría del riesgo creado, sin embargo, el tener vocación para ejercer tan honrosa profesión lo debe concientizar de las consecuencias legales que implica el error médico.⁹¹

La responsabilidad civil multicitada puede darse tanto en la conducta lícita como en la ilícita, pero el factor determinante para la obligación de resarcir, es el de la culpa. El elemento culpa implica, como ya se ha explicado, actuar con negligencia, impericia o imprudencia. Así, los litigios que han originado el reclamo de la responsabilidad civil del médico, se deben a situaciones que se hubieren podido prever de haberse tenido el cuidado necesario y el estricto cumplimiento a los requerimientos de un buen y oportuno diagnóstico, un historial clínico completo; la previsión para el caso de una intervención quirúrgica estrictamente necesaria para el paciente; la integración del cuerpo colegiado que en ella intervendrá; las eventualidades pre-operatorias y post-operatorias; los cuidados médicos que preceden a la intervención y la separación del médico-paciente en el momento oportuno en que se esté en condiciones propicias para ello; por ende conviene resaltar que en los casos litigiosos la negligencia es la falta médica más frecuente.⁹²

Sin embargo, en un procedimiento jurisdiccional es indispensable que la conducta que se le atribuya al médico que prestó el servicio sea probada mediante los elementos de convicción que la propia ley establece (prueba confesional, documentales públicas y privadas, pruebas testimoniales, etc.) con las que se acredite por parte del demandante el uso de un mecanismo peligroso, que se causó un daño, que haya una relación de causa efecto entre el hecho y el daño y que no exista culpa inexcusable de la víctima, elementos indispensables para la procedencia de la acción de responsabilidad civil que

91. Moreno Hernández. Moisés. *Óp.cit.*, p.140

92. *Ibid.*, p.144.

nos ocupa. Debe ponderarse que en esta clase de litigios la importancia de la prueba pericial médica de la especialidad causante del daño es trascendental, puesto que se presume la pericia del médico en la práctica de la medicina. En resumen, los errores médicos tanto en tratamientos farmacológicos como quirúrgicos, deben estar acreditados durante el procedimiento civil correspondiente y que concluye, bien en una sentencia condenatoria (que ordene al responsable el pago de daños y perjuicios, así como las demás prestaciones que se reclaman en la demanda), o en una sentencia absolutoria que exima al médico de las pretensiones del actor o de sus familiares para el caso de muerte del paciente. Es menester resaltar que la sentencia condenatoria deberá contener un pronunciamiento que detalle tanto la calificación de la conducta del responsable como las leyes, reglamentos y/o normas que infringió el médico y/o la institución de salud, para el caso de que éste sea servidor público.⁹³

Los conceptos legales de daños y perjuicios ya fueron mencionados en líneas anteriores y para entender el daño moral deberá de estarse a la concepción que de él hace el artículo 1916 del Código Civil Federal, que a la letra dispone:

Artículo 1916: Por daño moral se entiende la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás. Se presumirá que hubo daño moral cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la integridad física o psíquica de las personas. Cuando un hecho u omisión ilícitos produzcan un daño moral, el responsable del mismo tendrá la obligación de repararlo mediante una indemnización en dinero con independencia de que se haya causado daño material tanto en responsabilidad contractual como extracontractual. Igual obligación de reparar el daño moral tendrá quien incurra en responsabilidad objetiva conforme al artículo 1913, así como el Estado y sus servidores públicos, conforme el artículo 1927 y 1928 todos ellos del presente código. La acción de reparación no es transmisible a terceros por actos entre vivos y sólo pasa a los herederos de la víctima cuando ésta haya intentado la acción en vida. El monto de la indemnización lo determinará el juez tomando en cuenta los derechos lesionados, el grado de responsabilidad, la situación económica del responsable y el de la víctima, así como las demás circunstancias del caso. Cuando el daño moral haya afectado a la víctima en su decoro, honor, reputación o consideración, el juez ordenará a petición de ésta y con cargo al responsable la publicación de un extracto de la sentencia que refleje adecuadamente la naturaleza y alcance de la misma a través de los medios informativos que considere convenientes.

En los casos en que un daño derive de un acto que haya tenido difusión en los medios informativos el juez ordenará que los mismos den publicidad al extracto de la sentencia con la misma relevancia que haya tenido la difusión original. La clase de daño que precisa el precepto legal transcrito, es esencialmente extra patrimonial y por su naturaleza es independiente del concepto que se tiene del daño patrimonial. Ambos difieren substancialmente, puesto que el primero

93. Moreno Hernández, Moisés. Óp.cit., p.145

comprende cuestiones de índole material mientras que el segundo se refiere al daño que se ha causado en el honor, decoro, sentimientos, afectos, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos o en la consideración que de sí misma tienen los demás, lo que equivale al agravio que se puede sufrir en el patrimonio moral y de ello el bien jurídico lesionado y la clase de daño que se causó. La responsabilidad civil tiene como presupuestos esenciales la existencia de un daño, pero se refiere al patrimonial, en tanto que el daño moral se refiere a bienes extra patrimoniales o inmateriales como son el honor, sentimientos, afectos, reputación, etc. y que son bienes que no pueden ser tasables o evaluables en dinero y por la naturaleza distinta a la patrimonial, el daño causado es en el ámbito de lo moral por ser derechos de la personalidad (subjetivos) y si bien, no se cuantifican de manera pecuniaria, ello no impide que jurídicamente sea posible que la reparación se dé a título de satisfacción por el dolor moral, sin que esto implique que lo atenúe o desaparezca. Sin embargo, el sujeto que cause el daño moral no debe quedar impune, de tal manera que en el agravio sufrido, si bien no existe la reparación natural o perfecta, sí cumple con una función satisfactoria aunque no sea restitutoria. En muchos de los casos en que se afecta el patrimonio moral de una persona el daño puede tener un reflejo o consecuencia en su esfera patrimonial. Se menciona el siguiente ejemplo: una madre que ha sufrido la muerte de un hijo como consecuencia de una operación quirúrgica practicada con negligencia médica, nunca podrá lograr superar el sufrimiento que constituye un ataque a su afección íntima, como atributo de la personalidad digna de protección, pero sí tendrá cierta compensación con el pago de alguna suma de dinero por parte del médico responsable, con la satisfacción de saber que la persona que causó la muerte de su ser querido no ha quedado impune, ello con independencia que en su caso, reciba también sanciones de índole penal y/o administrativo, si fuere servidor público.⁹⁴

Así, la obligación de reparar el daño moral como consecuencia de la responsabilidad civil que se encuentra prevista en el Código Civil vigente, y cuyos conceptos han quedado precisados en líneas anteriores, corresponde tanto en la responsabilidad contractual como en la extracontractual y aún del Estado cuando el servidor público no tenga bienes o los que tenga sean insuficientes, en conductas que importen actos ilícitos dolosos o culposos según sea el caso. Es importante precisar que en los daños y perjuicios causados por sirvientes, empleados, funcionarios y operativos, se puede repetir (recuperar) lo que se hubiere pagado, esa obligación cesa si se demuestra que en la comisión del daño no se les puede imputar alguna culpa o negligencia. La Ley dispone adicionalmente que la acción de reparación no sea transmisible a terceros por actos entre vivos y sólo pasa a los herederos de la víctima cuando ésta haya intentado la acción en vida.⁹⁵

El monto de la indemnización por daño moral será determinada por un Juez, tomando en cuenta los derechos lesionados (honor, reputación, sentimientos de inferioridad que provoca una desfiguración o detrimento del aspecto físico, etc.); el grado de responsabilidad —equivale a la consecuencia que se dio con la negligencia, impericia o imprudencia— la situación económica del responsa-

94. Moreno Hernández, Moisés. *Óp.cit.*, p.147.

95. *Ibid.*, p.148.

ble y la situación económica de la víctima, en éstos dos últimos rubros, ha de resaltarse el hecho de que no se trata de cambiar radicalmente la situación económica, ni del que causó el daño, ni del que lo recibió, sino de que el responsable asuma como consecuencia de su mal actuar un detrimento en su patrimonio y aumento o mejoramiento del mismo del que lo sufrió. El último de los aspectos a considerar por el juzgador será, el de tomar en cuenta las demás circunstancias del caso, que equivale a analizar los acontecimientos que se dieron al producirse el daño moral.⁹⁶

Cuando el daño moral haya afectado a la víctima en su decoro, honor, reputación o consideración, el Juez ordenará a petición de la víctima y a cargo del responsable, la publicación de un extracto de la sentencia que refleje la naturaleza y alcance de la misma, a través de los medios informativos que considere conveniente y para el caso de que el daño derive de un acto que haya tenido gran difusión, el Juez ordenará la publicidad del extracto de la sentencia.⁹⁷

Asimismo, la Legislación Civil se ocupa de exentar la obligación de reparar el daño moral a quien ejerza sus derechos de opinión, crítica, expresión e información indicando los preceptos constitucionales que los limita. Conviene precisar que el daño moral si bien se da en el ámbito de lo subjetivo, debe ser probado a través de elementos de carácter objetivo como lo son las diversas pruebas que la Ley reconoce y a las que con anterioridad hemos hecho alusión, ponderándose lo importante que reviste la prueba pericial en los juicios de daño moral. Ha de resaltarse que la legislación civil, se ocupa de reglas y excepciones que deben aplicarse en esta clase de responsabilidad. Finalmente, siendo el propósito del presente trabajo el de dar al médico una visión general de lo que comprende el aspecto legal de una de las responsabilidades del médico en el ejercicio de su profesión, se impone la necesidad de otorgar a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico el actual cambio de su naturaleza jurídica para transformarla en Organismo Público Descentralizado. De ponderarse viable esa opción, las reformas y adiciones legales permitirían que los laudos y convenios que emita, tengan carácter de títulos que traen aparejada ejecución, cuya ventaja radica en que como documento base de la acción se acompaña al escrito inicial de demanda y de cumplirse los requisitos legales se dicte de inmediato auto para que en el momento mismo de la diligencia de emplazamiento al demandado se le requiera el pago de la cantidad que ordene el laudo médico y no haciéndose se proceda al embargo de bienes propiedad del responsable.⁹⁸

1.3.2.-Responsabilidad Penal.

Es la obligación de responder de los delitos que se llegaren a producir con motivo del ejercicio profesional. Definiendo al delito como la acción u omisión que sancionan las leyes penales y se clasifican en dolosos o intencionales y culposos o imprudenciales.⁹⁹

96. Moreno Hernández. Moisés. Óp.cit., p.150.

97. *Ibid.*, p.153

98. *Ibid.*, p.154.

99. Fernando Guzmán Mora .La práctica de la Medicina y la Ley., Eduardo Franco Delgadillo, Diego Andrés Rossellis Cock (eds) 1999, Medellín. p.p 20-60

Se entiende por delito doloso el obrar intencionalmente, conociendo que se está cometiendo un hecho ilícito y aceptando el resultado prohibido por la ley, mientras que el delito imprudencial es cuando se actúa incumpliendo un deber de cuidado, que las circunstancias y condiciones personales le imponen. El delito de responsabilidad profesional no es exclusivo de la profesión médica, tampoco es un delito autónomo, de hecho se trata de un agravante. En efecto, debe existir un delito cometido en el ejercicio de las actividades profesionales (lesiones, homicidio, omisión de auxilio médico, etc.).¹⁰⁰

El Código Penal Federal, establece como sanciones, además de las específicas para el delito principal, la suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia y la obligación de reparar el daño.¹⁰¹

La propia legislación penal establece como circunstancias excluyentes de responsabilidad entre otras:

- Obrar por la necesidad de salvaguardar un bien jurídico propio o ajeno de un peligro real, actual o inminente, no ocasionado intencionalmente ni por grave imprudencia, siempre que no exista otro medio practicable y menos perjudicial a su alcance.¹⁰²

En el caso de la profesión médica el bien jurídico que se pretende salvaguardar es la preservación de la vida humana así como la protección de la salud. Por ejemplo la prestación de un servicio de urgencias, entendiéndose por urgencia la alteración en la salud que requiera un procedimiento médico o quirúrgico por estar en peligro la vida, la función o la integridad de un miembro, segmento corporal o de un órgano. En este caso, aun cuando se actúe sin la autorización de un paciente, se impone el deber jurídico de proteger su integridad personal e incluso su vida.¹⁰³

- Obrar en forma legítima, en cumplimiento de un deber jurídico o en ejercicio de un derecho. A manera de ejemplo, cuando se notifica a la autoridad ministerial de las lesiones que presenta un paciente, no se está revelando el secreto profesional, pues existe el deber jurídico de la notificación obligatoria y por ende no se estaría ante el delito de revelación de secretos.¹⁰⁴

- Causar un daño por mero accidente, sin intención ni imprudencia alguna, ejecutando un hecho lícito con todas las precauciones debidas. En estos casos, habitualmente, se trata de riesgos inherentes a los procedimientos médicos, que se actualizan pese a adoptar las maniobras de seguridad descritas en la literatura médica.¹⁰⁵

100. Fernando Guzmán Mora. Óp.cit., p.22.

101. Ibid., p.22.

102. Ibid., p.22

103. Ibid., p.22.

104. Ibid., p.22.

105. Ibid., p.23

En la imposición de una sanción penal se debe ponderar la naturaleza de la acción u omisión, la extensión del daño, el peligro al que fue expuesto, las condiciones especiales en el momento de la comisión del delito, la mayor o menor facilidad de prever y evitar el daño que resultó, entre otros factores.¹⁰⁶

En la peritación médica, tanto civil como penal, se deberá establecer si el prestador de servicios se ajustó a la *lex artis* médica (el conjunto de los conocimientos científicos y técnicos, de procedimientos y reglas generales de la profesión médica, vigentes al momento de la atención), es decir si se atendieron las obligaciones de medios, seguridad y resultados, en su caso, y determinar la circunstancias de modo, tiempo y lugar en que se prestó el servicio.¹⁰⁷

1.3.3.-Derechos de Humanidad.

Los derechos de humanidad son las garantías que tiene el gobernado aprobadas en el ámbito internacional, siempre y cuando no contravengan nuestra carta magna, por ello, cualquier acto de autoridad debe respetar la esfera jurídica mínima de los individuos. Entre ellos, se encuentran los relacionados a la parte físico somática del individuo: derecho a la protección y conservación de la vida, a la libertad, a la integridad física, a las relacionadas con la disposición del cuerpo humano, etc.¹⁰⁸

El hombre es persona jurídica por el hecho de existir y como persona tiene una serie de derechos. Entre las garantías de libertad de la persona humana se encuentra la libertad de procreación, para el trabajo, de tránsito, la abolición de la pena de muerte, etc. y entre los derechos de la persona social, el derecho de petición de acuerdo escrito de la autoridad, de la irretroactividad de la ley, a la legalidad, principio de autoridad competente, mandamiento judicial escrito, fundado y motivado para poder ser molestado en la persona, familia, domicilio, papeles o posesiones, etc.¹⁰⁹

El artículo 102 de la Constitución crea la Comisión Nacional de Derechos Humanos que está facultada para conocer de quejas relacionadas con presuntas violaciones a los derechos humanos, cuando éstas fueren imputadas a autoridades y servidores públicos de carácter federal, excepto los del Poder Judicial de la Federación y las Comisiones Estatales que tienen competencia cuando se tratan de autoridades locales.¹¹⁰

Además de esta facultad tendrá que realizar la investigación a petición de parte o de oficio en los casos de omisiones o actos de las autoridades administrativas de carácter federal, cuando los particulares o algún otro agente social cometan ilícitos con la tolerancia o anuencia de algún servidor público o autoridad, o bien cuando estos últimos se nieguen infundadamente a ejercer las atribuciones que legalmente les corresponden en relación dichos ilícitos, particularmente en tratándose de conductas que afecten la integridad física de las personal, formular recomendaciones públicas autónomas y denuncias y quejas ante las autoridades respectivas, conocer y decidir las inconformidades que se presenten respecto de las recomendaciones y acuerdos de los organis-

106. Fernando Guzmán Mora. *Óp.cit.*, p.25.

107. *Ibid.*, p.26.

108. Villalpando, Waldo. "La cuestión de los derechos humanos con especial referencia a América Latina". *Defensa de los Derechos Humanos*, Ed. Tierra Nueva, Buenos Aires, 1976, p.p.12-53, 60-130

109. *Ibid.*, p. 20.

110. *Ibid.*, p.22.

mos de derechos humanos de las entidades federativas, conocer y decidir las inconformidades por omisiones en que incurran los organismos de derechos humanos locales, procurar la conciliación entre los quejosos y las autoridades señaladas como responsables, así como la inmediata solución de un conflicto planteado, impulsar la observancia de los derechos humanos del país, entre otras.¹¹¹

Solo pueden admitirse o conocerse quejas o inconformidades contra actos u omisiones de autoridades judiciales cuando tengan carácter administrativo.¹¹²

Cualquier persona podrá denunciar presuntas violaciones a los derechos humanos y presentar directamente o por representante las quejas correspondientes, ésta sólo podrá presentarse dentro del plazo de un año, a partir de que se hubiera iniciado la ejecución de los hechos que se estimen violatorios, o de que el quejoso hubiere tenido conocimiento de los mismos, en casos excepcionales el plazo puede ser ampliado. La Comisión tendrá que orientar a los comparecientes sobre el contenido de su queja o reclamación; en el caso de que no se identifique plenamente al responsable la instancia se admite bajo reserva de identificación posterior.¹¹³

Al admitir la queja se solicitará a la autoridad señalada como responsable de la presunta violación presente un informe y la documentación que lo apoye, pudiendo practicar visitas e inspecciones, nombrar peritos y citar testigos. Una vez concluida la investigación se emitirá una recomendación, en su caso, y si procede se dará la asesoría correspondiente para que denuncie los hechos ante la autoridad correspondiente y se siga un procedimiento civil, penal o administrativo.¹¹⁴

Como ya se ha mencionado se considera violación a los derechos humanos cuando se trata de actos u omisiones de servidores públicos, por lo que todos los médicos que laboren en instituciones gubernamentales serán considerados como tales y podrán ser sujetos de investigación por este tipo de violaciones con independencia de que se siga un procedimiento ante una autoridad ministerial o judicial.¹¹⁵

1.3.4.-Lesiones y Homicidio.

Concepto jurídico de lesión: Toda alteración de la salud producida por una causa externa que deje huella material en el organismo.¹¹⁶

Concepto médico de lesión según la O.M.S.: Es toda alteración en la salud.¹¹⁷

Diferencias conceptuales:

- a. Causa externa que excluye los procesos patológicos inherentes al individuo.
- b. Huella material en el organismo, es decir que pueda ser demostrable y cuantificable.

111. Villalpando, Waldo. Óp.cit., p.25.

112. Ibid., p. 26.

113. Ibid., p.27.

114. Ibid., p.27.

115. Ibid., p.28.

116. Muñoz Conde, Francisco y Mercedes García Arán; Derecho Penal parte general cuarta edición; (eds.) tiránt lo blanch libros; p.p 223.

117. Ibid., p. 223

Para la clasificación de las lesiones la legislación penal establece los siguientes criterios: Gravedad, tiempo de sanidad y evaluación de consecuencias irreversibles. El criterio de gravedad está basado en la existencia o no de peligro de pérdida de la vida del lesionado. Para que pueda clasificarse que existe este peligro debe ser real, teniendo que ser además actual (que esté presente en el momento de la clasificación) o inminente (que por el estado general del paciente no pueda evitarse este peligro). El criterio de tiempo de sanidad evalúa, en aquellas personas en que no se ha puesto en peligro su vida, el tiempo que llevará para obtener una recuperación completa. Se les divide en aquellas que tardan en sanar más de quince días y las que tardan en sanar menos de quince días (hasta la restitución integral de la función). El criterio de evaluación de consecuencias irreversibles toma en cuenta las secuelas que deja una lesión, es decir que la víctima podrá tener alguna alteración estética o funcional.¹¹⁸

Criterio estético.- tomará en cuenta aquellas alteraciones que específicamente se encuentran en la cara y se requiere que sean perpetuamente notables en parte visible de la cara; y las alteraciones que se presenten en alguna otra parte del cuerpo que dejan como secuela una deformidad incorregible.¹¹⁹

Criterio funcional. Establece la disminución o pérdida de cualquier función corporal, pudiendo ser somática o mental. Cabe aclarar que se refiere a funciones, por ello, si se trata de órganos pares o en los que se pueda suplir su función únicamente se tratará de disminución (ejemplo. ojos, paratiroides, etc.). Es necesario señalar que el médico al clasificar nunca deberá mencionar el artículo del Código Penal al que corresponda la lesión, toda vez que es función del Ministerio Público y la autoridad judicial la calificación de las lesiones. Las lesiones se clasifican como mortales cuando 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 por la misma lesión y que no pudo combatirse, por ser incurable o por no tenerse al alcance los recursos necesarios.¹²⁰

No se tendrá como mortal una lesión cuando la muerte sea resultado de una causa anterior a la lesión y sobre la cual ésta no haya influido, o cuando la lesión se hubiere agravado por causas posteriores, como excesos o imprudencias del paciente o de los que lo rodearon. Si se ha considerado como mortal una lesión no importa que se determine que la muerte se habría evitado con auxilios oportunos, que no habría sido mortal en otra persona o que fue a causa de la constitución física de la víctima o de las circunstancias en que recibió la lesión.¹²¹

Homicidio

Algunos artículos del Código penal Federal.

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

118. Muñoz Conde. Óp.cit, p.223

119. Ibid., p.223.

120. Ibid., p.223.

121. Ibid., p.223.

Artículo 304. Se tendrá como mortal una lesión, aunque se pruebe:

- I. Que se habría evitado la muerte con auxilios oportunos;
- II. Que la lesión no habría sido mortal en otra persona, y
- III. Que fue a causa de la constitución física de la víctima, o de las circunstancias en que recibió la lesión.

Artículo 305. No se tendrá como mortal una lesión, aunque muera el que la recibió: cuando la muerte sea resultado de una causa anterior a la lesión y sobre la cual ésta no haya influido, o cuando la lesión se hubiere agravado por causas posteriores, como la aplicación de medicamentos positivamente nocivos, operaciones quirúrgicas desgraciadas, excesos o imprudencias del paciente o de los que lo rodearon.

Artículo 307. Al responsable de cualquier homicidio simple intencional que no tenga prevista una sanción especial en este Código, se le impondrán de doce a veinticuatro años de prisión.

Artículo 315. Se entiende que las lesiones y el homicidio, son calificados, cuando se cometen con premeditación, con ventaja, con alevosía o a traición. Hay premeditación: siempre que el reo cause intencionalmente una lesión, después de haber reflexionado sobre el delito que va a cometer.

Se presumirá que existe premeditación cuando las lesiones o el homicidio se cometan por inundación, incendio, minas, bombas o explosivos; por medio de venenos o cualquiera otra sustancia nociva a la salud, contagio venéreo, asfixia o enervantes o por retribución dada o prometida; por tormento, motivos depravados o brutal ferocidad.¹²²

El homicidio tiene cinco clasificaciones generales atendiendo el elemento subjetivo del agente:

- [Homicidio doloso](#): cuando exista la intención positiva de inferir la muerte a la víctima. Es decir, que el sujeto activo tiene la capacidad de querer y entender las consecuencias de su conducta y producir el resultado de muerte.¹²³
- [Homicidio involuntario](#), también llamado homicidio culposo o negligente: cuando se conoce el posible resultado de muerte y sin embargo se cree poder evitarlo, pero falla y ésta se produce. También se presenta cuando definitivamente se ignora dicho resultado, pero de igual forma se mata. La punibilidad en este caso surge amparada por el deber que toda persona tiene de abstenerse de causar daño a otra, y las acciones carentes de intención y omisiones que conlleven a la muerte serán susceptibles de juzgarse conforme a las leyes penales.¹²⁴

122. Moreno Hernández, Moisés revista de Política Criminal y Ciencias Penales; Agosto 1999; número especial 1; los elementos del tipo penal y de la responsabilidad en la legislación mexicana. P.28-35

123. *Ibid.*, p.29

124. *Ibid.*, p. 29

- [Homicidio preterintencional](#): hace mención al desbordamiento de las intenciones del causante, en las que primitivamente se quiso dañar, pero que desafortunadamente resultó matándolo. Por ejemplo, si se desea simplemente golpear a alguien para causarle unas magulladuras, y se termina matándolo. Se ha afirmado que el homicidio preterintencional es un punto medio entre el dolo y la culpa; dolo frente a la acción y culpa frente al resultado.¹²⁵
- [Homicidio simple](#): aquél que se comete a falta de las cuatro agravantes, que son premeditación, alevosía, ventaja y traición.¹²⁶
- [Homicidio calificado](#); la calificación de los homicidios se subdivide en:
 - Calificación por agravación o agravado: en aquellas circunstancias que harán más extensa la sanción penal:
 - a) En razón del vínculo entre el autor y la víctima: [parricidio](#).¹²⁷
 - b) En razón del modo elegido por el autor para cometerlo
 - Alevosía.
 - Ensañamiento.
 - Sevicias graves.
 - Veneno.
 - c) En razón de la causa:
 - Por pago o promesa remuneratoria.
 - Homicidio críminis causa.
 - d) Cometido con un medio idóneo para crear un peligro común: (incendio, inundación, descarrilamiento, etc.)¹²⁸
 - e) En razón de la cantidad de personas.
 - Calificado por atenuación o atenuado:
 - a) Homicidio cometido bajo emoción violenta u homicidio emocional.
 - b) Homicidio preterintencional.

125. Moreno Hernández, Óp.cit., p30.

126. Ibíd., p.30 127.Ibíd., p.31

127. Ibíd., p.32.

128. Ibíd., p.33.

II. EL ACTO MEDICO.

Uno de los conceptos de mayor importancia y de mayor problematidad para el Derecho Sanitario (la disciplina jurídica especial que define las relaciones entre los usuarios o pacientes y los sistemas nacionales de salud) ha sido el de acto médico.¹²⁹

En ese contexto, en el ámbito doctrinario se han esbozado diversas definiciones 2 entre ellas destaca la aportada por José Caballero quien lo define de la siguiente manera:

"Conjunto de acciones que recibe el usuario o paciente en los servicios de salud, las cuales tienen como objeto la recuperación del paciente y son realizadas por un profesional de la salud"¹³⁰

Si bien típicamente lo realiza el médico, también puede ser realizado por otro tipo de profesional de la salud llámese odontólogo, obstetra, enfermera, técnico, etc.". En el derecho mexicano, la referencia normativa por antonomasia la encontramos en el artículo 32 de la Ley General de Salud: "Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud." Siguiendo el criterio anterior, la legislación mexicana es la que por primera vez en el ámbito de la legislación comparada ha definido qué ha de entenderse por acto médico, pues se trata de un acto jurídico sui generis , así el anteproyecto de Reglamento general de atención médica de los Estados Unidos Mexicanos lo define de la siguiente manera: "Toda clase de examen, intervención, tratamiento e investigación de un paciente o razonamiento clínico, con fines de protección a la salud e incluye actos de prevención, diagnóstico, prescripción, recomendación terapéutica y rehabilitación, llevados a cabo por personal de salud o bajo su responsabilidad. En razón de lo anterior, no se considerará por su naturaleza acto mercantil."¹³¹

2.1.-Relación Médico Paciente.

Las relaciones interpersonales pueden ser de distintos tipos, algunas de carácter superficial y otras de mayor complejidad, como la que tiene lugar entre el médico y su paciente, en la cual el médico en su condición de profesional debe estar dispuesto a brindar su ayuda en forma humanitaria y sensible, pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica. Esta relación ha existido desde los albores de la historia y ha ido variando de acuerdo con los cambios que ha experimentado a través de los tiempos la conciencia entre los hombres, desde la mentalidad mágica dominante en las sociedades primitivas hasta la mentalidad técnica que prevalece en los tiempos actuales.¹³²

129. Marco Herrera El acto médico y el derecho sanitario. Memoria del Noveno Simposio CONAMED. Revista CONAMED. Vol. 10, No. 1, enero-marzo, 2005.p.p. 25-32.

130. Ibid., p.28

131. Ibid., p.30

132. Piwoka, A. (1983), Saber bien para hacer bien. Puerto Rico. Editorial de la OPS. p.p 149-201

Las características del médico en esta interrelación las resumió Hipócrates hace más de 2000 años cuando consideró que el médico debía reunir cuatro cualidades fundamentales: conocimientos, sabiduría, humanidad y probidad.¹³³

Estas condiciones quedan bien reflejadas en los tres parámetros establecidos por Pedro Lain Entralgo:

1. Saber ponerse en el lugar del otro.
2. Sentir como él o ella.
3. Disponerse a ayudarle cuando enfrenta dificultades.

De acuerdo con esta introducción se puede definir la relación médico-paciente (RMP) como una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud.¹³⁴

Difícilmente esta relación humanitaria puede estar presente si el médico no establece con el enfermo una relación temporal, psicológica, manual, profunda, solidaria y profesional. Jamás pudiera ser una relación interpersonal a través de aparatos, porque tiene que desarrollarse en un contexto humano.¹³⁵

La RMP pueden ser clasificada de diferentes formas pero la más utilizada por su sentido práctico es aquella que establece tres formas distintas.¹³⁶

1. Relación activo-pasiva.
2. Relación de cooperación guiada.
3. Relación de participación mutua.

La relación activo-pasiva es aquella que se establece con enfermos en estado de coma, o que se encuentran en una situación que no les permite establecer una relación más participativa, como es el caso del paciente con un edema agudo del pulmón.¹³⁷

La relación cooperativa guiada es la que se establece con pacientes que están en condiciones de cooperar en su diagnóstico y tratamiento, como ocurre en algunas enfermedades agudas (neumonía, por ejemplo) y crónicas como la hipertensión arterial. La relación de participación mutua, no sólo contempla el cumplimiento del tratamiento, sino el control en discusión frontal de situaciones y actitudes relacionadas con la causa y evolución de la enfermedad.¹³⁸

133 Piwoka, A. Óp.cit. p.143

134. *Ibid.*, p. 143.

135. *Ibid.*, p.144

136. *Ibid.*, p.144

137. *Ibid.*, p.145

138. *Ibid.*, p.145

Estos son algunos aspectos relevantes de la relación médico paciente:

El médico debe estar consciente que su relación profesional interpersonal con el paciente debe estar caracterizada por:

- El respeto que inspira su investidura técnica en una profesión de alto contenido social.
- La expectativa por parte de la población de que manifieste un comportamiento adecuado a su alta responsabilidad.
- Su condición de piedra angular en la prestación de un servicio de gran significación humana como es promover o restablecer la salud.
- Demandar una constante disposición a la relación de ayuda sin aspiración de reciprocidad.
- Requerir del facultativo el planeamiento cuidadoso de cada una de sus acciones para evitar errores de grandes potencialidades iatrogénicas.

Resulta de suma importancia en la RMP tener en cuenta las características personales del médico y del paciente. Por parte del médico, es fundamental que conozca su carácter, sus debilidades, su nivel de información, hasta donde puede manejar una situación determinada y cuando debe recurrir a otro colega. Debe tomar en cuenta el gran significado profesional de su prestigio científico y social.¹³⁹

Otros aspectos a tener en cuenta en esta relación son los objetivos que persiguen el paciente, el estado afectivo de ambos y la posición de cada uno. El médico como profesional por lo general es ubicado por el paciente en una posición de superioridad, por lo que el médico debe con su actuación equilibrar esta situación. Otro aspecto fundamental en la RMP lo constituyen las vías de comunicación. Esta comunicación puede ser: verbal por medio de la palabra, la extra verbal por medio de gestos, expresiones faciales, el tacto, sobre todo al realizar el examen físico y por último el instrumental utilizado como complemento.¹⁴⁰

El Dr. Ricardo González propone diferentes etapas en el curso de la entrevista médica, utilizando como modelo el encuentro en la consulta externa que puede ser extrapolada a cualquier otro sitio donde se realice la primera relación médico-paciente, con las variantes que requiere cada sitio (hospital, hogar, entre otros).¹⁴¹

139 Piwoka, A. Óp.cit., p. 160.

140. Ibid., p. 162.

141. Ibid.p.163

Estas etapas son las siguientes:

- **Recepción.** Esta etapa, no utilizada con frecuencia, alcanza una extraordinaria significación, si se tiene en cuenta la angustia e inseguridad con la cual acude el paciente a este primer encuentro.
- **Identificación.** La toma de los datos de identidad conducida hábilmente permiten conocer elementos muy útiles sobre la personalidad del paciente y características socio demográficos.
- **Interrogatorio.** Esta es la etapa más importante de la RMP. El interrogatorio constituye uno de los aspectos más difíciles de la historia clínica y el que requiere más tiempo, capacidad y dedicación. Inicialmente el paciente expresará libremente su sintomatología sin interrumpirlo, salvo que se salga del hilo conductor, y siempre hacerlo con suavidad y delicadeza. En una segunda parte ya corresponde al médico precisar las características de cada síntoma y ordenarlos cronológicamente.

En varias investigaciones realizadas por distintos autores donde se exploran las deficiencias cometidas por médicos residentes y estudiantes de medicina se exponen los múltiples errores que se cometen en los distintos aspectos del interrogatorio.¹⁴²

- **Examen físico.** Si bien el interrogatorio resulta la etapa que requiere mayor tiempo y dedicación, el examen físico resulta también de suma importancia. Debe tener un orden sistemático, en privacidad, respetar el pudor del enfermo y por supuesto, dedicar el mayor tiempo al aparato u órgano que se sospeche sea el más afectado, sin dejar de examinar el resto de los sistemas.
- **Investigaciones complementarias.** Es deber del médico explicar las investigaciones a realizar y en caso de posibles riesgos pedir su consentimiento. Igualmente al comunicar sus resultados debe cuidar de sus manifestaciones verbales y extra verbales que pueden ocasionar iatrogenia.
- **Información final.** El último paso, que no por ser el último deja de ser importante, lo constituye la información al final de la consulta en el paciente ambulatorio y la reunión al alta en el caso del ingresado, donde debe explicarse con detalle cual es el diagnóstico, tratamiento y el seguimiento evolutivo.

Tanto la información insuficiente como su exageración pueden ser causa de iatrogenia. Es importante recordar que uno de los objetivos del paciente es saber que tiene y cuál es su pronóstico.¹⁴³

142. Piwoka, A. Óp.cit., p.171.

143. *Ibid.*, p.172

Este es un aspecto muy delicado que el médico tiene que manejar con mucho y tacto, teniendo en cuenta el tipo de enfermedad y la personalidad del paciente y hasta donde se puede llegar en la información.¹⁴⁴

En la actualidad la RMP (relación médico paciente) es muy diferente a la que tenía lugar a principios del siglo XX, donde existían profundos vínculos afectivos entre el médico generalista de aquella época y sus pacientes y familiares, lo cual lo convertía en un verdadero líder en la comunidad donde ejercía. Hoy existen varias condiciones diferentes que han repercutido negativamente en esta relación, entre ellas, la política neoliberal imperante en muchos países en que el estado reduce la salud pública, entregándola a consorcios privados que introducen la comercialización en la atención médica. Esta situación ha convertido al paciente en un “comprador”, en un cliente con exigencias, y a los médicos en verdaderos “vendedores”; de benefactor tradicional se ha convertido prácticamente en un enemigo del paciente y de la familia. Esta situación ha afectado profundamente la RMP, incrementando los errores médicos, violando los principios de la ética médica y facilitando la participación de abogados especializados en reclamaciones.¹⁴⁵

Otra condición que está interfiriendo negativamente sobre la RMP es el desarrollo tecnológico ocurrido en las últimas décadas, que ha distorsionado el ejercicio de la medicina con la falsa idea de que los nuevos recursos diagnósticos y terapéuticos pueden sustituir el método clínico. Todos estos avances técnicos (la biotecnología, la inmunología molecular, la ingeniería genética, la imagenología) son de suma utilidad y de gran ayuda en el diagnóstico y tratamiento, pero nunca son ni serán sustitutos del método científico. Esta tecnificación moderna con su endiosamiento, promovida por intereses económicos está distorsionando por completo la RMP en sus aspectos fundamentales, a tal punto que algunos autores plantean que ya no es buena ni mala, sino que simplemente ha dejado de existir. Toda esta situación ha ido cambiando la habilidad de diagnosticar por la realización de procedimientos y técnicas no siempre necesarias, creando frustración y encono.¹⁴⁶

En el libro del Dr. Miguel A. Moreno aparece una escalofriante cita de Castillo del Pino: “Médico es aquel que sabe aplicar las tecnologías. Paciente es al que se le aplican las tecnologías”. El médico no ha sido ni es un científico, sino un técnico que sólo se limita a aplicar un conocimiento y que sólo tiene la obligación con los enfermos de ser cortés, pero no humano. Deshumanización justificada, no es más que el precio de la actual eficacia médica. El paciente debe aceptar que lo único que puede pedir es que lo curen, no que lo quieran ya que no son ni deben ser más que funcionarios del sistema productivo, manipuladores calificados de una tecnología sofisticada y altamente eficaz que ni tienen tiempo ni saben descender a la demanda de la humanización, demanda que el Estado ha delegado en otros especialistas, otros funcionarios, trabajadores sociales, psiquiatras, enfermeros, entre otro.¹⁴⁷

144 Piwoka, A. Óp.cit., p.175.

145. Ibid., p.176.

146. Ibid.p.177.

147. Ibid.p.177.

No se puede olvidar que los médicos se nutren de la información científica procedentes de esos países desarrollados y mucha de esta información esta permeada por las características de su sistema social, pudiendo influir negativamente en su actuación. En la práctica médica se han observado deficiencias en la aplicación correcta del método clínico al no dedicar el suficiente tiempo al interrogatorio y al examen físico. Por otra parte, cada vez más se dispone de nuevas técnicas para el diagnóstico y existe la tendencia a su utilización en forma injustificada.¹⁴⁸

Hagamos otras definiciones que al caso nos son útiles.

¿Qué es la medicina? La medicina no es una ciencia sino una profesión erudita enraizada en diversas ciencias y con la obligación de aplicarlas para el beneficio del hombre. Es la actividad humana emprendida en beneficio de los demás.¹⁴⁹

La medicina también puede definirse en otros términos: se trata de un conjunto de conocimientos mudables, destrezas y tradiciones cambiantes, aplicables a la conservación de la salud, la curación de enfermedades y el alivio de sufrimiento. Se llega a fusionar con la psicología, sociología y economía, así como la herencia cultural. La enfermedad puede estar codificada en el genoma; también puede estarlo por la privación de la pobreza y la ignorancia. La medicina debe preocuparse no sólo de una molécula normal, sino también de una criatura humana anormal. Como tal no tiene límites, para quienes la eligen como carrera es una escuela de humanidad y de estímulo.¹⁵⁰

La medicina es una disciplina en constante cambio. Verdades admitidas por una generación pasan a ser conceptos obsoletos para la siguiente. Mucho de lo que ahora se admite, resulta pintoresco para los sucesores, que lo consideran como algo ingenuo y cándido. La competencia médica depende de buscar los conceptos en constante cambio. Tiene que renovarse a medida que la propia esencia de la medicina se transforma.¹⁵¹

La práctica es mucho más que la aplicación de principios científicos a un trastorno biológico determinado. Se enfoca en un paciente con el constante fin de lograr su bienestar. Teóricamente, este propósito es obvio, pero es muy difícil de sostener bajo las presiones de la cotidianidad. Resulta trágico para el paciente ser el sujeto en el cual la enfermedad o un síndrome han elegido manifestarse. Durante los años de entrenamiento todo médico participa en forma inconsciente en lo que podría denominarse la personificación de la enfermedad. En el arte de la medicina, el médico ha de ser el abogado del paciente, así como el enemigo de la enfermedad.¹⁵²

148 Piwoka, A. Óp.cit., p.185.

149 Hipócrates (2001), *Tratados Médicos*. Barcelona Anthopos Editorial. p.p. 05-47, 130-164.

150. *Ibid.*, p.135.

151. *Ibid.*, p.138.

152. *Ibid.*,p.140

Paciente. La descripción de un paciente es la de un ser humano que necesita ayuda. Acude pidiendo atención para un problema relacionado con su salud. Este juicio subjetivo conlleva inquietud, aunque no se exprese. Siempre hay ansiedad, incluso en los pacientes más estoicos; este hecho nunca debe olvidarse o descuidarse. La ansiedad del paciente puede ser específica, como miedo a un cáncer con todo lo que implica acerca de dolor, deterioro y muerte inexorable. La ansiedad es amorfa: miedo a perder la dependencia o el empleo; miedo a no poder cubrir las obligaciones para la familia a no conservar el afecto de una persona amada; o temor ante la imposibilidad de conservar una vida de dignidad y categoría. El médico con la premura de descubrir la queja principal y la enfermedad actual, deja aparte estas consideraciones.¹⁵³

El paciente se presenta como un extranjero, alguien no familiar en el medio estructurado y artificial de un consultorio, una clínica o una cama de hospital. Esta forma de cuidado de la salud de un individuo, en contraste con el cuidado sanitario de conjunto, suele describirse con la frase “sistema de encuentro personal”. Muchas veces resulta penosa la confrontación con el enfermo que acude ante todo en busca de alivio y no como encuentro. Cada ser humano es único, con una vida enormemente compleja, en cuanto a herencia, experiencias anteriores, medio cultural y psicológico, educación, oportunidades, éxitos, fracasos, fantasías, responsabilidades emocionales, motivaciones ajustes y compromisos que sirven para lisiar o para madurar. Vivir resulta la última fase del encuentro personal. Con una experiencia extensa y diversa, el paciente acude al médico con un problema; se le pide que indique cuál es la queja principal. La actitud defensiva debe evitarse, pues el estado emocional que se manifiesta puede resultar penoso. La respuesta del paciente ha de ser selectiva y breve; de hecho con frecuencia está deformada, quizá incluso es equívoca.¹⁵⁴

¿Que pide y necesita el paciente cuando va con un médico? Hay algunas esperanzas y expectativas comunes. Los enfermos desean que se les escuche, de manera que puedan expresar sus miedos y preocupaciones, y que se comparta su dificultad. Quieren que los médicos se interesen por ellos como seres humanos pero sin que se les juzgue. Esperan disfrutar de una competencia profesional que incluye lo mejor de la ciencia médica y de la tecnología. Desean estar informados acerca de la causa probable de sus trastornos y cuál será quizá su futuro. No quieren que se les abandone. Para cada paciente, estos deseos y estas esperanzas pueden variar en importancia. El hecho notable es que no todos esperan curar. Estas esperanzas van a considerarse según como desea afrontarlas el médico.¹⁵⁵

Los pacientes desean ser oídos y comprendidos. Esta ha sido expresada con certeza por Wilfred Trotter, neurocirujano inglés:

“En tanto que la medicina es un arte, su instrumento principal y característico ha de ser una facultad humana. Llegamos, pues, a la cuestión práctica de cuales aspectos del ser humano es necesario tener en cuenta para que el

153 Hipócrates. Óp.cit., p. 35.

154. Ibid., p.35

155. Ibid., p.36

doctor los cultive. El primero que debe señalarse es el problema de atención, de prestar toda la mente al paciente sin interposición de uno mismo. Esto parece simple, pero sólo los grandes médicos acaban lográndolo en forma plena. Se trata de un proceso activo de escuchar, incluso esperar hasta poder interrumpir. La enfermedad muchas veces dice sus secretos en paréntesis causal.”¹⁵⁶

Por último la historia médica debe organizarse en forma lógica y consistente. Pero la historia rara vez se prepara así. Los pacientes no expresan sus miedos en párrafos netos o respuestas directas. Es importante dejar que expliquen sus propias historias. La manera de formularlas y la expresión de los síntomas y las ansiedades pueden proporcionar tanta información como los datos médicos transmitidos. El buen médico es un oidor atento.¹⁵⁷

Los pacientes desean que uno se interese en ellos como compañeros humanos. Este interés no puede ser de un caso raro de síndrome de carcinoma o de leucemia de célula pilosa; el centro ha de ser el enfermo como persona. Al médico le resulta difícil simular pues los pacientes son muy perspectivas, en especial por la vulnerabilidad que provoca la enfermedad. En la práctica de la medicina, se encontrarán todos los vicios y las virtudes que hereda la humanidad. El médico no necesita ser moralmente neutro en sus juicios personales, pero éstos deben excluirse de las actividades profesionales. La reacción ante la debilidad y la falibilidad humana debe de ser de compasión más que de cinismo, de interés para la infinita variedad de experiencias humana más que de repulsión por sus aberraciones.¹⁵⁸

El paciente espera competencia profesional en la ciencia y la tecnología médicas. El médico ha de ser estudioso para lograr competencia profesional y conservarla durante los tiempos de cambio revolucionarios que tienen lugar en la ciencia y la tecnología. Todos los atributos tendrán poco valor en ausencia de un aprendizaje adecuado. La compasión no puede sustituir al conocimiento de lo que procede efectuar. La dotación del médico y el papel que desempeña como científico se consideran en diversa forma.¹⁵⁹

Los pacientes desean estar razonablemente informados. El médico ha de escuchar y comunicarse con el paciente, para lo cual no hay que ahorrar tiempo. Esto sería el error más grande, el silencio es generalmente adverso. El médico ha de contestar de manera voluntaria a todo lo que preocupa al paciente, debe informarle acerca de su enfermedad y lo que significa. Se han escrito libros para ayudar a la educación del paciente, y resultan eficaces pues traducen a la terminología médica a términos corrientes y simples. Además, se han formado clubes para ayuda mutua y educación para los pacientes que comparten experiencias comunes de trastornos crónicos como ileostomías o amputaciones, esto no excluye las necesidades que los pacientes aprendan de sus médicos acerca de la enfermedad que sufren, así como lo que representan para su vida futura. Esta necesidad va más allá de los fines legales de con-

156 Hipócrates. Óp.cit., p.36

157. Ibid., p.37

158. Ibid., p.38.

159. Ibid., 39.

sentimiento informado, que ahora es tema importante en la práctica de la medicina.¹⁶⁰

El paciente no debe ser abandonado. La muerte nos llega a todos. Hay límites finitos acerca de lo que puede efectuar la ciencia y la tecnología médicas para aliviar el sufrimiento y prolongar la vida: este hecho es conocido tanto por pacientes como por médicos; una vez alcanzado este límite, el médico se siente impotente o incluso culpable de no poder hacer más. Como consecuencia de ello hay tendencias a distraer la atención y dirigirla a otras cosas. Nada puede ser mayor error. Está precisamente a nivel de los bordes o límites de la ciencia médica donde en este momento mayor importancia tiene el papel del médico. Es ahí donde el arte de la medicina pasa primera línea en el cuidado del paciente, tanto si se trata de proporcionar ayuda emocional, alivio al dolor, pequeños ajustes de medicina o de dieta, conservación y exámenes diarios, como otros métodos para demostrarle al enfermo que todavía es alguien importante, que merece todo, y para el cual no se ha perdido interés ni abandonado toda ilusión: Cuando ya no puede hacerse más, es el momento de cuidar de la familia. En este papel, de cuidado, más que curación, el que desempeña el médico, corresponde a cada uno sostener toda la carga que se le impone al médico para que sea él mismo un verdadero tratamiento.¹⁶¹

Médico. El médico elige integrarse a una profesión ardua y exigente, cuyos orígenes se pierden en la antigüedad. Antes fue sacerdote, en parte hechicero, en parte místico, y en parte alquimista; el médico del pasado reflejaba las sensaciones y las esperanzas de su época, y cubría una necesidad percibida por sus contemporáneos. La historia de la medicina es parte de la herencia de todo médico, y refleja la historia cultural de cada sociedad.¹⁶²

El médico entra en la profesión con valores y tradiciones establecidos de conducta ética y responsabilidades. Pero cada médico, como cada paciente, es único; no es un instrumento separado del cuerpo que puede irse formando de manera pasiva por acción de la profesión, sino un ser humano con capacidades y debilidades innatas que debe reconocer para cubrir las necesidades de los pacientes y de la profesión; no son menos los estándares establecidos para él. Las cualidades del médico ideal son fáciles de establecer, pero difíciles de lograr; compasión, interés por un compañero humano, conocimiento de la naturaleza humana, tacto, ecuanimidad, estudio sostenido, curiosidad y elevados niveles de ética. Podría añadirse el vigor mental y físico, pues la vida del médico no es para una persona desocupada o poco interesada: el ser humano no posee todas estas cualidades y quizá nunca las alcance por completo. Hay que empezar por conocerse uno mismo, y juzgar cómo es posible acercarse a estos ideales en la vida profesional.¹⁶³

160. Aristóteles, *Óp.cit.*, p. 157.

161. *Ibid.*, p.157

162. *Ibid.*, p.157

163. *Ibid.*, p.157

Entre los aspectos que se pueden analizar para estudiar la [evolución](#) de la relación médico-paciente en cuanto a la autonomía de éste último, están: La [constitución](#) de la [Medicina](#) como [ciencia](#). La medicina en el pasado ofrecía una mayor posibilidad de elección a los enfermos, por la coexistencia de diversos [sistemas](#) o [teorías](#) médicas que fueron perdiendo vigencia a favor de un único [modelo](#): la Medicina oficial. Al constituirse la medicina científica, más centrada en la enfermedad y en los [medios](#) diagnósticos y terapéuticos, que en el mismo paciente, y expresada en un [lenguaje](#) científico. Se incrementó la distancia del paciente y de sus familias respecto del médico. El paciente, cada vez sabía menos y confiaba menos en sí mismo, mientras que el médico, por el contrario, cada vez contaba con más [datos](#), con mejores medios diagnósticos y terapéuticos, por lo que incrementaba su capacidad de decisión.¹⁶⁴

Paradójicamente, el [desarrollo](#) científico, empeoró la relación médico-paciente en un momento en que la medicina mejoró sensiblemente. Desde este punto de vista, a lo largo del siglo XX, los enfermos tuvieron menos autonomía que cien años atrás. El desarrollo de las especialidades y los cambios en la [organización](#) asistencial producidos a lo largo del s. XX. La medicina hospitalaria, la consolidación de los [seguros](#) de enfermedad y de los [procesos](#) de colectivización, como la [Seguridad Social](#), todos ellos han modificado el modelo de la profesión médica y han favorecido la aparición de [conflictos](#) de [interés](#) derivados del hecho de tener que responder, sobre una misma actuación, ante distintos sujetos -el pagador o contratante y el paciente- con intereses diferentes.¹⁶⁵

La consideración de cuál ha sido la evolución de la práctica médica con relación a la [información](#) médica, condición imprescindible para que el enfermo pueda consentir a una actuación clínica. Es éste un aspecto en el que el parecer, por parte de los profesionales, no ha sido unánime, y que nos ofrece una interesante evolución a través del [tiempo](#). A lo que hay que unir los cambios de una sociedad basada en el [respeto](#) a los [derechos](#) humanos y cada vez más intervencionista. Estamos en un tiempo de desarrollo de las responsabilidades sociales, tanto por parte de los médicos, como de los pacientes y sus familias. El derecho a la información epidemiológica, la no [tolerancia](#) de la irresponsabilidad ante la propia [salud](#) -[tabaquismo](#), [obesidad](#), etc.- y el desarrollo de la medicina preventiva, son ejemplos de ello.¹⁶⁶

Un aspecto ineludible en el actual [debate](#) sobre la autonomía del paciente es la cuestión económica, ya que el racionamiento en las [prestaciones](#) sanitarias condiciona la posibilidad de elección del paciente.¹⁶⁷

Se tiene entonces que tocar otros puntos que pudieran ser de interés al caso que son: Autonomía y confianza.

Con [independencia](#) de las cuestiones antes enunciadas, el hecho de contar con

¹⁶⁴Cossio Díaz, José Ramón. Estado Social y Derechos de Prestación. Centro de Estudios Constitucionales., Madrid, 1989. p.p. 235-250.

¹⁶⁵. Ibid., p.237.

¹⁶⁶. Ibid., p. 237.

¹⁶⁷. Ibid., p. 238

el enfermo en la asistencia médica no es nuevo: en la relación médico-paciente, el respeto mutuo es esencial. Ni el paciente, ni [la familia](#) pueden imponer un criterio de actuación que no sea profesional o que vaya en contra del parecer de un profesional.¹⁶⁸

Con relación al respeto al paciente, ya en 1952, Laín Entralgo manifestaba: "El médico de hoy ha llegado a plantearse con relativa lucidez intelectual la antinomia que entraña sus dos actos principales, el terapéutico y el [diagnóstico](#), en cuanto referidos a un ser –[el hombre](#) enfermo- que es a la vez [naturaleza](#) sensible y [persona](#), principio de [operaciones materiales](#) y supuesto racional, paciente de [acciones](#) necesarias y autor de acciones libres". Es decir, "el tratamiento de una enfermedad puede ser enteramente impersonal; el cuidado de un paciente debe ser completamente [personal](#)".¹⁶⁹

El cuidar al paciente como [misión](#), ¿es una actuación paternalista? Parece más bien una de las manifestaciones propias de la actividad clínica en la que "no es posible tratar de forma abstracta sino concreta e individual".¹⁷⁰

La significación de la interrelación entre el médico y el paciente ha de ser fuertemente acentuada; ya que, en gran medida, el diagnóstico y el tratamiento dependen directamente de ella y el fallo del médico en establecer esta relación conlleva una gran pérdida de efectividad en el cuidado de los pacientes.¹⁷¹

Son muchas las cuestiones que quedan abiertas. Es tiempo de intentar responder a los interrogantes que antes se mencionaron. Es momento para reconsiderar la autonomía del enfermo, algo que no es nuevo en la práctica médica y que afecta directamente a los profesionales y a los enfermos, ya que está intrínsecamente unido a la relación médico-paciente.¹⁷²

Otros conceptos básicos:

Por relación médico-enfermo se entiende aquella [interacción](#) que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a éste la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad. Para que el médico pueda aplicar sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento, necesita establecer este [diálogo](#) con el enfermo del que depende en gran parte el [éxito](#) terapéutico.¹⁷³ La relación médico-paciente, sigue siendo, por encima de los avances tecnológicos, tan importante para la práctica médica y tan imprescindible en la formación integral del médico, como siempre; o un poco más si cabe, dado el deterioro a que viene estando sometida dicha relación, tanto por la utilización hipertrófica de las medidas [técnicas](#), como por la masificación asociada con las tendencias socializadoras y preventivas, que la Medicina ha experimentado en los últimos años.¹⁷⁴

168. Cossio Diaz, Óp.cit., p. 239.

169. Ibid., p.239.

170. Ibid., p.240.

171. Ibid., p.241.

172. Ibid., p.242.

173. Ibid., p.241.

174. Ibid., p.243.

Responsabilidad [moral](#) en medicina:

La Moral es un [valor](#) por antonomasia y abarca de un modo integral la actividad humana. Ninguna otra [disciplina](#) puede jerarquizar tanto [los valores](#) humanos como [la Moral](#). Toda ciencia es autónoma pero, al mismo tiempo, toda ciencia como actividad humana, es decir, realizada por y para el [hombre](#) en una dimensión histórica existencial, no puede escapar a los [límites](#) que impone la Moral. Y esto es así porque el [objetivo](#) de la Moral es el hombre, y éste, como sujeto de finalidad inmanente y trascendente, es un valor supremo, superior a cualquier valor que pueda proporcionar [la ciencia](#) o la técnica. Hay quienes sostienen que la Medicina, como ciencia, podría encontrarse al margen de lo propiamente ético, moral y/o religioso. Pero estar al margen no significa estar en contra o ser contrario. El científico debe respetar las [leyes](#) y los deberes morales, tiene que poseer una orientación moral. Cuando hablamos de orientación moral en la Medicina no nos referimos específicamente a la ciencia médica como tal sino a sus representantes y cultores, y por ello sostenemos que la persona del médico y toda su actividad científica se mueve en el campo de la Moral. No es lógico hablar de oposición entre Medicina y Moral; esta última no entraña peligros ni obstáculos para el interés de la ciencia.¹⁷⁵

La Moral en Medicina no se refiere a los límites de las posibilidades y conocimientos teóricos y prácticos sino a los límites de los deberes y derechos del científico como persona; se refiere a la forma en que se alcanzan y se utilizan estos conocimientos.¹⁷⁶

El médico debe aprender que los dramas morales son tan reales como los fenómenos físicos y su importancia es mucho mayor. La [autoridad](#) moral del médico constituye la clave del éxito terapéutico. La técnica sola nunca podrá penetrar hasta la profunda raíz de ese ser misterioso llamado hombre, que tiene necesidades que ni la técnica ni la ciencia pueden satisfacer.¹⁷⁷

La [ley](#) moral nos enseña que la salud es la justa jerarquía de la persona y el hombre, como persona, posee un [proyecto](#) existencial con un destino eterno junto a una [conciencia](#) creadora que no está referida únicamente al mundo biológico sino también al mundo moral que él mismo puede entrever en las experiencias de su vida. Por desgracia observamos con demasiada frecuencia a médicos que viven atrapados en una sola dimensión en la que prevalece lo material, haciendo culto de la dinero latría, transformándose en comerciantes de la salud, verdaderos opresores de los enfermos.¹⁷⁸

2.1.1.-Características de la relación Médico-Paciente.

La [atención](#) médica es una forma específica de asistencia, de ayuda técnica interhumana. Su especificidad le viene dada tanto por las especiales características del "objeto" a reparar que es un sujeto, un ser humano, como por algunas de las características de la técnica de reparación en la que participa como instrumento la misma [personalidad](#) de otro ser humano. En

175. Cossio Díaz, Óp.cit., p. 244.

176. Ibid., p.245.

177. Ibid., p.246.

178. Ibid., p.246.

ambos casos, lo que hay que "arreglar" y el que "arregla", son personas humanas y la relación interhumana forma parte de la misma técnica. Con palabras de Kollar: "se espera que el médico se ocupe no sólo del organismo enfermo, sino, así mismo, del [estado](#) del organismo entero, del hombre en su totalidad, porque se encuentra de hecho frente a una persona no ante un órgano aislado, ni ante una psique abstracta".¹⁷⁹

Como toda relación interhumana implica, en último término, [actitudes](#) de [solidaridad](#) con un prójimo actitudes de proximidad, como señalan Barcia y Nieto que necesita ayuda, pero una ayuda y una solidaridad especialmente trascendentes, puesto que la enfermedad supone una necesidad, un sufrimiento, que implica al propio cuerpo, a la intimidad de la propia persona. De aquí que el instrumento más adecuado para la relación, sea la [comunicación](#) verbal y no verbal y el vínculo más apropiado la empatía o capacidad de ponerse en el lugar del otro, de sintonizar con sus vivencias.¹⁸⁰

Como toda relación interpersonal de ayuda tiene características, motivacionales y actitudinales, de dependencia y necesidad, de altruismo y ayuda desinteresada, de confianza, análogas a las de otras relaciones naturales de asistencia, desiguales y asimétricas: padres-hijos, maestros-alumnos. Por ello tiende a configurarse según dichos [modelos](#) relacionales que favorecen las actitudes espontáneas de confianza y de altruismo en la relación y suponen, también técnicamente, el mejor vehículo para las medidas más técnicas.¹⁸¹

Como toda relación de asistencia técnica tiene la formalidad de un [contrato](#) por el que el experto, el técnico, ofrece unos [servicios](#) o prestaciones al usuario de un bien como la salud que, al no ser sólo como todos un bien individual y privado, sino también social y público adquiere el [carácter](#) de hecho social. Desde este punto de vista la relación médico-enfermo "socialmente institucionalizada", estaría delimitada por las expectativas que la [sociedad](#) tiene de los roles, de los papeles, de médico y enfermo. De uno y otro se esperan una serie de comportamientos, de derechos y deberes, por los que ambos técnico y usuario se comprometen a administrar, cuidar y restaurar en su caso, el bien de la salud.¹⁸²

Pero también el contrato, por la especial naturaleza del bien que se halla en [juego](#), conlleva, además de las actitudes altruistas y de confianza ya dichas, y sin las que el contrato quedaría sin operatividad, la aceptación, más o menos implícita, de las limitaciones de la técnica y del [riesgo](#) y del fracaso, en su caso, del [servicio](#) prestado. Esto es así debido a la imposibilidad de controlar todas las [variables](#) de los procesos naturales y, por lo tanto, a la condición de sólo medios y no de resultados, de los cuidados médicos.¹⁸³

179. Aguirre Gas Héctor. Calidad de la atención médica. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, México. 1997. p.p 120-320.

180. Ibid., p.122.

181. Ibid., p. 123

182. Ibid., p. 123.

183. Ibid., p.124.

Necio sería olvidar que una buena relación médico – paciente evita la mayoría de los cuestionamientos del enfermo a las terapias por recibir o recibidas. El paciente (incluso el menos letrado) exige saber.¹⁸⁴

A veces pide [informes](#) parciales, a veces solicita detalles y numerosas aclaraciones a sus dudas. Muchos de sus miedos demandan de nuestra comprensión y apoyo. No basta con que le digamos lo que tiene y lo que haremos (o hemos decidido hacer) sino que espera nuestra comprensión. En algunos casos les interesa nuestra "complicidad" o nuestra prudencia en el [informe](#) a sus familiares. A veces son éstos los que solicitan nuestro silencio. Cada enfermo es un [individuo](#), una persona no comparable a otra, cada cual requiere una atención personalizada de su enfermedad y siempre [demanda](#) que ella sea integral.¹⁸⁵

Lo físico le importa, pero también las posibles consecuencias de nuestro accionar u omisión. Su presente y su futuro se hacen visibles en cada consulta médica. Su mente rechaza o acepta el mal que lo aqueja, no reacciona como quiere, sino que lo hace como puede y no siempre colaborando con las necesidades de su búsqueda de ayuda en su relación.¹⁸⁶

Muchas veces escapa consciente o no en un estado de [inseguridad](#) e indefensión simulando una convicción que lejos está de sentir.¹⁸⁷

Sus pedidos de ayuda pueden ser enmascarados bajo una [actitud](#) de dudosa expectativa, pueden cuestionar lo incuestionable. Siempre existe una pregunta latente: ¿por qué a mí? En nosotros están para él todas las respuestas, nos exige convicción y claridad en ellas.¹⁸⁸

Habiendo pasado la época del "paternalismo" y [dominio](#) médico nos encontraremos en la etapa de todos los ¿por qué? La falta de respuestas adecuadas nos acerca a la demanda oral y/o legal que tratamos de evitar. Un paciente que ha demandado una vez nunca más confía en ningún médico y se halla expuesto al abandono, la angustia y su futuro es realmente dramático. Se rige por el "nunca más" o el "nada más" y su desilusión hacia la vida misma lo lleva a actitudes que todos los días lo deterioran un poco más.¹⁸⁹

2.1.2.-Modelos de relación Médico- Paciente.

Algunos autores, atendiendo a los diferentes factores que intervienen en la relación, han analizado las distintas formas que puede adoptar la relación médico-enfermo. Entre ellas destacan los modelos, ya clásicos, de Szasz y Hollender, Von Gebstall, y Tatossian. Dichos autores analizan las diferentes actitudes e interacciones entre médico y paciente según el tipo de enfermedad

184. Aguirre Gas Héctor.Óp.cit., p.125

185. Ibid., p.126.

186. Ibid., p.126.

187. Ibid., p. 127.

188. Ibid., p.127.

189. Ibid., p.128.

de que se trate aguda o crónica, la mayor o menor capacidad de participación y colaboración del enfermo, el momento del acto médico en que se esté anamnésico, diagnóstico, terapéutico, etc. Aunque como [construcción](#) teórica, y por lo tanto artificial, cada modelo enfatiza un factor como determinante de la [dinámica](#) de la relación, en la práctica constituyen diferentes puntos de vista de la misma realidad, que se complementan y pueden ayudar a entender mejor las distintas etapas de este encuentro.¹⁹⁰

2.1.3.-Tipos de Relación Médico-paciente.

TIPOS DE RELACION MEDICO-PACIENTE SEGUN EL GRADO DE PARTICIPACIÓN:

Szasz y Hollender, teniendo en cuenta el grado de actividad y participación de médico y paciente en la interacción, describen tres niveles o modalidades de relación médico-paciente.¹⁹¹

El nivel 1, o de "actividad del médico y pasividad del enfermo", es el tipo de relación que se produce en situaciones en que el paciente es incapaz de valerse por sí mismo: situaciones de urgencia médica o quirúrgica, pacientes con pérdida o alteración de conciencia, estados de agitación o delirio agudo, etc. En estos casos, el médico asume el protagonismo y toda la [responsabilidad](#) del tratamiento. El prototipo de este nivel de relación sería el que se establece entre una madre y su recién nacido: relación madre-lactante.¹⁹²

El nivel 2 o de "[dirección](#) del médico y cooperación del enfermo", es el tipo de relación que tiende a darse en las [enfermedades](#) agudas, infecciosas, traumáticas, etc., en las que el paciente es capaz de cooperar y contribuir en el propio tratamiento. El médico dirige, como experto, la intervención adopta una actitud directiva, y el paciente colabora contestando a sus preguntas, dando su opinión, y realizando lo que se le pide. El prototipo de relación de nivel 2 sería el que se establece entre un progenitor y su hijo no adulto: relación padre-niño.¹⁹³

El nivel 3 o de "participación mutua y recíproca del médico y del paciente", es la forma de relación más adecuada en las enfermedades crónicas, en las rehabilitaciones postoperatorias o postraumáticas, en las readaptaciones físicas o psíquicas, y en general en todas las situaciones, muy frecuentes en el mundo médico actual, en que el paciente puede asumir una participación activa, e incluso la iniciativa, en el tratamiento: Así en pacientes diabéticos, enfermedades cardíacas, enfermedades de la [vejez](#), etc., el médico valora las necesidades, instruye y supervisa al paciente, que, a su vez, lleva a cabo el tratamiento por sí mismo, según lo programado, y con la posibilidad de sugerir

190. Aguirre Gas Héctor. Óp.cit., p.160.

191. Ibid., p.161.

192. Ibid., p.162.

193. Ibid., p. 163.

otras alternativas o decidir la necesidad y prioricidad de una nueva consulta. El prototipo de relación que establecen es el de una cooperación entre personas adultas: relación adulto-adulto.¹⁹⁴

Frecuentemente médico y paciente tendrán que modificar su actitud a lo largo de una misma enfermedad y adoptar uno u otro tipo de relación de acuerdo con lo que permitan o requieran las circunstancias.¹⁹⁵

TIPOS DE RELACION MEDICO-PACIENTE SEGUN EL GRADO DE PERSONALIZACIÓN:

Von Gebattel describe las fases por las que pasa la relación médico-enfermo según el distinto grado de relación interpersonal que adquiere la misma durante el acto médico. Así en una primera fase de llamada, el paciente acude al médico solicitando remedio para sus dolencias y el médico responde acudiendo a satisfacer las necesidades del enfermo. La relación entre un hombre experto y un hombre que sufre es todavía, desde el punto de vista interpersonal, anónimo. En una segunda fase de objetivación, el interés del médico se centra en el examen "científico" del [proceso](#) patológico, por lo que las relaciones personales pasan a un segundo plano, relacionándose con el paciente más como "un objeto de estudio" que como una persona.¹⁹⁶

Finalmente, en la fase denominada de personalización, realizado ya el diagnóstico y establecido el [plan](#) terapéutico, es cuando el médico se relaciona, por fin, no sólo con un hombre que sufre o un "caso", sino con una persona enferma determinada, que es ya "su" enfermo.¹⁹⁷

TIPOS DE RELACION MEDICO-PACIENTE SEGUN EL OBJETIVO DE LA RELACION:

Otra forma de entender la relación médico-paciente, propuesta por Tatossian, distingue dos tipos de relación según que la interacción entre el médico y el enfermo sea directamente interpersonal o se halle mediatizada por el órgano enfermo.¹⁹⁸

En el modelo interpersonal de relación, la enfermedad es considerada como un todo el trastorno forma parte del paciente y se produce una implicación personal en la relación, ya que ésta se establece directamente entre dos personas entendidas en su globalidad afectivo-intelectual. El médico no sólo ve el órgano enfermo, sino la totalidad del paciente, lo somático y lo psíquico. La actitud del terapeuta resuena sobre la del paciente, de modo que "se pasa de la medicina de una persona a la medicina de dos personas".¹⁹⁹

194. Aguirre Gas Héctor. Óp.cit., p.165

195. *Ibid.*, p.166.

196. *Ibid.*, p.167.

197. *Ibid.*, p. 168.

198. *Ibid.*, p.169.

199. *Ibid.*, p.169.

En el modelo técnico de servicio de la relación, la atención se centra en el órgano "que no marcha bien" y el paciente adquiere connotaciones de [cliente](#) que solicita la reparación del mismo. Se trata de una relación más pragmática, operativa y funcional, dirigida a la obtención de información sobre la alteración del órgano y el tipo de restauración que se pretende. Es el modelo de relación que caracteriza la práctica médica general y las especialidades médicas, y que, si se exagera, corre el peligro de ignorar la personalidad o incluso parcelar el cuerpo físico del paciente, tratando al órgano enfermo, como si de un auténtico objeto se tratara.²⁰⁰

Sin duda que ambos modelos se complementan, aunque el objetivo principal de la relación puede variar, según el momento de que se trate. El médico debe prestar atención a los síntomas y a los exámenes de [laboratorio](#), pero sin desatender la relación con el paciente, que es la que le va a proporcionar la comprensión tanto de los síntomas y de su elaboración psicológica como del paciente en su totalidad.²⁰¹

¿Cuál es el papel del familiar en esta relación médico-paciente?: Pareciera que el único responsable del abordaje del paciente es el médico, pero realmente no lo es. El familiar del niño enfermo juega un papel fundamental, a fin de [cuentas](#) es el que mejor conoce al enfermo. Cuenta con suficiente información de vital importancia que si por [estrés](#) o enojo o por ser muy exigente no la ofrece al médico, lo cual irá en deterioro del diagnóstico de sospecha que se trata de establecer. Por otra parte, es también obligación del familiar el preguntar la condición de su paciente, pedir de una forma cortés la explicación de términos médicos que no entendió o simplemente pedir que le repitan la información que no entendió. No hay justificación de quedarse con dudas sobre diagnósticos o tratamientos.²⁰²

Por otra parte, deberán ser pacientes, confiar en el o los médicos que están atendiendo a su niño enfermo, y considerar siempre que si aún no se le ha ofrecido el abordaje inicial seguramente siempre será porque desgraciadamente existe algún otro paciente que corre peligro su vida y requiere de una atención más inmediata.²⁰³

2.1.4.-Relación Personal de Salud – Usuario.

Es un sistema de interacción recíproca, intelectual y emocional. La educación, las circunstancias, la personalidad, y las actividades de ambos participantes, determinarán el curso, contenido y destino de la relación.²⁰⁴

200. Aguirre Gas Héctor. Óp.cit., p.170.

201. Ibid., p.170.

202. Ibid., p.171.

203. Ibid., p. 1172.

204. González, Jaime (2000), Prolegómenos para una ética profesional. Heredia. Editorial EUNA, p.p 118-198

Modelos generales:

Técnico: el personal de salud ve al usuario como un objeto, la relación es impersonal y no desea tener acceso a su intimidad, interesándole solo el problema técnico-científico.²⁰⁵

Humanista, donde el usuario, es visto como persona y el personal de salud intenta penetrar en la subjetividad del mismo y su relación con él adquiere importancia.²⁰⁶

Modelos básicos:

El activo pasivo - el personal de salud hace algo por el usuario sin que éste participe en la acción. Es apropiado en el tratamiento urgente de usuarios graves, ya que el personal de salud toma el control de la situación.²⁰⁷

Modelo guía cooperación - ambos son activos, el personal de salud es el guía y manifiesta más poder que el usuario, espera que obedezca, coopere y le induce a seguir sus indicaciones. La autoridad del personal de salud está racionalmente justificada, es limitada y transitoria.²⁰⁸

Modelo de coparticipación - El personal de salud y el usuario básicamente son iguales. Los participantes tienen casi el mismo poder y la interdependencia produce satisfacciones a ambos. Se le ayuda a ayudarse a sí mismo.²⁰⁹

Estos modelos representan formas de la práctica médica y han de adoptarse dependiendo de las circunstancias. La estabilidad de la relación descansa en que las necesidades y satisfacciones, tanto el personal de salud como del usuario, son complementarias. El personal de salud subestima la fuerza de los sistemas personales y culturales del usuario y no se percata de cómo esta fuerza interfiere con la aceptación de sus instrucciones y consejos.²¹⁰

La falta de comunicación, ocurre por discrepancia de marcos conceptuales, (conceptos diferentes). Es necesario que el profesional de la salud comprenda el marco de referencia del usuario, lo vea con respeto, y lo describa como el usuario señala.²¹¹

Existe una distancia óptima para la comunicación. Si el personal de salud tiene prisa, se aburre, se disgusta o duda, el usuario se retrae y se aleja. Cuando la confianza del usuario se abate, le domina el desaliento y la distancia aumenta.²¹²

La distorsión de las percepciones, transferencia y contratransferencia, se deben a relaciones pasadas y significativas, a veces inconscientes, pueden generar suspicacia, hostilidad, competencia y dependencia que dañan la relación.²¹³

205. González, Jaime.Óp.cit., p.119.

206. Ibid., p.126.

207. Ibid., p.126.

208. Ibid., p. 127.

209. Ibid., p.127.

210. Ibid., p.128.

211. Ibid., p.128.

212. Ibid., p.129.

213. Ibid., p.130.

Las actitudes de los familiares influyen en la evolución de un padecimiento y la adhesión a un tratamiento adecuado y oportuno, además en la vida familiar puede encontrarse algunas causas del padecimiento y refleja sus consecuencias. El personal de salud puede inducir una respuesta familiar comprensiva que facilite al usuario el manejo adecuado de su problema de salud. Una respuesta familiar hostil puede inducir reacciones muy adversas. El personal de salud debe ser capaz de identificar el estilo de interacción familiar y evaluar el papel que juegan los familiares, ayudándoles a hacer frente a las tensiones que suscita la enfermedad.²¹⁴

2.1.5.-Secreto Profesional.

El secreto profesional se evidencia en la historia de la medicina como uno de los principios que tienden a crear un perfil ético del profesionista de la salud, así tenemos que desde los primeros códigos deontológicos se enunciaba la obligación de guardar en secreto la información que llegáramos a conocer con motivo del ejercicio profesional. El alcance de esta obligación se transforma en el transcurso del tiempo de la inviolabilidad absoluta hasta la confidencialidad, así tenemos por ejemplo:

En la Carta de Esculapio a su Hijo, se establece ese secreto inviolable aún a costa de los derechos de terceros (secreto profesional absoluto):

“ . . .Eras severo en la elección de tus amigos; buscabas la sociedad de los hombres de talento, de artistas, de almas delicadas; en adelante no podrás desechar a los fastidiosos, a los escasos de inteligencia, a los despreciables. El malhechor tendrá tanto derecho a tu asistencia como el hombre honrado; prolongarás vidas nefastas, y el secreto de tu profesión te prohibirá impedir crímenes de los que seas testigo.... Sientes placer por la verdad, ya no podrás decirla. Tendrás que ocultar a algunos la gravedad de su mal; a otros su insignificancia pues les molestaría. Habrás de ocultar secretos que posees, consentir en parecer burlado, ignorante, cómplice. . .”²¹⁵

En el Juramento Hipocrático se vislumbra la necesidad de que el secreto profesional sea revelado en algunas circunstancias (confidencialidad):

“ . . .Guardaré secreto acerca de lo que oiga o vea en la sociedad y que no sea preciso que divulgue, sea o no del dominio de mi profesión, considerando el ser discreto como un deber. . .”²¹⁶

Por otro lado la Declaración de Ginebra y el Código Internacional de Ética Médica, en el capítulo de deberes de los médicos para con los pacientes, señalan:

“ . . .El médico debe también a su paciente secreto absoluto sobre todo lo que se le ha confiado y sobre lo que conoce debido a la confianza que ha depositado en él...”²¹⁷

214. González, Jaime.Óp.cit., p.131.

215. Ibid., p.132.

216. Ibid., p.132.

217. Ibid., p. 133.

En la Declaración de Hawái se establecen las peculiaridades del secreto profesional en el caso de los profesionistas de la salud mental:

“La relación terapéutica entre paciente y psiquiatra se funda en el mutuo acuerdo. Este requiere confianza, secreto profesional, franqueza, cooperación y responsabilidad mutua. Tal tipo de relación no puede establecerse con algunos pacientes gravemente enfermos. En este caso, como en el tratamiento de los niños, debe tomarse contacto con una persona cercana al paciente y aceptable para él. Siempre que se establezca una relación para fines distintos del terapéutico, por ejemplo en psiquiatría forense, debe explicarse concienzudamente su naturaleza a la persona involucrada. . .”²¹⁸

“Todo lo que el paciente diga al psiquiatra, y lo que éste haya anotado durante el examen o tratamiento, debe considerarse confidencial, a menos que el paciente libere al psiquiatra del secreto profesional, por razones vitales de interés común o para un beneficio superior del propio paciente hagan imperativo descubrirlo. Sin embargo, en estos casos debe informarse inmediatamente al paciente de que se ha roto el secreto. . . .”²¹⁹

El sentido y el fin de estas declaraciones es preservar la dignidad ontológica de la persona humana, mediante el respeto a la intimidad del paciente y por ello restringe el derecho de terceros de tener acceso a la información.²²⁰

Tomás de Aquino, describió, de manera general, tres tipos de secretos:

Natural: Cuando se llega a conocer de una manera casual, algo perteneciente a la intimidad de un tercero, que de ser revelado podría causarle daño, se conoce como secreto natural ya que ante esta circunstancia estamos obligados a callar.²²¹

Prometido: El secreto prometido es cuando conocemos casualmente un hecho íntimo relativo a un tercero, cuya revelación no necesariamente le causaría un daño, pero a posteriori se nos pide que nos comprometamos a callar.²²²

Confiado: Una tercera modalidad del secreto se constituye cuando un sujeto necesitado de ayuda o consejo se ve obligado a revelar su intimidad, éste sería un secreto confiado, modalidad a la que pertenece el secreto profesional. El secreto confiado procede de una promesa hecha antes de ser revelado y que en el caso específico del profesionista de la salud no requiere de manifestación expresa, toda vez que se encuentra implícita en la naturaleza misma de la relación médico paciente.²²³

218 Bermejo J. Francisco (2004), *Ética y Trabajo Social*. Madrid. Editorial Universidad Pontificia Comillas. p.p 230-310, 360-370

219. *Ibíd.*, p.236.

220. *Ibíd.*, p.236.

221. *Ibíd.*, p.237.

222. *Ibíd.*, p.237.

223. *Ibíd.*, p.238.

El secreto profesional se encuentra éticamente justificado por razones que exigen el respeto a la intimidad espiritual, consistentes en la protección frente a un daño eventual a un tercero o a uno mismo si se revela lo que por alguna razón conocemos y la fidelidad a una revelación entregada por afecto, en forma gratuita y exclusiva.²²⁴

Así también, la ley reconoce los derechos personalísimos como aquellos que constituyen la esfera jurídica del individuo en tanto persona humana, integrando el patrimonio moral de la persona que puede ser dividido en el patrimonio afectivo o subjetivo y en el patrimonio social u objetivo.²²⁵

El patrimonio afectivo de la persona humana se integra por afectos, creencias, sentimientos, vida privada, configuración y aspectos físicos, en tanto que el patrimonio social se integra por el decoro, el honor, la reputación y la consideración que de la persona tienen los demás.²²⁶

Como puede apreciarse el patrimonio moral afectivo se integra por bienes referentes directamente a la intimidad de la persona, la vida privada se constituye por todos y cada uno de los actos particulares y personales del sujeto y existe una obligación, en principio, de que se respete, siempre y cuando dicha conducta privada no afecte derechos de terceros.²²⁷

La intimidad es un valor que se caracteriza por ser un atributo del propio sujeto titular del derecho, una cualidad que toda persona física posee, este valor puede alcanzar magnitudes ilimitadas ya que las violaciones a la intimidad son algo más que las intromisiones físicas, incluyen también a las divulgaciones que atañen a la interioridad del individuo.²²⁸

El patrimonio social de la persona está relacionado con la apreciación que de ella tiene su núcleo social, el decoro se basa en el principio de que a toda persona se le debe considerar merecedor de respeto, y el honor de una persona es la cualidad que la hace merecedora de admiración y confianza. Al atentar contra estos, se daña a una persona en la estimación que los demás tienen de ella en el medio social donde se desenvuelve.²²⁹

La Legislación Sanitaria señala que la atención médica debe llevarse de conformidad a los principios éticos que orientan la práctica médica, y que los pacientes tienen derecho a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como un trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares; pero también establece aquellas situaciones en las que el personal de salud queda desligado del secreto profesional, sin que esto implique que no deba mantenerse la confidencialidad, que se actúe imprudentemente o se atente contra la dignidad del paciente.²³⁰

224. Bermejo J. Francisco. Óp.cit., p.239.

225. *Ibid.*, p.240.

226. *Ibid.*, p.246.

227. *Ibid.*, p.247.

228. *Ibid.*, p.247.

229. *Ibid.*, p.248.

230. *Ibid.*, p.249.

El profesional de la salud está desligado del secreto profesional en las siguientes circunstancias: La notificación obligatoria de enfermedades transmisibles y la notificación de enfermedades o estados patológicos que se sospeche tienen como origen un posible delito, la atención de menores de edad en relación con sus padres o tutores y las personas con incapacidad mental con relación a sus representantes legales. Asimismo, los médicos en actuación forense, están obligados a manifestar todos los datos que sirvan para establecer la naturaleza o particularidades de orden técnico o científico que importen para que la autoridad pronuncie resolución sobre la materia cuestionada.²³¹

La revelación del secreto profesional será sancionada de conformidad a la legislación penal, requiriendo de los siguientes elementos:

1. Que el secreto se revele sin justa causa;
2. Que la revelación sea en perjuicio de alguien;
3. Sin el consentimiento del que pueda resultar perjudicado, y
4. Que el secreto que conoce lo haya recibido con motivo de su empleo, cargo o puesto.

Si el profesionista, técnico, funcionario o empleado público es el que revela el secreto en estas circunstancias, además de la pena privativa de la libertad y económica quedará sujeto a la suspensión en el derecho a ejercer su profesión.²³²

La violación al secreto profesional puede darse por revelación directa al referir a otro la enfermedad o las circunstancias de un paciente o bien por revelación indirecta al proporcionar detalles que permiten conocer la identidad del paciente afectando su patrimonio moral.²³³

Como puede apreciarse el secreto profesional no involucra únicamente al médico o al personal técnico o auxiliar de las disciplinas para la salud, sino a todos aquellos que por motivo de su cargo tienen acceso a la intimidad del paciente, esto es al personal administrativo de los establecimientos en que se prestan servicios de salud y que están obligados a preservarlo.²³⁴

En su libro “Ética Médica”, el Dr. Julio Roldán, propone observar los siguientes lineamientos:

1. La obligación de guardar el secreto médico hay que mantenerla preferentemente;

231. Bermejo J. Francisco. Óp.cit., p.250.

232. Ibid., p.251.

233. Ibid., p.252.

234. Ibid., p.252.

2. En caso de duda sobre revelar o no el secreto médico, hay que guardar el secreto;
3. Cuando haya que manifestar un secreto médico debe hacerse siempre con prudencia, no revelando más que lo necesario, y
4. Cuando deba revelarse un secreto médico será prudente consultar con personal de solvencia moral dentro de la misma profesión.

Por lo que ya se mencionó anteriormente se podría decir que: El secreto profesional es uno de los principios básicos de la relación médico paciente así como de la ética médica, y que la intimidad es uno de los valores fundamentales que se ubica dentro de los derechos de la personalidad y, como tal, debe ser protegido eficazmente, con el fin de que el hombre pueda desarrollar digna y libremente su personalidad.²³⁵

2.2.- La Iatrogénica y el Acto Médico.

De manera formal, el Diccionario de la lengua española define los vocablos iatrogénico e iatrogenia –del griego iatros que significa médico y geno, producir u originar– como toda alteración del estado del paciente producida por el médico.²³⁶

En términos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) iatrogenia se denomina a determinadas consecuencias del comportamiento médico. Y aclara que, desde este punto de vista, pueden ser producidas por el médico o por los medicamentos. Se agrega además, en una consideración sistémica que en el ámbito de la medicina, la iatrogenia tiene dos acepciones básicas, una amplia y otra restringida.²³⁷

En sentido amplio significa, todo lo producido por el médico en el enfermo, en sus familiares y/o en la sociedad. Por tanto, incluye no sólo las consecuencias nocivas de la intervención del facultativo, sino también los éxitos de la medicina, la curación de las enfermedades y la conservación de la salud. En sentido restringido, se entiende como los aspectos negativos de la práctica de la medicina; esto es, la provocación de hechos o efectos materiales que se traducen en un daño, efectivo o potencial a la salud o integridad física y mental del paciente.²³⁸

235. Bermejo J. Francisco. Óp.cit., p.253.

236. Franco T. Iatrogenia Médica. Revista CONAMED, Vol. 9, Núm. 2, abril - junio, 2004 p.21.

237. *Ibid.*, p.21

238. *Ibid.*, p.21.

Según la Conamed, las iatrogenias de resultado nocivo, también conocidas como iatrogenias negativas o iatropatogénicas, pueden agruparse como clínicas y médico-legales. Las clínicas pueden ser negativas necesarias y negativas innecesarias. Entre las médico-legales se distinguen las que tienen su origen en la negligencia, impericia e imprudencia.²³⁹

Se aclara además que en ocasiones la iatrogenia de resultado negativo puede derivar en la realización de un ilícito civil o en un delito. A su vez, el delito cometido con motivo del ejercicio del acto médico puede ser doloso (intencional) o culposo (negligencia, impericia, imprudencia). Y que, dada la intencionalidad del acto jurídico, los ilícitos cometidos con motivo del ejercicio profesional son por lo general de carácter culposo. Es importante destacar que se introduce el concepto de imprudencia porque, aunque la obligación civil determina que quien preste servicios profesionales solamente puede ser responsable por negligencia o impericia, la actividad médica es un campo en el cual se obliga, en determinadas circunstancias, a una conducta arrojada limitada únicamente por los conocimientos intelectuales y prácticos del profesional médico, de tal manera que se debe asegurar la no aplicación de una conducta imprudencial.²⁴⁰

Aunque la iatrogenia es objeto de diversas clasificaciones, la que se menciona en esta tesis, es la relacionada con el resultado negativo en la salud o integridad física del paciente, ya que los resultados positivos muy probablemente sean consecuencia de una práctica médica buena. Con base en esta premisa, cada vez que en la presente tesis se utilice el término iatrogenia se estará haciendo respecto de los perjuicios, graves o ligeros, inmediatos o tardíos, que pueden generarse como consecuencia de la práctica médica, generalmente imputable a ineptitud o negligencia, mala selección o administración de la terapia, o el error en la apreciación al riesgo.²⁴¹

El aspecto jurídico y la responsabilidad del médico Refiere Manuel Quijano (2000) que “el valor de un acto reside no en las consecuencias sino en la causa, en la intención; por ejemplo, en medicina, al opinar sobre la iatrogenia, la negligencia o la mala práctica médica, se otorga prioridad en el juicio a la intención, el fundamento, la oportunidad y la realización de un acto diagnóstico o terapéutico, más que al resultado”. Desde la perspectiva jurídica, respecto de la responsabilidad profesional del médico, la Conamed (2003) propone: “puede precisarse que la responsabilidad en la actuación de cualquier profesional deriva de las consecuencias tanto de la conducta propia –activa u omisiva– como la de aquéllos que se encuentran bajo su dirección o dependencia”. Aunque existe una amplia legislación que regula la actividad médica profesional, no todo acto médico puede ser expresamente reglamentado. Por ello, además de observar con apego el aspecto jurídico, el ejercicio de la medicina en gran parte se rige por la *lex artis* médica (reglas del arte médico) y la deontología médica (ética médica). En otros términos, la práctica médica debe regirse por la legislación en materia médica, el conocimiento científico actualizado y los principios éticos que la orientan.²⁴²

239. Franco T. *Op.cit.*, p.21.

240. *Ibid.*, p.21

241. *Ibid.*, p.21.

242. *Ibid.*, p.21.

En general, la actuación del médico siempre deberá sujetarse al propósito de alcanzar los resultados esperados evitando consecuencias no deseadas, aunque en ocasiones impredecibles. Un deber de cuidado que debe traducirse en un conjunto de obligaciones imprescindibles, las cuales doctrinalmente pueden clasificarse, según la Conamed (2003), de la siguiente forma:

Obligaciones de medios (conocidas también como obligaciones de diligencia).

Radican en la aplicación de los procedimientos idóneos al alcance para una adecuada y oportuna atención, a fin de lograr el mayor beneficio posible. Dichas obligaciones consisten en el compromiso asumido de otorgar atención médica, no un resultado determinado.²⁴³

Obligaciones de seguridad

Por medio de éstas se cuida cualquier complicación a los pacientes y se minimizan los riesgos del uso de recursos diagnósticos y terapéuticos. Este tipo de obligaciones, que se refieren al deber de evitar siniestros, están relacionadas con el correcto uso y mantenimiento de los equipos y máquinas con la intención de evitar accidentes. Las mismas son atribuibles no sólo al personal médico, sino también al personal de mantenimiento y administrativo.²⁴⁴

Obligaciones de resultados.

Pueden satisfacerse sólo cuando sea posible obtener un resultado cierto como consecuencia del servicio profesional ofrecido. Cobran vigencia cuando se promete un determinado resultado de la atención médica. En estos casos, el médico prometió un resultado, y responde por él mientras no pueda invocar algún eximente de responsabilidad, como en el caso de la cirugía estética. El acto médico se establece una relación entre el profesional médico y su paciente. Un convenio que, aunque sea en forma virtual, corresponde a la figura jurídica de un contrato que crea derechos y obligaciones para ambas partes. El contrato mencionado no impone al profesional que la consecuencia de su participación sea la curación de la enfermedad sino exclusivamente que ponga los medios pertinentes para devolver –si se puede–, la salud al paciente.²⁴⁵

A este concepto debe agregarse la consideración de que los mínimos requisitos legales que el médico debe cumplir son los de contar con un título otorgado por una institución reconocida y una cédula profesional que avala su registro ante la Secretaría de Educación Pública, además de darse de alta como contribuyente, contar con recetarios impresos con el número de cédula y recibos de honorarios que deberá dar a la persona que cubre sus honorarios, cuyos talones deberá presentar en la declaración fiscal anual. La Conamed establece que de existir por parte del paciente inconformidad con la atención prestada por el facultativo y someterse a juicio su actuación, de conformidad con lo que prescribe el artículo 34 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5°

243. Franco T. *Óp.cit.*, p.21.

244. *Ibid.*, p.21

245. *Ibid.*, p.21.

Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal se deberá evaluar:

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

De esta manera, el concepto de responsabilidad surge cuando el profesional médico, técnico y sus auxiliares se alejan de los imperativos antes mencionados, generándose la obligación legal de reparar o resarcir los daños causados en la salud o integridad física y/o mental del paciente con motivo de abstenciones, prescripciones o intervenciones, además de responder penalmente por los mismos. Cuando el profesional médico no mide adecuadamente sus limitaciones o actúa en casos que rebasan sus conocimientos o su pericia, invade el campo de lo punible; implica asimismo que la mala preparación es una falta de ética que puede convertirse en una causal de iatrogenia del tipo que se clasifica como culposa. Así, cuando todo ha estado correctamente llevado, no hay materia de reproche, ni moral ni jurídico.²⁴⁶

El acto médico es un proceso complejo. Se trata de un acto humano en donde dos personas se relacionan entre sí, por una parte el profesional de la medicina y por el otro el paciente. En esta relación coexisten elementos explícitos e implícitos y se evalúa, como en cualquier otro tipo de relación, en función de sus resultados. El paciente se acerca al médico con el propósito de resolver su “problema de salud”, que en el más amplio sentido, rebasa al simple problema de la enfermedad; y en la medida que se resuelve, se presenta el reconocimiento que el paciente y la sociedad le otorgan al acto médico, al propio médico y a la institución de salud.²⁴⁷

246. Franco T. Óp.cit., p.21.
247. *Ibid.*, p.21

Si bien es cierto que la eficiencia, la rapidez, la cortesía y la calidez con que se otorgue la atención, impacta favorablemente en la percepción de los pacientes; nada sobrepasa al hecho de lograr la cura, el control o el alivio de la enfermedad y del padecimiento. Es un hecho que los pacientes son capaces de soportar muchas cosas si tienen la certeza (confianza), de que su espera tendrá como consecuencia la solución del problema de salud que entregan al médico (conciencia), "el acto médico es la relación de una confianza con una conciencia".²⁴⁸

Es abundante la información que se recaba a diario sobre acciones relacionadas a la actividad que desarrollan los profesionales de la salud, especialmente la desempeñada por los médicos. La gran mayoría de esa información está referida a actos positivos que ennoblecen a la profesión, como por ejemplo, cuando se informa sobre la atención y restablecimiento de enfermos graves, del éxito de campañas de prevención de enfermedades contagiosas, o de actividades promocionales en beneficio de poblaciones alejadas de las áreas urbanas. Pero también está referida a noticias negativas como cuando se nos informa sobre los resultados adversos obtenidos y recaídos sobre los pacientes o usuarios de la salud que comúnmente es denominada como mala praxis o negligencia médica.²⁴⁹

En ambas situaciones, sean actividades positivas o negativas, se las atribuyen por antonomasia y por costumbre periodística a los médicos cirujanos; sin embargo esto no es del todo así desde hace mucho tiempo atrás, pues con el paso del tiempo y gracias a los aportes de diferentes ciencias, llegamos a una explicación multicausal en la concepción del proceso salud - enfermedad, y a una múltiple disposición de recursos que abordan la salud desde diferentes campos del conocimiento a diferencia de la un causalidad como forma de explicar la enfermedad, y el médico como el único recurso para atenderla.²⁵⁰

Sin embargo a pesar de la multidisciplinariedad en la atención de la salud antes mencionada, se encuentra constantemente noticias que nos refieren como negligencia médica no sólo al acto imprudente, negligente o imperito del médico sino también a aquellos actos similares provenientes de otros profesionales de la salud. Tenemos así que se refieren así a la "negligencia médica" del odontólogo, a la "negligencia médica" del farmacéutico, a la "negligencia médica" de la obstetrix, a la "negligencia médica" de la enfermera, o "negligencia médica" a la de cualquier otro profesional de la salud.²⁵¹

Ciertamente dichas denominaciones son utilizadas por costumbre o como se dice por antonomasia; sin embargo para efectos de establecer la responsabilidad de cada uno de los profesionales de la salud de forma particular, no basta con saber que se ha generado un daño en sí, sino es necesario determinar que éste ha sido consecuencia de la violación de la particular y especial característica de la profesión en especial (teniendo en consideración que además del mismo profesional participan en el arte de curar factores propios de la enfermedad o factores del propio paciente); de tal mane-

248. Franco T. Óp.cit., p.21.

249. *Ibid.*, p.21

250. *Ibid.*, p.21.

251. *Ibid.*, p.21.

ra que para determinar la responsabilidad particular de cada profesión es necesario conocer cada una de ellas por lo que respecto a la responsabilidad profesional resulta preciso y acertado el proverbio popular "una cosa es con guitarra y otra con cajón".²⁵²

En ese sentido es que la presente tesis estudia o habla más bien sobre la peculiar actividad de cada uno de los profesionales de la salud; y se ara comenzando por conocer la milenaria actividad nacida de la propia naturaleza contingente del hombre, aquella generada por el ancestral binomio médico-paciente: El Acto Médico.²⁵³

A nivel doctrinario, no poco se ha escrito respecto del acto médico. Los conceptos, y alcances sobre el particular provienen en su mayoría del viejo continente, sin embargo no son pocos tampoco los intentos que se han logrado en el nuevo continente; así tenemos a Hugo Rodríguez Almada de Uruguay, Luis Alberto Kvitko de Argentina o Geraldo de Freitas Drumond de Brasil. Nuestro país no ha sido la excepción; como es lógico la mayoría de los intentos han provenido de los mismos médicos interesados en conocer más cerca su peculiar actividad. Así tenemos los alcances obtenidos por el Dr. Patrick Wagner Grau, por el Dr. Alberto Perales Cabrera, o por el Dr. Fernando Cabieses, quienes aciertan en sus nociones pero que sin embargo a pesar de valiosos esfuerzos, no logran satisfacer completamente al buscar uno que contenga el enfoque jurídico que fundamenta.

El acreditado jurista español Luis Martínez Calcerrada define la Lex Artis ad Hoc como el criterio valorativo de la concreción del correcto acto ejecutado por el profesional 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 en otros factores endógenos, (es el caso especiales de los médicos) para calificar dicho acto conforme o no con la técnica normal requerida, derivando de ella tanto el acervo de las exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular de la posible responsabilidad de su autor por el resultado de su intervención. Para el mismo autor la LEX ARTIS es cambiante pues la definen los pueblos, los profesionales, los legisladores y también las circunstancias que casi siempre propician un especial modo de actuar y entender las reglas. José Carlos Ugaz, define la LEX ARTIS AD HOC como el conjunto de reglas técnicas y éticas que regulan la conducta de un determinado profesional y su violación por negligencia determina la culposidad. Para el Dr. Cáceres Freyre, la LEX ARTIS es aquel estándar que determina la diligencia empleada. Resumiendo, podemos afirmar que La LEX ARTIS AD HOC es el fundamento del acto profesional de los profesionales en general., es decir el acto debido a que está obligado el Ingeniero cuando levanta puentes, el arquitecto cuando diseña edificios, el contador cuando ingresa datos contables en un libro registrable.²⁵⁴

252. Franco T. Óp.cit., p.21.

253. *Ibid.*, p.21

254. *Ibid.*, p.21.

Podríamos incluso pensar, intentando un mayor análisis, si es que aquellas ocupaciones que no merecen mayor destreza poseen o se encuentran enmarcadas dentro del criterio valorativo de la Lex Artis Ad Hoc.²⁵⁵

Para la Real Academia de la Lengua Española, médico es la persona que se halla legalmente autorizado para profesar y ejercer la medicina, y ésta última es la ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano. En este sentido, se puede definir, que etimológicamente son médicos aquellos autorizados por la ley para curar las enfermedades del cuerpo humano. Para el jurista del Derecho Médico Iberoamericano, Dr. Fernando Guzmán Mora; médico es aquel profesional a quien la estructura social y jurídica de un país ha catalogado como idóneo para ejercer la Medicina. Para el Consejo Federal de Medicina de Brasil (símil del Colegio Médico del Perú) médicos, en términos generales, son aquellos agentes sociales dedicados a diagnosticar las enfermedades para tratar adecuadamente a los enfermos y lo define con mayor precisión como el ser humano personalmente apto, técnicamente capacitado y legalmente habilitado para actuar en la sociedad como agente profesional de la medicina, lo que le asegura el derecho de practicar todos los actos que la legislación permite o abriga.²⁵⁶

En nuestro país, el que cura (o es médico) es quien puede expedir recetas, certificados e informes directamente relacionados con la atención del paciente, interviene quirúrgicamente, prescribe o experimenta drogas, medicamentos o cualquier producto, sustancia o agente destinado al diagnóstico, prevención o tratamiento de enfermedades, esta es pues actividad típica y representativa del Médico Cirujano.²⁵⁹

Dentro del marco legal no se puede dejar de afirmar que la respuesta no puede revestir de mayores complicaciones e interpretaciones, pues surge simplemente del imperio de la ley.²⁶⁰

2.2.1.- Naturaleza Jurídica del Acto Médico.

El acto del que cura es el ACTO MÉDICO. Guzmán Mora lo define como "el hecho del hombre específicamente capacitado en esta ciencia, que acarrea consecuencias y que tiene por objeto la vida o la salud de otro hombre, de manera que el resultado de este actuar siempre tendrá que ver con la ley, por incidir sobre un sujeto de derecho; por afectar los derechos de otro hombre que se ha puesto en sus manos". Este concepto al parecer que lo define bien como hecho jurídico pues si bien que cuando ordinariamente nace de una relación voluntaria (relación médico - paciente) se está frente a la primera fuente de relaciones obligatorias constituida por el acto jurídico como cauce de expresión de la autonomía privada. (El más típico acto jurídico constitutivo es el contrato y

255. Franco T. Óp.cit., p.21.

256. *Ibid.*, p.21

257. *Ibid.*, p.21.

260. Julio Herrera. El Acto Médico. Revista CONAMED, Vol. 9, Núm. 2, abril - junio, 2004,p.p. 15-18

que para nuestro caso es uno de prestación de servicios), por otro lado se tienen los casos donde la relación jurídica del acto médico no nace como consecuencia de la voluntad de los individuos, sino como consecuencia del mandato de la ley; lo que el derecho denomina la constitución heterónoma de la relación obligatoria.²⁶¹

Para el Colegio Médico "Acto médico es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Han de entenderse por tal, los actos de diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico, en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos. Los actos médicos mencionados son de exclusivo ejercicio del profesional médico".²⁶²

Para seguir con comparaciones de nuestro país, se menciona que para el Consejo Federal de Medicina de Brasil acto médico es todo procedimiento técnico profesional practicado por médico habilitado y dirigido para: a)prevención primaria, definida como la promoción de la salud y la prevención de la ocurrencia de enfermedades o profilaxia, b)La prevención secundaria, definida como la prevención de la evolución de las enfermedades o ejecución de procedimiento diagnósticos y terapéutico y c)la prevención terciaria, definida como la prevención de la invalidez o rehabilitación de los enfermos. En nuestro país, el Acto médico es el procedimiento que realiza aquél que está legalmente autorizado para curar y que se desarrolla a través de la prevención, diagnóstico de enfermedades, tratamiento (terapéutica) y recuperación de las personas enfermas.²⁶³

En el sentido del contexto anterior consideramos que el acto médico obedece primero a un concepto jurídico antes que a una determinada actividad profesional. En efecto, se piensa que la importancia y trascendencia del acto médico no resulta de la actividad en sí, ni de la atribución privativa del acto profesional de curar hacia los agentes de una determinada profesión, o de su nobleza o valoración sentimental, sino resulta de sus consecuencias en las relaciones entre las personas (se refiere con esto al surgimiento de derechos y obligaciones). Y queda muy claro esto, pues no tiene sentido discutir, esclarecer, parlamentar, sobre acciones, procedimientos, o actividades si es que éstas no son de necesidad de la sociedad y no merecen mayor importancia que ésta le pueda atribuir. En este sentido el acto médico por ser una actividad básicamente relacional (relación médico-paciente) necesariamente obedece en primer lugar al concepto que se le pueda atribuir desde la perspectiva jurídica pues es a esta disciplina la que le corresponde estudiar estos asuntos del hombre y sus relaciones.²⁶⁴

261. Julio Herrera.Óp.cit., .p.17

262. Carlos Vazquez.Revista CONAMED, Vol. 10 Núm. 1, enero-marzo, 2005-7 Memorias del IX Simposio Conamed,p.p.15-17

263. Pablo Valle. Oficina Panamericana de la Salud (1985), Revista de Bioética. Puerto Rico.p.p.32.

264. Pablo Valle.Óp.cit., p.32

Su origen o nacimiento se circunscribe a una relación de naturaleza contractual o extracontractual. Como se menciona anteriormente, en el primer caso nace como consecuencia del contrato (acto jurídico) que surge de la relación del enfermo que acude al profesional médico motivado por la alteración en su salud para que éste último, de acuerdo a su capacidad y al tipo de enfermedad, lo intente curar o rehabilitar. En el segundo caso nace como consecuencia de un deber jurídico general, específicamente una "relación obligatoria heterónoma" la que en los hechos es una relación jurídica similar a la que habría creado un contrato, sin su voluntad y aun contra su voluntad que se produce de supuestos legalmente tipificados. En tales casos basta la producción o la aparición en la realidad social del supuesto de hecho previsto por la norma para que automáticamente pueda considerarse como nacida una obligación. Por todo lo anteriormente mencionado se puede afirmar que la naturaleza Jurídica del Acto Médico es una de carácter civil. ²⁶⁵

2.2.2.-Elementos del Acto Médico.

Como toda actividad jurídica podemos identificar los siguientes elementos:

1. Sujeto Activo: Que no puede ser otra que la persona legalmente capacitada para el ejercicio profesional de la curación. En nuestro país se encuentra claramente normado en la Ley General de Salud al establecer que para desempeñar cualquier actividad profesional propia de la medicina, odontología, farmacia se requiere tener título profesional además de estar debidamente licenciado para casos de especialización, de lo que podemos inferir, en un primer momento, que se encuentre frente a actos médicos generales y especiales.²⁶⁶

Así mismo se debe entender que esta autorización legal a determinados sujetos para ejercer el acto médico se debe encontrar encaminado al acto de diagnosticar, tratar y recuperar la salud de las personas sea en forma individual o grupal.²⁶⁷

Siguiendo con esta comparación México-Brasil; El Consejo Federal de Medicina de Brasil en su resolución CFM 1.627/2001 señala: "Los actos médicos pueden ser privativos del profesional médico o pueden ser compartidos con otros profesionales, siempre y cuando la legislación que la reglamenta así lo determine, como ejemplo podemos mencionar las cirugías buco maxilo faciales que pueden ser legalmente practicadas por médico o por cirujanos dentistas, la psicoterapia, que es compartida por médicos y psicólogos, otros procedimientos como inyecciones parenterales, curativos en lesiones superficiales, colecta de material para examen mediante técnicas invasivas que son compartidas por médicos y por enfermeros.²⁶⁸

265. Carlos Vazquez.Óp.cit., p.16

266. Aguirre Gas Héctor. Óp.cit., p.300.

267. Ibid., p.301

268. Ibid., p.302.

269. Ibid., p.303.

2. Sujeto Pasivo: Es sujeto pasivo del acto médico la persona humana. Queda claro que no existe acto médico sobre animales. Al respecto es importante resaltar lo mencionado por el Dr. Alberto Perales Cabrera cuando diferencia, con mucho acierto, acto médico del acto sanitario del veterinario, pues mientras que en el primero, el profesional atiende tanto la enfermedad como la dolencia de las personas, en el segundo simplemente trata la enfermedad de los animales; entendiendo por enfermedad el resultado morboso producido por la acción de los factores patógenos sobre el individuo con quiebra de su sistema homeostático y por dolencia la reacción del sujeto anímico frente a la enfermedad que sufre o cree sufrir y la interpretación idiosincrásica; psicología, social y cultural que le confiere. Nótese la interesante distinción que hace al atribuir a la persona enfermedad más dolencia y al animal simplemente enfermedad.^{.269}

2.2.3.- Características del Acto Médico.

Encontramos que para la existencia del acto médico deben concurrir conjuntamente las siguientes características:

1. Unidad del acto: El acto médico es un procedimiento profesional que comporta la facultad legal de realizar las cuatro actividades siguientes; ya sea en forma conjunta o separada, pero siempre las cuatro.^{.270}

1.1. Prevención: Cuida de prevenir la aparición de enfermedades a través de métodos profilácticos y de acciones que persigan la promoción de la salud de la población.^{.271}

1.2. Diagnóstico: Implica poseer competencia técnico científica para proceder a la identificación y diferenciación de las diversas patologías con la finalidad de prescribir el tratamiento de modo profesional como una modalidad de trabajo social reconocido y autorizado.^{.272}

1.3. Terapéutica: Implica poseer competencia técnico científica para proceder al tratamiento quirúrgico o prescrito de drogas o medicamentos encaminados a suprimir las patologías.^{.273}

1.4. Rehabilitación: El acto médico debe ser necesariamente rehabilitador, entendiendo por éste término su carácter recuperador de la salud alterada.

²⁶⁹ Aguirre Gas Héctor.Óp.cit., p.304.

²⁷⁰ Ibid., p.305

²⁷¹ Ibid., p.306.

²⁷² Ibid., p.307.

²⁷³ Ibid., p.308

Queda claro que dentro de esta esfera, de la unidad del acto, se encuentra todas aquellas otras actividades propias de la medicina, en la medida que se encuentran destinadas a la recuperación de la salud, de tal manera que la actividad administrativa, la típicamente asistencial, la investigadora y la docente deben necesariamente enfocarse en este sentido para ser denominado como acto médico.^{.274}

2. Positividad del Acto: El acto médico debe ser positivo en el sentido de que el acto debe tener bases científicas, pues lo contrario llevará a la pérdida de su carácter asistencial. En los casos ordinarios, el profesional de la salud realiza actos descritos con anterioridad por otros y admitidos con carácter científico en la práctica profesional; no obstante el conocimiento se puede ir enriqueciendo constantemente con nuevas aportaciones que sólo pueden pasar al terreno de la praxis profesional cuando han cumplido con las normas y principios de la investigación científica. Es importante mencionar que la positividad del acto descarta de plano aquellas actividades similares o análogas realizadas por personas con conocimientos médicos y que efectivamente consiguen el restablecimiento de la salud de los pacientes, pero que sin embargo son producto del empirismo.^{.275}

3. Temporalidad e Inmediatez del Acto: Es decir que la actividad del profesional de la salud está limitada a una serie de periodos de tiempo orientada a la prevención, tratamiento o rehabilitación de la salud del paciente, de tal manera que superada la alteración de la salud del paciente (en la generalidad de los casos) concluye el acto pues lo contrario implicaría una relación indefinida en la relación médico paciente. Así mismo esta temporalidad debe estar dentro de una relación inmediata, es decir directa entre el médico y paciente.

4. Actividad Final: En cuanto satisface directamente la demanda del consultante brindándole atención integral en el diagnóstico, tratamiento, y/o recuperación de su salud, bajo la forma de consulta médica, hospitalaria, de urgente atención odontológica o gineco - obstétrica.^{.276}

2.2.4.- Objeto del Acto Médico.

Es objeto del acto médico la protección de la salud de las personas individual o colectivamente. Para el Consejo Federal de Medicina Brasilerio consiste no sólo en "prestar asistencia médica" sino también investigar enfermedades o enseñar disciplinas médicas. No hay acto médico cuando la actividad realizada es ilícita, es decir es contraria al ordenamiento jurídico, cuando transgrede normas imperativas, el orden público y las buenas costumbres (ejemplo: realizar abortos, realizar actos encaminados a la comercialización de órganos, etc.).^{.277}

274. Aguirre Gas Héctor. Óp.cit., p.309.

275. *Ibid.*, p.310.

276. *Ibid.*, p.311.

277. *Ibid.*, p.311.

2.2.5.-Finalidad del Acto Médico.

La finalidad del acto médico es múltiple. Podemos citar sin ser limitativo, el incremento del bienestar de las personas, la profilaxis o diagnóstico de las personas, el tratamiento y rehabilitación de los enfermos.²⁷⁸

2.2.6.-Forma del Acto Médico.

El acto médico es necesariamente formal. El artículo 29 de la Ley General de Salud establece que todo acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y debe contener las prácticas y procedimientos que se han aplicado al paciente destinados a resolver el problema de salud diagnosticada. Además de lo anterior el artículo 44° de la misma norma es determinante cuando ordena que el médico y el cirujano-dentista queden obligados a proporcionar copia de la historia clínica al paciente en caso que éste o su representante lo soliciten. Por otro lado a pesar de lo anterior, consideramos que podrá existir acto médico sin historia clínica, sin embargo su displicencia (de la historia clínica) o mala elaboración revertirá en perjuicio del profesional, en caso se vea involucrado frente a una denuncia o demanda por negligencia profesional.²⁷⁹

Para el Dr. Alberto Perales los actos realizados por otros profesionales de la salud (entre los cuales comprende a todos los profesionales de la salud a excepción de los médicos) le corresponde el acto de salud, entendiendo como medicina a la ciencia y arte de evitar y curar las enfermedades y salud, como disciplina multisectorial y multiprofesional orientada a lograr el estado completo bienestar físico, mental y social de las personas. Para este caso que se trata corresponde denominarlo acto sanitario, comprendiendo en aquella actividad a los profesionales de la salud no médicos, entendiendo por éstos, a los demás profesionales de la salud que si bien contribuyen de manera importante a la recuperación de la salud de la población no son considerados así por la ley y/o carecen de facultad legal para el diagnóstico de enfermedades y terapéutica.²⁸⁰

Conocer el debido concepto, su clasificación, los elementos, la forma del acto médico contribuye a abordar con precisión jurídica y científica la investigación de la responsabilidad de los profesionales de la salud en todas sus dimensiones (sean estas éticas, penales, civiles, o administrativas) en un contexto sereno como un instrumento garantista, de mejoramiento del ejercicio profesional y de una atención adecuada a los pacientes. Así mismo contribuye y facilita la defensa de sus operadores. Un ejemplo práctico obtenido de la práctica forense legal la encontramos cuando a efectos de individualizar la responsabilidad establecemos con precisión el grado de autonomía, especialidad y resultado que le cabe a determinado profesional en determinado acto médico. Otra aplicación práctica surge cuando se trata de establecer daños por intrusión de no médicos (por ejemplo prescripción médica de un profesional de la salud que no tiene facultad legal para este acto; terapéutica o

278. Aguirre Gas Héctor. Óp.cit., p.312.

279. Ibid., p.312

280. Ibid., p.312.

actos quirúrgicos realizados por quienes no están autorizados para esto), intrusión entre distintos profesionales de la salud (por ejemplo cuando un cirujano dentista cura fuera del ámbito del sistema estomatognático), intrusión dentro de una misma profesión (por ejemplo cuando un médico general realiza, sin encontrarse frente a una situación excepcional, una cirugía exclusiva del cirujano pediátrico o así por el estilo). Por otro lado tenemos que si bien que el estudio e investigación jurídica de la actividad que realizan los profesionales de la salud estará siempre asociada en torno al derecho de la responsabilidad, no podemos dejar de evaluar otros aspectos que le son propios como su constante evolución; la importancia de su temática para los derechos humanos; la cotidianidad y alta frecuencia en la generación de conflictos, su alto costo económico y a todo nivel, sus posibles soluciones tanto a través de las distintas políticas de resarcimiento, de la administración de justicia, como de los métodos alternativos y distintos mecanismos de control y participación ciudadana; el interés generalizado que despiertan estos temas para toda la comunidad, ya que, en principio, nadie se puede sustraer a la posibilidad de estar inmerso en la administración, prestación y utilización de un servicio o producto de la salud.²⁸¹

‘La medicina es una profesión de servicio y quien ingresa a sus filas asume la obligación de comportarse de acuerdo con sus ideales, y apegarse a la “lex artis ad hoc”, a la deontología y cumplir con la normativa aplicable. El respeto ante la vida y la persona humana son la esencia espiritual de esos ideales y mantienen su legítima vigencia, en nuestro quehacer de cada día y como un auténtico tributo de nuestro arte y nuestra ciencia, a la cultura y a la civilización”.²⁸²

Sin embargo es un hecho que en la naturaleza misma del acto médico hay factores incontrolables que pueden provocar resultados opuestos a los buscados y, al lado de los efectos beneficiosos –por fortuna más frecuentes y numerosos- pueden generarse perjuicios, graves o ligeros, inmediatos o tardíos, que se califican de iatrogénicos, afirma el distinguido académico, Dr. Manuel Quijano Narezo. Así, la profesión de la medicina se define como una actividad de servicio para satisfacer necesidades sociales de salud. En esta definición está implícita que la profesión médica tiene un objetivo específico, la salvaguarda de la salud; un agente, que es el médico; un beneficiario directo, el hombre y un beneficiario indirecto, la sociedad.²⁸³

Cuando se ve cuán lejos se encuentra lo que hace el médico de lo que la sociedad espera que haga por ella, cuando sabemos que solamente un número limitado de tratamientos ha demostrado de manera incontrovertible su utilidad, cuando repasamos las cifras de las muertes derivadas de procedimientos médicos, cuando analizamos los contrastes entre grandes inversiones en salud y mejores resultados obtenidos con inversiones más modestas, cuando percibimos que la sociedad no está conforme con la medicina, cuando es evidente que nosotros mismos no lo estamos. El carácter humanista del profesional de la salud es el resultado de un proceso que debe desarrollarse a

281. Aguirre Gas Héctor. Óp.cit., p.313.

282. Ibid., p.314.

283. Ibid., p.314.

todo lo largo de su formación, por lo que es necesario un pensamiento axiológico que le permita comprender la base ideológica de su actuación en su entorno laboral a la luz de las exigencias de la época.²⁸⁴

Para tomar decisiones frente a los dilemas éticos es preciso contar con una teoría basada en principios, modelos y valores que proporcionen una adecuada metodología sobre la cual, el profesional de la salud puede regular su actuación. Sólo bajo un condicionamiento axiológico es posible comprender cabalmente la relación médico-paciente.²⁸⁵

Su creciente complejidad está determinada por el propio desarrollo de las Ciencias Médicas y esto exige un pensamiento valorativo permanente.²⁸⁶

Es evidente que la medicina está bajo fuertes presiones de toda índole: científicas, económicas, sociales y políticas. Muchas son ocasionadas por el éxito de la medicina y no por sus fallas: el enorme aumento de enfermedades crónica es un tributo indirecto a la capacidad de la medicina para mantener saludables a aquellos que en otros tiempos debieran haber muerto.²⁸⁷

También es evidente que el problema es mundial, los gobiernos se están enfrentando al dilema: Tratar de mantener y recuperar la confianza del público en los médicos toda vez que la profesión ha de continuar resolviendo las tensiones del desequilibrio entre la cobertura y la calidad, contra la oferta disponible de servicios. Contra la introducción de regulación bajo la iniciativa y la responsabilidad del estado, lo que significaría que éste, en lugar de la profesión, se convierta en el blanco del descontento de los ciudadanos con la calidad de los servicios que reciban.²⁸⁸

Es real que no se puede recuperar esa confianza sólo a través de la propia profesión y sus medidas de autorregulación, ya sea de actualización continua o de procesos de certificación; ni tampoco recuperarla a través de asegurar la aplicación de medidas regulatorias extremas; se debe entonces reconocer que para lograrlo se requiere de un gran pacto social, explícito y claro para todos. La medicina persistirá como profesión en la medida en que el conocimiento médico especializado sea conservado y puesto en práctica para beneficio de la humanidad, de manera responsable y de acuerdo con las necesidades actuales de las sociedades, conservando estándares y también es importante señalar que el médico de ésta nueva época debe distinguirse por sus virtudes personales, depender menos de los procedimientos y acogerse a normas estrictas de ética y de conducta, para recuperar el respeto de la sociedad. Debe ser culto, elegante en el pensamiento y en la actitud y pulcro en todo sentido. Nunca debe olvidar que la razón de ser de nuestra profesión es el paciente, que la medicina exige entrega y sacrificio y que para ejercerla es necesario entenderla y amarla.²⁸⁹

284. Aguirre Gas Héctor. Óp.cit., p.315.

285. *Ibid.*, p.315.

286. *Ibid.*, p.315.

287. *Ibid.*, p.315.

288. *Ibid.*, p.316.

289. *Ibid.*, p.316.

2.3.-Historia Natural de la Enfermedad.

La enfermedad es un proceso y el estatus consecuente de afección de un [ser vivo](#), caracterizado por una alteración de su estado [ontológico](#) de [salud](#). El estado o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo: estos factores se denominan [noxas](#) (del [griego](#) νόσος, nósos: «enfermedad», «afección de la salud»^{.290}).

La salud y la enfermedad son parte integral de la [vida](#), del [proceso biológico](#) y de las [interacciones medioambientales](#) y [sociales](#). Generalmente, se entiende a la enfermedad como una entidad opuesta a la salud, cuyo efecto negativo es consecuencia de una alteración o desarmonización de un sistema a cualquier nivel.^{.291}

Por definición, existe una sola enfermedad, pero la caracterización e identificación de variados procesos y estados diferentes de la salud, ha llevado a la discriminación de un universo de entidades distintas (entidades nosológicas), muchas de ellas son entendidas estrictamente como enfermedades, pero otras no ([síndrome](#), [entidad clínica](#) y [trastorno](#)). De esta forma, las enfermedades y procesos sucedáneos y [análogos](#), son entendidas como [categorías](#) determinadas por la [mente humana](#).^{.292}

Las enfermedades que afectan a las [plantas y demás géneros botánicos](#) conciernen a la [Fitopatología](#), las patologías que afectan a los animales son dominio de la [Ciencia Veterinaria](#). La enfermedad humana es el núcleo organizador de la [Ciencia Médica](#), pues gran parte del conocimiento médico está orientado hacia la enfermedad y a su solución.^{.293}

Estrictamente (dentro del campo médico), las enfermedades son objeto de estudio de la [Patología](#) (del griego παθος: «afección», «sufrimiento») que investiga las características propias de cada entidad, sus componentes y el proceso que desarrollan, en relación con la evidencia morfo fisiológica que se imprime en la biología del organismo enfermo. Sin embargo, es la [Nosología](#) la disciplina encargada de gobernar la definición y clasificación de las diversas enfermedades según una normativa basada en la caracterización e identificación de los componentes y funciones que definen cada entidad nosológica como algo único y discernible del resto. Así, son estudiadas en un contexto más amplio, comparativo, y sistemático, dentro de un esquema global de la patología.^{.294}

Un enfermo es un ser humano que padece una enfermedad, sea consciente o no de su estado. Joan Riehl-Sisca define el rol del enfermo como «la posición que asume una persona cuando se siente enferma»^{.295}.

290. Cecil. Tratado de medicina interna, 18ª edición, volumen 1, interamericana, México 1991, p.p. 20-35, 80-115.

291. *Ibid.*, p. 23.

292. *Ibid.*, p.24.

293. *Ibid.*, p.24.

294. *Ibid.*, p.25.

295. *Ibid.*, p.25.

La forma en que un individuo percibe la salud y la enfermedad es un fenómeno complejo y particular de como éste reacciona en conjunto y enfrenta la situación en diferentes dimensiones de su personalidad (emocional, racional, físico y espiritual por ejemplo). Así, cada persona vivirá la experiencia de salud-enfermedad de manera diferente y esto condicionará el significado que dé a tales experiencias.²⁹⁶

A pesar de las reacciones individuales, el entorno social y cultural aporta un encuadre de tales reacciones, limitando su expresividad a ciertas formas «culturalmente aceptables».²⁹⁷

Siguiendo la misma línea, Sanz Ortiz expresa: «Cuando la persona enferma, lo hace de forma integral, no en parcelas ni a plazos. Todos los componentes del ser humano quedan alterados y cada uno de ellos demanda sus propias necesidades. De tal forma que la enfermedad genera síntomas físicos como el dolor y la disnea; síntomas psicoemocionales como miedo, ansiedad, ira, depresión; necesidades espirituales como sentimientos de culpa, de perdón, de paz interior; y demandas sociales como consideración y no abandono.»²⁹⁸

La experiencia de enfermedad es la vivencia de un proceso que implica cambios o modificaciones de un estado previo. Se divide en cinco etapas:

1. Fase I, en la que se experimenta el síntoma.
2. Fase II, en la que se asume el papel de enfermo.
3. Fase III, en la que se toma contacto con el agente de salud.
4. Fase IV, en la que el enfermo se hace dependiente del servicio de salud.
5. Fase V, en la que tiene lugar la rehabilitación o recuperación o aceptación del estado de enfermedad si éste es crónico.

En general, las «personas enfermas» actúan de una forma especial frente a su estado; los sociólogos médicos llaman conducta de enfermedad a tal modificación actitudinal.²⁹⁹

La conducta de enfermedad implica cómo el enfermo controla su organismo, define e interpreta sus síntomas, adopta acciones y hace uso del sistema sanitario. Existe una gran variabilidad en la forma en la que las personas reaccionan frente a la enfermedad, tanto la propia como la ajena. Sin embargo, la manifestación de la conducta de enfermedad puede usarse para controlar las adversidades de la vida.³⁰⁰

296. Cecil. Óp.cit., p.27.

297. *Ibid.*, p. 28.

298. *Ibid.*, p.29.

299. *Ibid.*, p.30.

300. *Ibid.*, p.30.

La conducta de enfermedad puede convertirse en anómala cuando es desproporcionada respecto al problema presente y la persona persiste en el papel de enfermo.³⁰¹

El léxico médico identifica a las causas posibles, probables o ciertas de una enfermedad con el término «etiología». Las causas de enfermedad pueden no ser muy claras para algunas enfermedades (por ejemplo, los desórdenes psiquiátricos), mientras que en otras, la relación causa-efecto es prácticamente innegable y evidente (como a menudo ocurre en las [enfermedades infecciosas](#)).³⁰²

La etiología o causa de una enfermedad no siempre es única, y muchos casos (diabetes, hipertensión arterial, infertilidad, psicosis, colitis ulcerosa, etc.) se entienden como poli causales, esto es, en ellos intervienen varios factores patogénicos.³⁰³

Existe un modelo que plantea como causas una serie de factores, un espectro que varía desde un extremo con las causas genéticas (endógenas) hasta otro extremo, correspondiente a factores medio-ambientales (externos).³⁰⁴

Las enfermedades son categorías mentales, cada cual con un cierto significado particular que le proporciona individualidad necesaria para ser entendida como una entidad nosológica. Tal distinción intelectual (categorización) se realiza en función de los componentes propios de cada entidad nosológica que la caracterizan como tal. Consecuentemente, la información total que hace de cada entidad nosológica lo que es, parte del análisis de unidades mínimas y parciales; cada una representa un aspecto del proceso total de enfermedad. En algunos casos, ciertos aspectos son desconocidos o inciertos, haciendo difícil una descripción cabal de esas entidades.³⁰⁵

Son variados los aspectos básicos (componentes) considerados en general para el estudio de los diferentes procesos patológicos. Cualquiera de estos componentes puede ser utilizado como criterio taxonómico de las diferentes entidades nosológicas.³⁰⁶

El concepto sobre una enfermedad: aproximación que orienta sobre el tipo de enfermedad en cuestión, y ayuda a su entendimiento. Toda enfermedad tiene un componente conceptual que la categoriza y proporciona un punto de referencia para identificar qué puede tener en común o diferenciarse una entidad nosológica de otra.³⁰⁷

Un ejemplo: la denominación «diabetes», hacía una referencia significativa a "paso de agua" evidente en el aumento de la sed (polidipsia) y de la excreción de orina ([poliuria](#)). Ello hizo agrupar a dos trastornos (diabetes mellitus y diabetes insípida) que lo único que tienen en común es la polidipsia y la poliuria, puesto que sus causas, frecuencias, y manifestaciones restantes son totalmente diferentes.³⁰⁸

301. Cecil. Óp.cit., p.31

302. Ibid., p. 31.

303. Ibid., p.32.

304. Ibid., p.32.

305. Ibid., p.32.

306. Ibid., p.32.

307. Ibid., p.33.

308. Ibid., p.33.

La ciencia de la epidemiología considera —estadísticamente— muchas variables para definir casuísticamente tal contexto (poblacionales, medioambientales, étnicas, genéticas, laborales, ecológicas, etc.).³⁰⁹

La epidemiología de una enfermedad también proporciona parámetros para determinar la importancia de una patología en particular en relación a su casuística (frecuencia de casos) y a la probabilidad de determinar una causa para tales casos.³¹⁰

Para una enfermedad, la etiología es su causa principal identificada; representa el punto de partida para establecer la enfermedad. Es el factor inicial para la génesis del proceso patológico. Sin embargo, en muchas enfermedades y procesos sucedáneos, la etiología es incierta o desconocida. En este aspecto, cabe una distinción primaria, la que hace de los síndromes entidades pluri etiológicas; mientras que las enfermedades a lo sumo tienen una única causa.³¹¹

En este contexto, cabe destacar que junto a la etiología se suelen describir los factores desencadenantes de la enfermedad. A menudo, coexisten determinadas circunstancias que no son causa (al menos directa) de la enfermedad, actúan como hechos que dan inicio al proceso en sí mismo.

A veces, para una enfermedad, se describe su «etiopatogenia», esto es: su etiología y su patogenia de manera conjugados como un proceso unificado.³¹²

Patogenia o patogénesis es la descripción (a veces tentativa) del complejo [proceso fisiopatológico](#) que se desarrolla a partir de los efectos desencadenados por el factor etiológico. Tal descripción define la transición hacia el estatus de enfermedad.³¹³

La patogenia de una enfermedad es la representación de los mecanismos alterados de la fisiología normal que generan, sostienen y finalizan o perpetúan el proceso patológico promovido por una causa (etiología).³¹⁴

El estudio anatómico e histopatológico permite indagar sobre la evidencia físico-química del proceso de enfermedad, que ha quedado plasmado en [alteraciones](#) de la morfología y fisiología normal a cualquier nivel (molecular, celular, tisular, orgánico, etc.). El hallazgo de esta evidencia, generalmente, tiene carácter diagnóstico definitivo.³¹⁵

Existen varias técnicas y metodologías para demostrar las diversas lesiones morfo funcionales, y determinar su interpretación en el contexto de la patogenia; pues las lesiones pueden ser entendidas como hitos que marcan un curso: el camino pato genésico, que conduce hacia un tipo de enfermedad.³¹⁶

309. Cecil. Óp.cit., p.33

310. Ibid., p. 34.

311. Ibid., p.34.

312. Ibid., p.34.

313. Ibid., p.34.

314. Ibid., p.34.

315. Ibid., p.34.

316. Ibid., p.35.

Cuadro clínico, manifestaciones clínicas o sólo «clínicas», es un contexto o marco significativo, definido por la relación entre los signos y [síntomas](#) que se presentan en una determinada enfermedad (en realidad, que presenta el enfermo).³¹⁷

La [semiología clínica](#) es la herramienta que permite definir un cuadro clínico, donde cabe distinguir:

- [Síntomas](#): Son la referencia subjetiva que da el enfermo sobre la propia [percepción](#) de las manifestaciones de la enfermedad que padece. Los síntomas son la declaración del enfermo sobre lo que le sucede. Los síntomas, por su carácter subjetivo, son elementos muy variables, a veces poco fiables y no muy certeros; muchas veces, su interpretación puede ser difícil. Aun así, su valor en el proceso diagnóstico es indudable. El [dolor](#) es el principal síntoma que lleva al individuo a solicitar atención médica.³¹⁸
- [Signos clínicos](#): Son los indicios provenientes del examen o exploración psicofísica del paciente. Los signos clínicos son elementos sensoriales (relacionados con los sentidos); se recogen de la biología del paciente a partir de la [observación](#), el [olfato](#), la [palpación](#), la percusión y la [auscultación](#), además de la aplicación de ciertas maniobras. Cada signo es pleno en significado, pues tiene una interpretación particular según un contexto semiológico.³¹⁹

Las pruebas complementarias de la semiología clínica comportan el aporte de información adicional proveniente de la biología del paciente mediante la aplicación de diferentes técnicas, generalmente instrumentales. Los resultados aportados por las pruebas complementarias deben ser interpretados dentro del contexto clínico.³²⁰

Ejemplos de pruebas complementarias son: todas las técnicas de imagen (ultrasonografía, rayos X, tomografías, resonancia magnética, centellografía, etc.), electrocardiograma, espirometría, [análisis de sangre](#) (hemograma), mielograma, punciones (varias), [análisis de orina](#), test psicológicos, pruebas de esfuerzo físico, polisomnografía, etc.³²¹

Es un complejo proceso que desarrolla el profesional, e implica una respuesta cognitiva ante el planteo de la situación del paciente. El diagnóstico puede determinar un estado patológico o no (también se diagnostica la salud en un paciente).³²²

El proceso incluye el [diagnóstico diferencial](#), es decir, la valoración de todas las posibles causas nosológicas que podrían dar un cuadro clínico similar. Se sigue de escoger la posibilidad más adecuada en función de los resultados de la anamnesis, la exploración física, las pruebas complementarias, y a veces el tratamiento.³²³

317. Cecil. Óp.cit., p.35

318. Ibid., p. 35.

319. Ibid., p.35.

320. Ibid., p.35.

321. Ibid., p.35.

322. Ibid., p.35.

323. Ibid., p.35

La evolución es el curso de acontecimientos biológicos entre la acción secuencial de las causas componentes ([etiología](#)) hasta que se desarrolla la enfermedad y ocurre el desenlace (curación, paso a cronicidad, o muerte). La [historia natural de una enfermedad](#) representa la evolución del proceso patológico sin intervención médica. Se habla de [medicina preventiva](#) cuando hay intervención médica con el objetivo de cambiar la evolución natural de la enfermedad hacia un curso más benigno para el paciente.³²⁴

Consiste en todas aquellas opciones ambientales, humanas, físicas, químicas, entre otras, que contribuyen a la curación del paciente, de su proceso, o bien a la atenuación de sus síntomas (tratamiento paliativo) para mejorar en lo posible su calidad de vida logrando su incorporación a la sociedad.³²⁵

Representa información de carácter estadístico sobre la tendencia que sigue un proceso patológico. Muchas variables deben ser tenidas en cuenta al momento de elaborar un pronóstico. No siempre es posible pronosticar la evolución de una enfermedad, con o sin tratamiento.³²⁶

La prevención o [profilaxis](#) es información concerniente a actuaciones que modifican la probabilidad de enfermar, disminuyendo los riesgos. La prevención comporta medidas de actuación orientada a evitar la enfermedad y a mejorar el estado de salud.³²⁷

La clasificación de las enfermedades como entidades nosológicas son gobernadas por la [nosotaxia](#), una disciplina dependiente de la [nosología](#). Las clasificaciones son variadas y dependen de los criterios que se toman en cuenta.³²⁸

La clasificación de las enfermedades expresa el resultado de una inmensa cantidad de observaciones, de un intento de imprimirles orden y de una pretensión de que dicho orden no procede de una interpretación, sino de una correspondencia, un acercamiento al orden natural.³²⁹

En Medicina, las enfermedades se agrupan según tengan similitudes anatómicas, etiológicas o patogénicas. La clasificación más adecuada es la que aún las tres particularidades. No es, sin embargo, lo frecuente.³³⁰

La Clasificación Internacional de Atención Primaria es una taxonomía de los términos y expresiones utilizadas habitualmente en [medicina general](#). Recoge los motivos (o razones) de consulta, los [problemas de salud](#) y el proceso de atención. Es un tipo de clasificación de terminología médica de ámbito internacional, también denominada CIAP-2 (en español) o ICPC-2 (por las siglas en inglés de: International Classification of Primary Care) y en forma extendida como ICPC-2 PLUS.³³¹

324. Cecil.Óp.cit., p.80

325. Ibid., p. 81.

326. Ibid., p.82.

327. Ibid., p.82.

328. Ibid., p.83.

329. Ibid., p.83.

330. Ibid., p.84.

331. Ibid., p.85.

La WONCA ("Organización Mundial de los Médicos Generales / de Familia") publicó en 1999 la versión española de la Clasificación Internacional de la Atención Primaria edición segunda (CIAP - 2); a partir de la edición original en inglés, de 1998, denominada International Classification of Primary Care (ICPC).³³²

El encargado de la traducción al español fue el Dr. [Juan Gérvas](#), miembro del Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Actualmente la ICPC-2 está disponible en 20 idiomas.³³³

La Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) es una lista de códigos publicada por la [Organización Mundial de la Salud](#). La CIE es una clasificación central en la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (en inglés, WHO-FIC). Bajo revisión permanente, la CIE actualmente en uso es la décima edición (CIE-10), desarrollada en 1992 para seguimiento estadístico de la mortalidad.³³⁴

La CIE provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños o enfermedad. Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y darle un código de hasta cinco caracteres de longitud (en formato de X00.00). Tales categorías incluyen grupos de enfermedades similares.³³⁵

Fue diseñada inicialmente como una herramienta para describir enfermedades desde una perspectiva de [salud pública](#). Es usada mundialmente para las estadísticas sobre morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas.³³⁶

Una importante alternativa a la codificación de la CIE es el Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales (DSM, del [inglés](#) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA). El DSM es el principal sistema diagnóstico para desórdenes psiquiátricos y psicológicos dentro de los Estados Unidos, y es usado como adjunto a otros sistemas de diagnóstico en muchos países. Desde 1990, la APA y la OMS han trabajado conjuntamente para aunar criterios y hacer concordar el DSM con ciertas secciones de la CIE; sin embargo, todavía existen algunas diferencias.³³⁷

332. Cecil. Óp.cit., p.86

333. Ibid., p. 87.

334. Ibid., p.88.

335. Ibid., p.88.

336. Ibid., p.88.

337. Ibid., p.89.

Según la [etiopatogenia](#) — según la causa y la fisiopatología consecuente—, las enfermedades se pueden clasificar en:

- [Enfermedades endógenas](#) (atribuibles a alteración del huésped):
 - [Genéticas](#)
 - [Congénitas](#)
 - [Nutricionales](#)
 - [Metabólicas](#)
 - [Degenerativas](#)
 - [Autoinmunes](#)
 - [Inflamatorias](#)
 - [Endocrinas](#)
 - [Mentales](#)

- [Enfermedades exógenas](#) (atribuibles al efecto de la acción directa del agente sobre el huésped):
 - [Infecciosas](#)
 - [Parasitarias](#)
 - [Venéreas](#)
 - [Tóxicas](#)
 - [Traumáticas](#)
 - [Alérgicas](#)
 - [Iatrogenias](#)

- [Enfermedades ambientales](#) (atribuibles a los efectos del ambiente y del agente -en conjunto- sobre el huésped):
 - [Ambientales](#)
 - [Profesionales](#)
 - [Mecano posturales](#)
 - Por causa externa

- [Enfermedades de etiología multifactorial](#):
 - [Neoplásicas](#)
 - [Del desarrollo](#)
 - [Idiopáticas](#)
 - [Psicosomáticas](#)

Algunas enfermedades llevan el nombre de quien la describió ([epónimos](#)):

[Categoría: Enfermedades epónimas](#)

- [Enfermedad de Alzheimer](#)
- [Enfermedad de Parkinson](#)

Desde tiempos remotos como lo marca la historia el proceso salud enfermedad ha sufrido una serie de transiciones a medida que el hombre lo ha concebido dentro de su entorno, en la era paleolítica la concepción fue mágica, donde todo lo atribuían a lo sobrenatural siendo los actores principales los brujos o chamanes, tiempo después en Grecia surge lo natural siendo la salud una necesidad para los seres vivos acercándose un poquito a los métodos actuales como lo son el clínico, epidemiológico y ambiental; desde la antigüedad clásica surge la concepción de lo ideal o utópico difícil de medir, y de existir donde los métodos fueron básicamente la elaboración de modelos de salud inalcanzables; posterior y desde los orígenes a la presente medicina emerge la somático fisiológica, acercándose al concepto de salud como ausencia de enfermedad los métodos empleados son la exploración del cuerpo, exámenes de signos y síntomas, y análisis varios. A inicios del siglo XVIII surge la concepción psicológica atribuyéndose a la salud como lo que no es del cuerpo tangible utilizando como métodos la exploración psiquiátrica individual.

La concepción Sanitaria retoma la salud como un estado positivo y colectivo. Estudiando la transmisión social de la enfermedad, basándose en la prevención, su historia se desprende de medidas profilácticas desde la antigüedad y desarrollándose en el método científico a partir del siglo 19 cuyas disciplinas son la medicina preventiva y social, sanidad y salud pública, utilizando métodos de trabajo como encuesta sanitaria a la población y su ambiente, realizando programas de salud basados en la epidemiología, otorgando educación sanitaria a través del fortalecimiento de la prevención individual. Para las concepciones Economista y económico social existe cierto parecido porque su nota característica ven a la salud como condicionante de la productividad del factor humano. Midiendo el precio de la salud y costo de la enfermedad, la primera aparece a mediados del siglo XX en países de industrialización y la otra después de la segunda guerra mundial, utilizando métodos de trabajo como el análisis de costos de la enfermedad y de alternativas para las inversiones sanitarias a través de investigaciones científicas de la salud: epidemiológica, del método estadístico, antropológico, Sociológico, Económico político, Economía de la salud, demográfico y psicológico.

La última concepción denominada político legal, cuya nota característica es la salud como derecho y obligación universal teniendo reconocimiento legal y participación estatal basándose en los derechos del hombre, la cual nace desde las revoluciones políticas a los sistemas de seguros sociales y de seguridad social; cuyas disciplinas son los derechos fundamentales, de la seguridad social a la asistencia sanitaria, utilizando métodos de trabajo basados en la misma legislación de la seguridad social derivados de programas políticos.³³⁸

Cualquier enfermedad en el hombre es el resultado de un proceso dinámico, en donde diferentes elementos ambientales y características propias del hombre entran en interacción y concluyen con la ruptura del equilibrio llamado homeostasis. Al ser parte de un proceso continuo que se origina antes o duran-

te la concepción del ser humano, la enfermedad responde al fenómeno de adaptación ecológica del organismo humano y a las condiciones socio-económicas que facilitan o dificultan el proceso adaptativo.³³⁹

No existen además un límite preciso entre salud y enfermedad, ya que ciertos eventos fisiológicos o patológicos suceden silenciosamente durante períodos de latencia más o menos prolongados durante los cuales el ser humano puede funcionar "saludablemente" dentro de su sociedad. Solo con fines prácticos se encasilla a unos individuos como enfermos y a otros como sanos y así podemos calcular las llamadas tasas de morbilidad. Generalmente la definición de sano o enfermo es de tipo meramente clínico que muchas veces no vislumbra la parte silenciosa del proceso salud-enfermedad.³⁴⁰

Uno de los principales objetivos de la salud pública es conocer, a través de observaciones y de investigaciones bien diseñadas, cada una de las diferentes etapas o componentes de ese proceso con el propósito de invertir lo más tempranamente posible y evitar que el deterioro de la salud siga su curso. Toda esa red de interacciones ecológicas y humanas que concluyen finalmente con manifestaciones clínicas, incapacidad o muerte es lo que se conoce como la historia natural de la enfermedad.³⁴¹

2.3.1.-Período Pre patogénico de la Enfermedad.

En esta etapa la historia natural, la enfermedad aún no se ha desarrollado como tal; las células, los líquidos tisulares del ser humano aún no han sido involucrados en el proceso, pero el hombre como ente social comienza a formar parte de esa historia, al interrelacionarse con el medio ambiente que lo circunda y con los agentes físicos, químicos, biológicos, sociales o psicológicos presentes en su circunstancia ambiental, aquí es donde podemos definir tres elementos importantes interactuando en el período pre patogénico de la enfermedad: el huésped (organismo viviente capaz de albergar a un agente causal de enfermedad), el agente (animado o inanimado cuya presencia o ausencia es la causa inmediata o próxima de una enfermedad particular) y el medio ambiente (conjunto de condiciones o influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo).³⁴²

El proceso de salud-enfermedad en el hombre depende de las características de estos tres elementos y tiene su origen en un período de tiempo anterior al involucramiento del propio organismo. En la malaria el hombre es el reservorio del plasmodio, pero la aparición de un nuevo caso de malaria depende de las características del huésped (hábitos, costumbres), de las características biológicas del plasmodio (resistencia, patogenicidad, etapa de su desarrollo, etc.) y de las características del ambiente (aguas estancadas, humedad, geografía, clima, etc.), que facilitan la aparición del anopheles, vector de la enfermedad.³⁴³

339. Cecil. Op.cit., p.90

340. Ibid., p. 91.

341. Ibid., p.92.

342. Ibid., p.92.

343. Ibid., p.93.

Todos estos factores cuya presencia e interacción están asociadas con un incremento en la probabilidad de desarrollar enfermedad son llamados factores de riesgo y constituyen los elementos básicos del período pre patogénico de la enfermedad.³⁴⁴

2.3.2.-Período Patogénico de la Enfermedad.

Si todas las características y circunstancias anteriores coinciden en un huésped susceptible y en un momento determinado del tiempo, rompen el equilibrio ecológico y el huésped es afectado directamente.³⁴⁵

Comienza así el período patogénico con sutiles cambios celulares y tisulares, aunque el presente trabajo tiene un enfoque médico legal se mencionara un ejemplo que en este caso será la malaria para entender con mayor profundidad como es y cuando se dan los diferentes periodos de los que tratamos en este momento, esto es o más bien comienza cuando:

- Un mosquito Anopheles pica a un humano para alimentarse, su saliva transmite esporozoitos (la forma infecciosa del parásito)
- A través de la sangre, los esporozoitos llegan hasta el hígado
- Dentro de las células hepáticas se multiplican, convirtiéndose en merozoitos
- Los merozoitos se liberan de las células hepáticas y pasan a la corriente sanguínea. En la sangre, los merozoitos invaden los glóbulos rojos. Dentro de los hematíes, el parásito se multiplica, los hematíes se rompen y liberan merozoitos que invaden nuevas células sanguíneas. Es en esta fase eritrocitaria en la que se produce sintomatología. La lisis de glóbulos rojos produce anemia e hipoxia tisular. En la membrana de los glóbulos rojos infectados se producen unos puntos de acumulación de sustancias antigénicas que se adhieren a las paredes de los vasos sanguíneos, pudiendo producir trombos; pigmentación cutánea, ya que la hemoglobina queda como un pigmento que se acumula en la sangre; evasión del sistema inmune por parte del parásito; fiebres altas e intermitentes, cuyos picos dependen de la especie de Plasmodium.
- Esta fase termina cuando con la producción de esquizontes maduros y gametocitos.

Esta fase inicial del período patogénico que transcurre entre el momento del estímulo y la aparición de síntomas y signos se conoce como período de incubación en las enfermedades transmisibles.³⁴⁶

344. Cecil.Óp.cit., p.94

345. Ibid., p. 94.

346. Ibid., p.95.

Cuando el agente ha producido suficientes cambios, anatómicos y funcionales, sus manifestaciones son reconocibles por el propio huésped (síntomas) o por un observador (signos). La presencia de ese primer síntoma o signo inicia el período clínico de la enfermedad:

- Algunos de los merozoitos se transforman en gametos (macro y microgametocitos), así cuando un segundo mosquito succiona sangre infectada, absorbe los gametocitos que, dentro del mosquito forman el cigoto. Fase cigoto es móvil, ira desde el intestino del mosquito hasta su hemocele, se producirá la esporogonia dando lugar a nuevos esporozoitos.³⁴⁷
- En este período clínico, también sucede una fase pre-eritrocitaria, en ella el esquizonte tisular. El esporozoito penetra al hepatocito produciéndose una fisión binaria, dando lugar a formas que con gran cantidad de merozoitos que al cabo de 6 a 14 días, se rompe el hepatocito y bajo forma de criptozoito de 2 a 4 micras, van a parasitar a los glóbulos rojos circulares, con lo cual termina la fase tisular o hepática.³⁴⁸

Todo este proceso que tuvo su potencial origen en el período pre patogénico puede concluir con la curación, con la incapacidad o con la muerte dependiendo ello de diversos hechos tales como: las características del huésped, la calidad de los servicios médicos y preventivos, las condiciones socioculturales y el nivel de los conocimientos sobre la historia natural de la enfermedad.³⁴⁹

2.3.3.-Niveles de Prevención.

Se manifiesta que la interrupción de la cadena de acontecimientos que constituyen la historia natural de la enfermedad, y que conducen al deterioro progresivo de la salud, es uno de los principales objetivos de la Salud pública, la cual incluye en tal responsabilidad a todos los miembros de un equipo de salud ya que, la enfermedad obedece a múltiples factores de riesgo interrelacionados cuyo control no puede ser abordado ni por una disciplina en particular ni por diferentes disciplinas desvinculadas entre si y del contexto sociocultural en el cual trabajan, los equipos han de colocar barreras, estas barreras han sido llamadas niveles de prevención:

1. Nivel primario de prevención. Actúa durante el período pre patogénico de la enfermedad y, como tal, debe disminuir o eliminar la cantidad o la calidad de los factores de riesgo presentes en la comunidad. Este tipo de prevención puede lograrse con la promoción de la salud y con la protección específica. La promoción de la salud: se alcanza primordialmente con medidas educativas, económicas y sociales y, de la realidad sociocultural de una comunidad en particular. Medidas como la educación sanitaria, disponibilidad de alimentos para una buena nutrición, provisión de viviendas adecuada, condiciones aptas de trabajo y recreación.³⁵⁰

347. Cecil.Óp.cit., p.96

348. Ibid., p. 97.

349. Ibid., p.98.

350. Ignacio S. Atención Médica. Revista CONAMED, Vol. 9, Núm. 2, abril - junio, 2004p.p. 23

La protección específica, son las que previenen el desarrollo de la enfermedad, es decir el cuidado del medio ambiente, específicamente se evitara charcas de aguas estancadas, medidas de salubridad en el entorno, evitar hacinamientos de personas en pequeños espacios, empleo de insecticidas para combatir el vector, etc. Si las acciones de prevención primaria no han sido aplicadas o han sido deficientemente desarrolladas, existe una alta probabilidad de que un huésped susceptible reciba el estímulo nocivo e inicie el período patogénico. En este caso recurrimos a la segunda barrera.³⁵¹

2. Nivel secundario de prevención. Tienen como fin lograr un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno y adecuado, además de limitar en lo posible la incapacidad y las secuelas que el proceso morboso puede dejar. La prevención secundaria durante la fase clínica del período patogénico depende básicamente de la cantidad y distribución de los recursos físicos y humanos en los servicios de atención médica e igualmente de su organización y administración. Un oportuno y buen diagnóstico y un tratamiento adecuado, son las mejores medidas preventivas en este momento del proceso para evitar su continuación hacia las secuelas, la incapacidad o la muerte.³⁵²

3. Nivel terciario de prevención. Se acude a este punto cuando la fase anterior, las características particulares de una determinada enfermedad o por el fracaso de las anteriores medidas preventivas se llega a las secuelas o la incapacidad. Este nivel está dado por la rehabilitación ya sea física o mental para lo cual debe proveerse de adecuadas facilidades para la readaptación del incapacitado con miras a recuperar sus cualidades remanentes y reincorporarlo a sus actividades habituales. Es la fase sintomática de la enfermedad. Se basa en la hospitalización.³⁵³

2.3.4.-Conductas de Salud.

Se encuentran vinculadas con el Estilo de Vida que se define como "el conjunto de pautas de conducta y hábitos cotidianos de una persona", viene a ser una forma de vivir, se relaciona con los aspectos de la salud.

La influencia cultural que las personas o grupos recibimos es algo muy importante en este estilo de vida. La cultura con sus valores y costumbres determinan de forma explícita o implícitamente valores para determinan aspectos de salud y enfermedad, lo que en un primer momento puede parecer una enfermedad, luego puede implicar aspectos de salud.

El culto a la imagen y belleza en la actualidad, hacen que aparezcan enfermedades como la Anorexia. En el estilo de vida de las personas, se pueden adoptar diferentes tipos de conductas para proteger o promover y mantener la salud, son las conductas denominadas Conductas Preventivas.

351. Ignacio S.Óp.cit., p.23

352. Ibid., p. 23.

353. Ibid., p.23.

Conductas Preventivas: se basan en el cuidado del cuerpo, hacer deporte, buena alimentación, higiene personal.

Estas conductas se adquieren por:

a. Aprendizaje por Experiencia Directa

b. Aprendizaje Vicario o Moldeamiento.

Van a ser importantes en el proceso de salud y de enfermedad. En determinados momentos las personas con estas conductas de salud pueden convertirlas en Hábitos de Salud.

Hábitos de salud: son conductas relacionadas con la propia salud que se encuentran firmemente establecidas y arraigadas en el repertorio comportamental del individuo. Se ponen en funcionamiento de una forma automática y sin tener una clara conciencia de ello (como por ejemplo la higiene personal). Al ser conductas aprendidas se adquieren, se mantienen y se extinguen siguiendo las Leyes del Aprendizaje.

Característica de la Conducta de la Salud:

Se caracterizan por:

1. Son inestables.

2. Son autónomas con escasa o nula relación entre las diferentes conductas de una misma persona (por ejemplo: una persona que lleva una alimentación y vida muy sanas y en un determinado momento abusa del tabaco)

Una persona, para poner en marcha una Conducta de Salud, debe percibir una amenaza porque siempre implica un esfuerzo la conducta de salud, en esa amenaza está la susceptibilidad y gravedad percibida. La amenaza puede relacionarse con variables demográficas psicosociales y beneficios de poner la conducta en funcionamiento y el coste. En la amenaza se basan las campañas de medios de comunicación, enfermedades cercanas al individuo, e información de masas. Los costes y los beneficios se relacionan con esas variables demográficas y psicosociales. Ej. : En el medio rural se da desplazamiento para vacunar, esto es beneficioso sin tener en cuenta el coste. Se previenen riesgos mayores, variables psicosociales contribuyen al beneficio y al coste.

Las Reacciones Psicológicas ante la enfermedad son muy importantes, porque la enfermedad va a ser una vivencia y queda consciente o inconscientemente en el individuo, dejando huella. Esta vivencia se adscribe dentro de los fenómenos psíquicos o interiorización del individuo. Es una reacción psicológica suscitada por una experiencia intensamente vivida.

La vivencia de la enfermedad va a estar cargada de grandes elementos, la persona lo va a vivir como una situación de imposibilidad de realizar sus necesidades. Corresponde con una conducta frustrante que genera displacer psíquico.³⁵⁴

Se dan los siguientes elementos en el ser humano:

1. Invalidez, porque bloquea al individuo.
2. Molestias; dolor físico y psíquico.
3. Amenaza. Aislamiento; la enfermedad solamente la vive el enfermo que la padece.
4. Anomalía; porque no soy igual que los demás y no puedo realizar lo que los demás.
5. Temor al dolor, es uno de los aspectos más importantes del ser humano.
6. Ruptura del proyecto existencial.

La enfermedad se va a involucrar en función del tipo de enfermedad, según sea Aguda o Crónica, variará el pronóstico y la evolución, también la edad va a influir ya sea en edad infantil, adulta o vejez. Porque la enfermedad se vivirá de distinta forma. El Sexo también influye, ya sea masculino o femenino se vivirá diferente y se generará una situación diferente a su alrededor. La cultura familiar/social es igual en toda la enfermedad, se va a generar una crisis familiar, la enfermedad de un miembro de la familia genera una modificación del sistema familiar, toda la familia se ve afectada. La respuesta de la familia a esta situación puede dar lugar a reacciones de disfunción, dándose vulnerabilidad familiar. Se dan reacciones de impacto. Cuando hablamos de enfermedades crónicas, el proceso de adaptación va a tener una serie de implicaciones.³⁵⁵

354. Palacios Ponce E. Bioética. La Revista Bioética, de la Oficina Panamericana de la Salud (1985:101 86 Espiga 13, Enero-Junio, 2006.p.p.12-14.

355. Ibid., p.13.

2.3.5.-Factores de Vulnerabilidad Familiar.

1. Tipo de enfermedad de que se trate.
2. Estructura y dinámica familiar:
 - a. Grado de permeabilidad de los límites (hace referencia a la realidad de los límites, tanto en el sistema familiar como en el social. La responsabilidad no está delimitada y se pasa a otro miembro).³⁵⁶
 - b. Estilo de respuesta de la familia. (Familia que se vuelca con el enfermo, genera dependencia del enfermo, además de bloquear las relaciones. No se proporciona apoyo emocional).
3. Factores de tensión existentes en la vida familiar. (Momento en el cual se presenta la enfermedad, pueden ser factores de tensión internos o externos).
4. Capacidad de la familia para hacer frente a la situación. Depende la estructura de la dinámica familiar, de reorganización en momentos similares de crisis, capacidad de familia para expresar sentimientos, pensamientos.³⁴
5. Redes sociales.

2.3.6.-Reacciones Psicológicas Ante la Enfermedad.

No tienen por qué ser reacciones psicológicas permanentes, porque si recobran la salud normalmente se vuelve a recuperar el estado psicológico anterior.

a. Regresión: Reacción muy frecuente. Se refiere a una conducta infantil que no se corresponde con la edad cronológica y se motiva por la propia enfermedad porque una persona sana con un rol activo pasa a enfermo con un rol pasivo, por el estado de dependencia y por el entorno hospitalario, porque se pierde su identidad siendo un número u objeto de cuidados. El sujeto se infantiliza y exhibe rasgos infantiles. Se puede dar en cualquier etapa del proceso La regresión puede ser:

a.1.- Pasiva o Dependiente: al dejar el rol activo y pasar al rol pasivo, la persona deja de ser ella misma y depende de los demás.

a.2.- Entorno Hospitalario: el enfermo se vuelve caprichoso y rebelde, pierde su identidad y se convierte en objeto de cuidados. Como se materializa en una persona adulta, irritabilidad, que dificulta las tareas profesionales. la alimentación, rebeldes en los medicamentos, pueden tener miedo a quedarse solos, abandono de los hábitos higiénicos, acusa al entorno de no esforzarse en su cuidado, los llama incompetentes y tienen baja tolerancia a la frustración, son ancianos y adolescentes. En niños esta conducta es normal.³⁵⁷

356.Palacios Ponce E.Óp.cit., p.13

357. Ibid., p.14.

b. Inculpación: Implica mecanismos auto punitivo y se da cuando el paciente se siente culpable de su enfermedad. Se aísla y se deprime. Se da sobre todo en pacientes con SIDA por su estilo de vida.³⁵⁸

c. Evasión: Se usa como medio de escapar de las dificultades de su vida. Exagera los síntomas y minimiza los efectos del tratamiento. En algunas personas evidencian o viven su enfermedad como algo insoportable y se refugian en el alcohol y las drogas.³⁵⁹

Se consideran dos puntos:

- Retracción o estrechamiento del horizonte del enfermo implicando la ruptura de lazos con su medio social. Esa retracción se acoge como una situación legítima para evitar otras desagradables. A través de la enfermedad intentan la evasión del problema y rompen con lazos familiares o sociales que le son desagradables (no se llevan bien con la familia de su marido y mandan que el médico ponga que no aconseja visitas).³⁶⁰

- Introversión que se puede dar con la retracción y se da cuando los intereses del enfermo están en el mismo produciendo egocentrismo abandonando las relaciones exteriores para centrarse en si problema, se da en personalidades con un componente introvertido.³⁶¹

d. Negación de la Realidad: Puede ser Parcial o Total y se niega la enfermedad o se le resta importancia a la misma. Se evitan las implicaciones. Se da ante el diagnóstico produciendo un obstáculo para el tratamiento rápido, aparece en pacientes con cáncer y trastornos coronarios y también aparece después del diagnóstico. Con esta reacción se disminuyen los niveles de ansiedad del paciente. Función protectora. Parcial cuando el diagnóstico es tuberculosis y dice que tiene catarro y total el Diagnóstico es cáncer y dice que no tiene nada.

e. Entrega a la enfermedad: Desde 3 dimensiones

- Masoquista: pacientes que viven la enfermedad como un castigo merecido y justo.

- Ganancial: los que intentan obtener beneficios de su enfermedad buscando la liberación de responsabilidades y exige ayuda externa. (Accidentes laborales)

- Hipocondríacos: enfermos que la enfermedad les genera una observación de su organismo y proliferación de sus temores (hipocondríacos).

358. Palacios Ponce E.Óp.cit., p.14.

359. Ibid., p.14.

360. Ibid., p.14.

361. Ibid., p.14.

f. Reacción de Ansiedad: Desde el punto de vista clínico es una emoción compleja, difusa y desagradable que se expresa con sentimientos de temor, tensión, emoción y cortejo somático. Se acerca al miedo pero se diferencian en que este es un sentimiento producido por un peligro presente o eminente y la ansiedad es la anticipación del peligro, de causa vaga y menos comprensible.

En el temor identificamos la amenaza, en la ansiedad no.

La ansiedad se ha estudiado como rasgo o característica de personalidad, es la disposición interna del individuo a manifestarse o a reaccionar de una manera ansiosa independientemente de la situación. Se producen fluctuaciones entre ansiedad - estado, fluctuaciones de la ansiedad en el tiempo.

La ansiedad se manifiesta por:

1. Niveles Cognitivos: Sentimientos de aprensión, tensión emocional, miedo, dificultad para superar problemas por baja autoestima.³⁶²

2. Niveles Fisiológicos: Actividad del SNA (aumenta tasa cardiaca, TA. Palpitaciones), sistema cardiovascular, Alteraciones en aparato Respiratorio (hiperventilación) y Sistema Muscular.³⁶³

3. Nivel Motriz: Vienen a ser el resultado de interacción fisiológica como de interacción cognitiva. Se caracteriza por temblores, tartamudeo, incluso no pronunciar palabra, pánico.³⁶⁴

En un estudio del 80, como respuesta fisiológica en pacientes con un nivel de ansiedad se daba:

- Descarga de adrenalina.

- De glucosa en sangre.

- Aceleración de pulsaciones.

-Incremento amplitud y ritmo respiratorio.

-Variación rápida de T^a y presión arterial.

362. Palacios Ponce E.Óp.cit., p.14.

363. Ibíd., p.14.

364. Ibíd., p.14.

- Deseo imperioso de micción
- Modificación eventual de la cantidad de menstruación.

Las reacciones adecuadas a la ansiedad son:

- Superación de la enfermedad, serenidad, deseo de curarse y colaboración.
- Reacción de resignación
- Reacciones de la aparición de la enfermedad, si esta implica un replanteamiento de su vida.

Dentro de actuaciones de la enfermería que pueden generar ansiedad, están:

1. Urgencias, alteración de fechas.
2. Cambios en los planes.
3. Dificultades en la comunicación interpersonal.
4. Cuando existen cambios frecuentes de personal.
5. Cuando el paciente desconoce qué tipo de pruebas o instrumental se utiliza.
6. Cuando se habla a espaldas del paciente con otros familiares, (familia/médico).
7. Cuando hay actividades autoritarias y se dan regímenes disciplinarios excesivamente estrictos.
8. En situaciones de dieta alimentaria poco variada e insípida.
9. El tipo de decoración de las salas del hospital.

10. Cohabitación con enfermos más graves.

11. Tipo de regulación del régimen de visitas.

12. En situaciones pre y post quirúrgicas.

III. EL DERECHO EN LA ACTIVIDAD MÉDICA.

3.1 Los Derechos del Médico.

Código Internacional de ética Médica.

Adoptado por la 3ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial Londres, Inglaterra, octubre 1949. Enmiendas por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sydney, Australia, agosto 1968, y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983.³⁶⁵

Deberes de los médicos en general.

Las obligaciones del médico, en opinión generalizada de los tratadistas son, con algunas variaciones, las siguientes:

1-Secreto Profesional.

2-Información adecuada y consentimiento.

3-Obligación de conocimiento.

4-Obligación de diligencia y técnica.

5-Continuidad en el tratamiento.

6-Asistencia y consejo.

7-Certificación de la enfermedad y del tratamiento efectuado.

8-Secreto profesional.

En el juramento Hipocrático se estipula:

365. Justo Derecho Sanitario. Declaración de Madrid, adoptada en octubre de 2004 por la Asociación Iberoamericana de Derecho Sanitario, previo acuerdo especial de los representantes de las Asociaciones Argentina, Chilena, Española y Mexicana. (Publicada en la Revista CONAMED Vol. 9, No. 4, octubre-diciembre, 2004)² Vide. Casa Madrid Mata, Octavio. p.p.21-38

"...Aquello que yo viere u oyere en la sociedad, durante el ejercicio, o incluso fuera del ejercicio de mi profesión, lo callaré, puesto que jamás hay necesidad de divulgarlo, considerando siempre la discreción como un deber en tales casos..."^{.366}

El secreto profesional médico cubre aquello que por razón del ejercicio de la profesión se haya visto, oído o comprendido y que no es ético o lícito revelar, salvo que exista una causa justa y en los casos contemplados por disposiciones legales.^{.367}

Según Uribe Cualla , existen tres tipos de Secreto profesional médico:

1-Absoluto. El médico debe callar siempre, todo, bien sea en privado o ante la justicia.^{.368}

2-Relativo. No debe guardarse frente a la justicia, para así colaborar en la búsqueda de la verdad.^{.369}

3-De conciencia. El médico debe divulgar la verdad.^{.370}

De acuerdo con Uribe Cualla se requieren varias condiciones para que exista violación del secreto profesional:

-Que el infractor tenga una profesión u oficio.^{.371}

-Que el asunto se haya conocido con motivo del ejercicio profesional, aunque no tenga nada de confidencial.^{.372}

-Que el médico cause algún perjuicio o pueda causarlo con la revelación de lo secreto, no obstante tener la obligación de guardarlo.^{.373}

-Que se haga con plena conciencia (Delito) o inadvertidamente (Falta Moral).^{.374}

2- Información adecuada y consentimiento.

Los actos humanos, en nuestro sistema jurídico, para que produzcan efectos plenos, deben ser realizados con consentimiento. Ese consentimiento debe ser exento de vicio: error, fuerza o dolo. En caso contrario, el acto estará viciado de nulidad y no producirá ningún efecto o producirá otro distinto al que normalmente se persigue con este obrar.^{.375}

En los actos médicos consensuales la situación es compleja. Las condiciones mínimas para que pueda existir un acto de consentimiento médico son, de acuerdo con diversas legislaciones:

CAPACIDAD. Entendida como el pleno uso de las facultades intelectuales y el criterio suficiente para juzgar los riesgos y alternativas; en este punto es preciso distinguir entre la capacidad legal de la capacidad para entender y aceptar un procedimiento médico.^{.376}

366. Justo C.Óp.cit.p.21

367. Ibid., p.21

368. Ibid.p.22

369. Ibid., p.23

370. Ibid., p.24

371. Ibid., p.25

372. Ibid., p.26

373. Ibid., p.26

374. Ibid., p.27

375. Ibid., p.28

376. Ibid., p.28

En relación con el consentimiento informado, el paciente no necesariamente debe ser una persona considerada “legalmente capaz”, como sería el caso de un adolescente cuyo criterio pugna con el de sus padres menos instruidos o fanáticamente adeptos a una ideología que choca con la ciencia.³⁷⁷

POSESION DEL DERECHO. Es la titularidad del derecho, bien o interés sobre el cual el sujeto consiente el acto médico. Cabe la misma observación anterior, respecto del conflicto de intereses entre el paciente titular del derecho a su salud y su cuerpo, y el de las personas que, ocasionalmente, lo representen como son sus padres, tutores, guardadores o curadores.³⁷⁸

LIBERTAD. Atentan contra esta condición la coacción de cualquier tipo (física, moral, intelectual, económica, etc.) y la falsa información o engaño por parte de cualquiera de los sujetos.³⁷⁹

La base es el conocimiento de las alternativas de tratamiento y de todas las posibles complicaciones que implique el procedimiento o terapéutica al cual vaya a ser sometido. La decisión que tome el enfermo debe ser absolutamente personal.³⁸⁰

Por ello, el libre desarrollo de la personalidad consagrado expresamente en nuestra Constitución Política como un derecho de los jóvenes, tendrá implicaciones legales cuando se trate de contratos de prestación de servicios médicos u odontológicos que de suyo no pongan en peligro la vida o la salud del paciente y el médico procederá con libertad, cuando este peligro no exista; en caso contrario, además del deber de advertir del riesgo al paciente, se negará a realizar el acto médico sin la autorización de las personas bajo cuyo cuidado y responsabilidad ese menor se encuentre.³⁸¹

Aún contra la voluntad de sus padres, por ejemplo, consideramos que un menor adulto puede someterse a un tatuaje, a un procedimiento médico u odontológico que tenga por finalidad un implante o incrustación con fines estéticos, o a otra serie infinita de tratamientos que tienen que ver con las manifestaciones de su personalidad y para los cuales -médicamente hablando- no existe riesgo.³⁸²

INFORMACION ADECUADA. La información que se presente al paciente debe ser verdadera, clara, completa y discutida con el mismo.³⁸³

Esta información es un derecho esencial del paciente para poner en ejercicio su libertad. De lo contrario, al presentar el médico una explicación errónea, falsa o malintencionada, no solamente se está faltando a un principio ético, sino está vulnerando la libertad de decisión del paciente.³⁸⁴

La información adecuada equivale al conocimiento de las alternativas de tratamiento y de todas las posibles complicaciones que implique el procedimiento o terapéutica al cual vaya a ser sometido.³⁸⁵

377. Justo C. Óp.cit.p.29

378. *Ibid.*, p.29

379. *Ibid.*, p.29

380. *Ibid.*, p.30

381. *Ibid.*, p.30.

382. *Ibid.*, p.30.

383. *Ibid.*, p.30.

384. *Ibid.*, p.30.

385. *Ibid.*, p.30.

A este respecto puede presentarse la discusión sobre si debe informarse la verdad completa, por las repercusiones que tal información pueda tener en el enfermo que no se encuentra preparado para recibirla. Es obvio que en este punto hay que ser muy prudente y cuidadoso, pues de la forma como se presenten las cosas al paciente, pueden depender efectos negativos.³⁸⁶

Algunos afirman que el paciente debe conocer toda la verdad, con el objeto de arreglar sus asuntos familiares y económicos en forma definitiva. Otros, por el contrario, piensan que no se debe angustiar al paciente y más bien someterlo al tratamiento sin que sepa que su pronóstico es pésimo.

Aunque el médico debe ofrecer siempre alguna esperanza a su paciente, las circunstancias actuales obligan a ofrecer la información en forma clara. De lo contrario, se está agrediendo el derecho de la persona a conocer la verdad y a proceder según sus necesidades. De cualquier forma, una buena práctica consiste en informar siempre a la familia acerca de la situación real del paciente y su enfermedad, con el vocabulario y en la oportunidad que aconsejen la prudencia y el buen juicio del médico.

CAUSA O MOTIVO DEL ACTO. Por parte del paciente es la sintomatología secundaria a su patología la que lo lleva a buscar la asistencia profesional, sea de un médico determinado o de un equipo especializado de atención.³⁸⁷

Por parte del médico, su especialidad, el interés humano, académico y científico de cada caso.³⁸⁸

DOCUMENTO. Es recomendable la existencia de un documento en donde expresamente se consienta la práctica del acto médico, particularmente cuando se vaya a efectuar un tratamiento riesgoso o un procedimiento invasivo.³⁸⁹

En casos de extrema urgencia, el documento puede obviarse por estar de por medio la vida del paciente, dejando una clara nota en la Historia Clínica a este respecto.³⁹⁰

Aunque este documento no es eximente de responsabilidad para el médico, es en principio una prueba pertinente de que se actuó de acuerdo con la voluntad del enfermo, además de que materializa las condiciones del contrato de prestación de servicios médicos.³⁹¹

REVERSIBILIDAD. Es la posibilidad de revocar el consentimiento por parte del paciente. El enfermo no solamente puede arrepentirse de aceptar el tratamiento propuesto, sino que puede además cambiar de médico en cualquier momento.³⁹²

Esto puede aplicarse también al médico en forma de terminación unilateral del contrato de prestación de servicios médicos, en casos específicos.³⁹³

386. Justo C. Óp.cit.p.31

387. *Ibid.*, p.31

388. *Ibid.*, p.31

389. *Ibid.*, p.32

390. *Ibid.*, p.32

391. *Ibid.*, p.32.

392. *Ibid.*, p.32.

393. *Ibid.*, p.33.

3-Obligación de conocimiento.

Es indispensable que la formación y los conocimientos del médico sean adecuados y actualizados. Para lograr esto se requieren muchos años de estudio y práctica. El médico se forma en las facultades de medicina aprobadas para tal efecto por el gobierno del respectivo país.³⁹⁴

Aprender es, en esencia, establecer nuevas conexiones inter neuronales para elaborar y almacenar porciones de conocimiento que, una vez asimilado, entran a formar parte de la estructura individual en la respuesta a interrogantes, problemas y análisis de conductas.³⁹⁵

En el período de adiestramiento médico se intenta acumular el máximo de experiencia y aprendizaje posible para poder formar un criterio básico de manejo de los problemas en el menor tiempo posible.³⁹⁶

En este periodo no se aprende mediante actitudes pasivas o teóricas basadas en dogmas o preceptos arbitrarios, sino a través del ejercicio de una mente creativa y disciplinada.³⁹⁷

En resumen, el médico debe saber cómo utilizar su arte, cuándo aplicarlo, por qué utilizarlo y en quién hacerlo.³⁹⁸

4-Obligación de diligencia y técnica.

Está ligada a la anterior. El médico debe colocar la máxima diligencia y utilizar sus habilidades al máximo para atender a su paciente.³⁹⁹

El profesional de la salud debe entonces tener una habilidad básica, fundamentada en la ciencia de su oficio, disposición de ánimo y conocimientos claros, para poder utilizar el cerebro, las manos y los instrumentos con el objeto de modificar o eliminar la enfermedad o la mal función orgánicas, para prolongar la vida y mejorar su calidad y dignidad.⁴⁰⁰

Como dice R Clark: "Podemos estar errados, pero nunca estar en duda en el momento de tomar decisiones cruciales para el enfermo".⁴⁰¹

El médico debe ser claro de propósitos, definitivo en el juicio, decisivo en la autoridad y autoritario con su propia vida, lo cual implica poseer los más altos niveles de responsabilidad y compasión humanas.⁴⁰²

Para el ejercicio de cada especialidad el médico debe ser experto en el manejo de las herramientas, equipos y máquinas correspondientes.⁴⁰³

Si en un momento dado el "estado del arte" de un área médica específica incluye el uso de un equipo que se encuentre al alcance del país y del paciente, el médico deberá remitir al enfermo al especialista o institución que, por poseer tal artefacto le brinden los mejores beneficios.⁴⁰⁴

394. Palacios Ponce E. Óp.cit., p.14

395. *Ibid.*, p.14

396. *Ibid.*, p.14

397. *Ibid.*, p.14

398. *Ibid.*, p.14

399. *Ibid.*, p.14

400. *Ibid.*, p.14

401. *Ibid.*, p.14

402. *Ibid.*, p.14

403. *Ibid.*, p.14

404. *Ibid.*, p.14

Obviamente en este aspecto se encuentran las limitaciones de tipo económico, pero la información que el paciente recibe del médico sobre tales posibilidades técnico-científicas, dejarán en manos del enfermo la decisión. Si éste no quiere, o no puede aceptar el ofrecimiento, el médico debe respetar su decisión.⁴⁰⁵

5-Obligación de continuidad de tratamiento.

Una vez el médico establezca una relación profesional con su paciente, la terapéutica deberá continuar hasta que el enfermo sane, o cambie voluntariamente de médico, o sea remitido a manos de otro especialista.⁴⁰⁶

Sin embargo, existe el área de la medicina institucional, en donde por razones de organización burocrática el paciente debe ser controlado por el médico de turno. En este caso, la relación médico-paciente que ya ha sido alterada por el tipo de ejercicio, también cambia un poco debido a la "despersonalización" en el manejo de los enfermos.⁴⁰⁷

6-Obligación de asistencia y consejo.

La medicina es por esencia una carrera humanística y tiene como objetivo apoyar en todo momento al enfermo. Baste recordar de nuevo la famosa frase: "Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre".⁴⁰⁸

El médico debe constituirse en consejero, buscando siempre la decisión que sea más conveniente a su enfermo.⁴⁰⁹

7-Certificado médico.

Es el documento en el cual el médico hace constar un hecho o característica de un paciente, para que tenga efecto algún hecho jurídico adicional. En otras palabras, se deja constancia de alguna enfermedad o estado de salud, aptitud o daño orgánico específico, para que posteriormente tenga aplicabilidad en otro hecho o acto.⁴¹⁰

405. Palacios Ponce E. Óp.cit., p.14

406. Ibid., p.14

407. Ibid., p.14

408. Ibid., p.14

409. Ibid., p.14

410. Ibid., p.14.

_ EL MEDICO DEBE mantener siempre el más alto nivel de conducta profesional.⁴¹¹

_ EL MEDICO NO DEBE permitir que motivos de ganancia influyan el ejercicio libre e independiente de su juicio profesional de sus pacientes.⁴¹²

_ EL MEDICO DEBE, en todos los tipos de práctica médica, dedicarse a proporcionar un servicio médico competente, con plena independencia técnica y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana.⁴¹³

Las siguientes prácticas se consideran conducta no ética:

1 La publicidad hecha por el médico, a menos que esté autorizada por las leyes del país y el Código de Ética Médica de la asociación médica nacional.⁴¹⁴

2 El pago o recibo de cualquier honorario u otro emolumento con el solo propósito de obtener un paciente o recetar, o enviar a un paciente a un establecimiento.⁴¹⁵

_ EL MEDICO DEBE respetar los derechos del paciente, de los colegas y de otros profesionales de la salud, y debe salvaguardar las confidencias de los pacientes.⁴¹⁶

_ EL MEDICO DEBE actuar sólo en el interés del paciente cuando preste atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente.⁴¹⁷

_ EL MEDICO DEBE obrar con suma cautela al divulgar descubrimientos o nuevas técnicas, o tratamientos a través de canales no profesionales.⁴¹⁸

_ EL MEDICO DEBE certificar sólo lo que él ha verificado personalmente.⁴¹⁹

3.1.1.-Deberes de los Médicos Hacia los Enfermos.

1 EL MEDICO DEBE recordar siempre la obligación de preservar la vida humana.³⁸

2 EL MEDICO DEBE a sus pacientes todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe llamar a otro médico calificado en la materia.⁴²⁰

3 EL MEDICO DEBE guardar absoluto secreto de todo lo que se le haya confiado, incluso después de la muerte del paciente.⁴²¹

411. De la Cruz p.La Actividad Médica. Revista CONAMED, Vol. 9, Núm. 2, abril - junio, 2004 p.p.32-36

412. Ibid., p.32

413. Ibid.p.32

414. Ibid., p.32

415. Ibid., p.32

416. Ibid., p.32

417. Ibid., p.33

418. Ibid.p.33

419. Ibid., p.33

420. Ibid., p.33

421. Ibid., p.33

⁴ EL MEDICO DEBE prestar atención de urgencia como deber humanitario, a menos de que esté seguro que otros médicos pueden y quieren prestar dicha atención.⁴²²

3.1.2.-Deberes de los Médicos Entre Sí.

¹ EL MEDICO DEBE comportarse hacia sus colegas como él desearía que ellos se comportasen con él.⁴²³

² EL MEDICO NO DEBE atraer los pacientes de sus colegas.⁴²⁴

³ EL MEDICO DEBE observar los principios de la "Declaración de Ginebra", aprobada por la Asociación Médica Mundial.⁴²⁵

3.2 Los Derechos del Paciente.

Principios básicos.

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.⁴²⁶

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.⁴²⁷

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.⁴²⁸

4.- El personal de salud tiene el compromiso de salvaguardar el prestigio de las profesiones que participan en las actividades de la atención médica, con atributos de honradez, capacidad y eficiencia.⁴²⁹

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.⁴³⁰

422. De la Cruz p.Óp.cit., p.34

423. Ibid., p.34

424. Ibid.p.34

425. Ibid., p.34

426. Ibid., p.34

427. Ibid., p.34

428. Ibid., p.34

429. Ibid.p.35

430. Ibid., p.35

Los derechos del paciente:

1.- RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA.

La o el paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención, así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.⁴³¹

2.- RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO.

La o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.⁴³²

3.-RECIBIR INFORMACIÓN SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ.

La o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustado a la realidad.⁴³³

4.- DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU ATENCIÓN.

La o el paciente o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.⁴³⁴

5.- OTORGAR O NO SU CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO.

La o el paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tienen derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico, lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.⁴³⁵

431. De la Cruz p.Óp.cit., p.35

432. Ibid., p.35

433. Ibid.p.35

434. Ibid., p.35

435. Ibid., p.35

6.- SER TRATADO CON CONFIDENCIALIDAD.

La o el paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.⁴³⁶

7.- CONTAR CON FACILIDADES PARA OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN.

La o el paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.⁴³⁷

8.- RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE URGENCIA.

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, la o el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.⁴³⁸

9.- CONTAR CON UN EXPEDIENTE CLÍNICO.

La o el paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo con el fin requerido.⁴³⁹

10.- SER ATENDIDO CUANDO SE INCONFORME POR LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA.

La o el paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados.⁴⁴⁰

Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.⁴⁴¹

3.2.1.-Responsabilidades de los Individuos Sanos y de los Pacientes.

1.- La población debe informarse del cuidado de la salud y procurar desarrollar actitudes y conductas sin riesgo para su salud y la de la comunidad. Los

436. De la Cruz p.Óp.cit., p.35

437. Ibid., p.35

438. Ibid.p.35

439. Ibid., p.35

440. Ibid., p.35

441. Ibid., p.35

pacientes o representantes legales tienen la responsabilidad de informar con veracidad al personal de salud, así como de manifestar las dudas y preocupaciones relacionadas con su enfermedad.⁴⁴²

2.- El consentimiento válidamente informado del paciente es la más sólida expresión de su autonomía, por lo que deben plantearse las alternativas de atención para la toma de sus decisiones. El consentimiento informado establece su autodeterminación para aceptar o rechazar métodos de diagnóstico, tratamiento y cuidados generales, excepto cuando de existir rechazo suponga riesgos de salud pública.⁴⁴³

3.- El paciente tiene derecho a que se respete su decisión de aceptar o no cualquier procedimiento de diagnóstico o tratamiento. Este precepto debe aplicarse a los niños, ancianos, o pacientes con trastornos mentales leves, si su estado de madurez y lucidez es apropiado para tomar la decisión correspondiente. Su aceptación en estos casos debe ser ratificada por los padres, tutores o responsables.⁴⁴⁴

4.- El paciente, después de haber recibido la información detallada y aceptar las prescripciones médicas, está comprometido a cumplirlas con precisión. Tiene el deber de informar al personal que lo atiende cuando por cualquier motivo ha dejado de cumplir las indicaciones.⁴⁴⁵

5.- El enfermo que sabe que tiene una enfermedad contagiosa adquiere, al saberlo, la obligación de evitar por todos los medios que otras personas enfermen por su contacto con él.⁴⁴⁶

6.- La persona que se sabe portadora de información genética adversa susceptible de transmitirse a su descendencia adquiere el compromiso de seguir el consejo genético que se le proporcione, según el caso y asume completamente la responsabilidad de sus actos.⁴⁴⁷

3.3 El Libre Ejercicio de la Profesión Médica.

El comportamiento dentro del ejercicio de la medicina es cambiante, según la influencia personal que se le imprima a las experiencias vividas; pues, con el paso de los años, se acumulan vivencias que nacen de la vida misma y otras que enriquecen a través de la educación y la preparación profesional.⁴⁴⁸

El ser humano se siente satisfecho de sí mismo cuando lleva a cabo un trabajo creativo con el cual percibe la respuesta económica que corresponde a su capacidad para solventar necesidades.⁴⁴⁹

Es conveniente meditar lo que significa ser médico, y formar parte de esta profesión, reflexionar si el hecho de ser médico significa llevar una vida hono-

442. De la Cruz p.Óp.cit., p.36

443. Ibid., p.36

444. Ibid.p.36

445. Ibid., p.36

446. Ibid., p.36

447. Ibid., p.36

448.Óp.cit., p. Fernando Guzman.p.46

449. Ibid., p.46

nable, que dignifique como personas. Señalar las cualidades que el médico debe tener, sería una lista larga, por lo que sólo me concretaré en esta tesis, a aquellas básicas que le permiten desempeñar y cumplir su misión. Cito a William Osler, quien esgrime que “imperturbabilidad, la ecuanimidad, y la sabiduría, son los pilares que habrán de sostener la vocación, apoyándonos en las habilidades y destrezas”. Entendiendo por vocación el llamado a ejercer una profesión.⁴⁵⁰

El ejercicio de la medicina se ve cada día más expuesto a desviaciones de su concepción original, en donde el respeto, la prudencia y el secreto profesional constituyen entre otras, características esenciales en la práctica de nuestra profesión médica. Es fácil olvidar los principios fundamentales que deben ser el paradigma en nuestro actuar.⁴⁵¹

No se puede concebir que un médico sea solamente técnico, mero aplicador del conocimiento, requiere de un profundo sentido del humanismo y, sobre todo, de gran capacidad de decisión frente a las distintas situaciones que se van presentando. Es imperativo ser profesionales responsables, íntegros, con sólida formación científica y técnica, así como tener un irrenunciable compromiso con la vocación de servir, y con el objetivo de tratar de lograr la salud y el bienestar de nuestros pacientes y de la comunidad.⁴⁵²

Nuestro país necesita más médicos científicos que, además de saber curar “una enfermedad”, sepan que es mejor curar a la persona enferma; que sean conscientes del valor de la vida humana, que la amen, la respeten y estén dispuestos a dedicar todos sus esfuerzos al servicio de sus semejantes, como único y verdadero sentido de su vocación de médicos.⁴⁵³

La actividad médica debe estar siempre en concordancia con aquello que le da origen: la solicitud de ayuda expresada por quien se considera necesitado por encontrarse con un problema de salud. Es decir, es la respuesta a una petición de ayuda de parte del enfermo.⁴⁵⁴

La parte sustancial de la medicina como profesión es que su trabajo lo realiza con seres humanos. Aquí la necesidad de reflexión, y preguntarnos si existe indiferencia ante las necesidades emocionales de los pacientes, si el médico es protagonista del proceso de despersonalización, indiferencia o frialdad humana, o actores de la marginación social y conversión del paciente en un objeto, prescindiendo con ello de sus sentimientos y valores.⁴⁵⁵

Vivimos en un mundo marcado por la deshumanización en todos los ámbitos, y la medicina no ha escapado a esta tendencia; se le está dando más importancia a los medios técnicos, con la consecuencia obligada de la pérdida esencial: descubrir cómo es el enfermo, entablar una relación personal con él, reconocer y promover que la persona humana es el centro de toda nuestra atención. Es necesario enfatizar que el fin último del médico, es devolver al paciente la salud, la paz, la armonía, el equilibrio con las personas y las cosas

450. Óp.cit., p. Fernando Guzman.p.46

451. Ibid.,p.46

452. Ibid., p.46

453. Ibid., p.46

454. Ibid., p.46

455. Ibid., p.46

que lo rodena. La relación médico paciente es uno de los puntos clave del ejercicio de la medicina. Todo médico debe tener como objetivo primordial el dar al enfermo la mejor atención que los recursos y circunstancias pueden ofrecer para ello.⁴⁵⁶

El médico, para tomar decisiones, no debe ignorar el sentir propio del paciente, el de sus familiares, y el de la sociedad a la que pertenece. Esta profesión tiene un componente humanista fundamental que, de no cumplirse, deja de ser medicina humana, para convertirse en veterinaria de alto nivel. La medicina tiene un componente de responsabilidad fundamental; los médicos, en el ejercicio profesional, caminan múltiples senderos para encontrar nuevas soluciones, y de esta manera, ayudar a nuestros semejantes.⁴⁵⁷

El comportamiento del médico debe ser manifestación de su forma de ser; y superar a lo que le digan que deba ser o hacer. Su formación implica superación en lo cognoscitivo, en las destrezas, en su actitud. Son los resultados los que miden la capacidad de una persona, y no sus intenciones o sus proyectos; y, parte de la felicidad de un médico, es saberse capaz de solucionar los problemas que son motivo de su profesión.⁴⁵⁸

La principal obligación ética del médico ante un enfermo es tener el interés serio de solucionarle su problema de salud. Todo médico tiene limitaciones en conocimientos y en capacidad resolutoria, pero como profesionales se nos pide que seamos conscientes de ellas; nadie está obligado a ser un experto en todas las áreas o especialidades; ni es lógico pensar que así sea. Lo ético es no obligar al paciente a permanecer dentro del círculo de limitaciones, cuando su problema ha rebasado al médico tratante.⁴⁵⁹

Los médicos necesitamos tener conocimientos de la profesión y actualizarlos de manera continua para seguir el paso del progreso científico y tecnológico. Se debe actuar profesionalmente con capacidad intelectual, con un acervo correspondiente a nuestro nivel profesional, y estar informados de los avances y de la evolución actualizada en la medicina.⁴⁶⁰

Un médico satisfecho en sus necesidades personales mantendrá una actitud positiva que lo beneficiará en sus expectativas profesionales, hecho que se verá reflejado en resultados positivos con los enfermos. Es obligación de los médicos promover en los que van a engrosar esta profesión que tengan la educación y calidad humana para engrandecerla y para que definitivamente no la denigren. Parte de la educación del médico en formación, es la aceptación del orden y la subordinación en el trabajo como algo natural y necesario, conscientes que solo teniendo como base la disciplina pueden construirse resultados exitosos.⁴⁶¹

El médico tiene – por su preparación, su sensibilidad de servicio y por las características eminentemente humanas de profesión-, una intervención muy

456. Óp.cit., p. Fernando Guzman.p.47

457. Ibid.p.47

458. Ibid., p.47

459. Ibid., p.47

460. Ibid., p.47

461. Ibid., p.47

importante en la educación dentro del área de la medicina, ya sea en escuelas, universidades u hospitales. Tal su derecho, su privilegio y su obligación, para asegurarle a la sociedad médicos cada vez mejor capacitados. El médico no debe olvidar que es un paciente en potencia, además de cobrar conciencia de que es indispensable invertir en capital humano. Quién tenga interés por la superación profesional, nunca será una persona que se manifieste con vulgaridad y siempre tratara de huir de la mediocridad.⁴⁶²

No se debe perder de vista el hecho de que nuestro país se encuentra en vías de desarrollo, por lo que debemos cuidar la adecuada distribución de recursos, privilegiar lo ético por sobre lo jurídico y hacer honor a una tradición que ubica a la medicina en la defensa de los derechos fundamentales de los pacientes. El médico es, en lo social, el tamiz obligado de las decisiones, acciones y políticas relativas al paciente.⁴⁶³

Al manifestarnos sensibles de los problemas sociales del país y de la comunidad en que nos desarrollamos, debemos participar y comprometernos a más acciones que beneficien a la sociedad. El médico debe hacer conciencia sobre qué acciones u omisiones tienen el potencial de causar daño. El verdadero bien que se puede aportar a la sociedad no depende únicamente de la preparación técnica de sus hombres, sino que a los esfuerzos académicos se les debe imprimir el aspecto humanístico. Una mente llena de fórmulas y conocimientos científicos, pero solo de eso es una mente que podrá servir muy poco a la sociedad. Se requiere de la preparación de hombres y mujeres íntegros.⁴⁶⁴

Se tiene un compromiso social de llevar la salud a toda la población, sin importar su cultura ni su estructura política, es necesario identificar problemas de salud y generar proyectos para su solución. Dos son los grandes desafíos y los grandes daños a los cuales se debe abocar; la inequidad y la ineficiencia en los servicios de salud.⁴⁶⁵

Se debe ser más participativo en la toma de decisiones sobre la evolución y el futuro del sistema de salud, para poder plantear a la sociedad soluciones factibles a problemas de salud; definir prioridades, seleccionar qué es más importante atender, ante la limitación de los recursos financieros. Y siempre vincular a la salud con el desarrollo económico y social. Aliviar los síntomas, el dolor, el sufrimiento y evitar mayores daños. Los recursos aplicados con estos propósitos nunca serán considerados como derrochados.⁴⁶⁶

Hay que romper con la indiferencia que disminuye, desalienta y frena los impulsos altruistas.⁴⁶⁷

Se debe desarrollar una mayor conciencia y una adecuada capacidad de análisis de los dilemas morales en la profesión, preparándonos a aceptar responsabilidades derivadas de nuestra función como médicos, en lo particular,

462. Óp.cit., p. Fernando Guzman.p.48

463. Ibid.p.48

464. Ibid., p.48

465. Ibid., p.48

466. Ibid., p.48

467. Ibid., p.48

y como miembros de un equipo. Así mismo, debemos desarrollar la capacidad de evaluar nuestro propio comportamiento. El reto es intentar ser personas comprometidas con nuestros principios y valores. La actuación ética y humanística es una obligación particular en la medicina. Las tareas del médico han sido descritas, de manera sencilla, con estas palabras: “A veces curarás, frecuentemente ayudarás y siempre confortarás.”⁴⁶⁸

Se ha dedicado tiempo, para especializarse en las ciencias y se dedica poco tiempo al cultivo de las artes, con lo que se pierde sensibilidad social.⁴⁶⁹

Una de las características más importantes de las profesiones, se encuentra en la diversidad de formas en que esta puede ser ejercida, encontrándose importantes diferencias entre quienes ejercen en forma privada y aquellos que lo hacen dentro de diferentes tipos de organización.⁴⁷⁰

Con el ejercicio privado tradicional, como una característica inherente de una ocupación profesional.⁴⁷¹

Antiguamente un profesionista no podía aceptar que se dijera que estaba subordinado a otro. En este sentido, el ejercicio profesional dentro de organizaciones ha puesto a los profesionistas en la posición de empleados y ha limitado seriamente algunas condiciones como ingresos económicos, autonomía e identidad. En el caso particular de la profesión médica, en la cual todavía existe el ejercicio privado como forma de empleo dominante, sus características han ido cambiando a partir de la especialización y la división del trabajo.⁴⁷²

Se puede afirmar que tradicionalmente el ejercicio privado ha sido predominantemente un medio mediante el cual se prestan servicios profesionales a clientes personales.⁴⁷³

Por su parte, el ejercicio profesional dentro de las instituciones de salud, se ha desarrollado a causa del aumento de conocimientos en donde la especialización y el avance de la tecnología han supuesto que los individuos no pueden prestar el servicio profesional en forma aislada, ya que las propias instituciones tienen necesidad constante de una variedad de servicios especializados y pueden emplear a aquellos profesionistas que los presten.⁴⁷⁴

3.3.1.-Modelos de Ejercicio de la Medicina.

El Ejercicio Privado.

La práctica privada de la medicina ha desempeñado un papel importante en la atención médica de nuestro país durante el siglo XX, al igual que en la Colonia y en el siglo XIX, ya que ha proporcionado servicios de salud a un sector importante de la población que no tiene prestaciones que le permitan acceder a

468. Óp.cit., p. Fernando Guzman.p.49

469. Ibid.p.49

470. Ibid., p.49

471. Ibid., p.49

472. Ibid., p.49

473. Ibid., p.49

474. Ibid., p.50

Los servicios médicos del Estado. Para la década de los treinta, la escuela francesa fue perdiendo influencia sobre la medicina mexicana, ya que el desarrollo de la escuela médica norteamericana y la influencia sociopolítica de los Estados Unidos sobre el país, hicieron que tanto las escuelas de medicina en sus planes de estudio, como la organización y desarrollo de la estructura hospitalaria, adoptaran el modelo norteamericano que de alguna manera se conserva hasta la fecha.⁴⁷⁵

El cambio más importante en la forma de ejercicio profesional entre estas dos escuelas, radicó en que originalmente el eje de la misma lo constituía el médico general, ya que tenía una gran influencia dentro de la sociedad por su ascendencia moral y su capacidad de penetración en los problemas sociales, mismo que se fue perdiendo hasta ser sustituido por el médico especialista de gran profundidad científica con un desarrollo tecnológico importante.⁴⁷⁶

Sin embargo, se puede afirmar que con esta tendencia, el médico especialista ejerce la mediana de manera fragmentaria perdiendo en buen grado el contenido humano de la práctica profesional médica. Con este cambio el ejercicio libre de la profesión fue disminuyendo, ya que la tendencia de los médicos se ha orientado hacia el trabajo hospitalario. En la actualidad, se entiende por medicina privada al sistema de interacción entre enfermo, médico y mecanismos administrativos de apoyo que cumpla con los siguientes requisitos:

1. Que el paciente pueda escoger libremente a su médico y cambiar su elección cuantas veces lo desee.
2. Que el médico pueda atender a cualquier paciente, y dejarlo de atender si así lo desea, sin más limitaciones que las que dicten las leyes generales del país y la deontología médica.
3. Que la retribución económica que el médico reciba sea condicionada exclusivamente por el acto médico en forma individual, y no en forma independiente a que este tenga lugar.

En este contexto, el ejercicio privado es un ejemplo clásico de quien poseedor de un conocimiento, vive de él a través del otorgamiento de un servicio a quien lo requiere, y es el responsable directo ante los ojos del interesado y su núcleo familiar de sus propias acciones, de las cuales siempre debe estar actualizado. Actualmente, el ejercicio privado de la profesión médica se lleva a cabo de dos formas, una a través del consultorio privado y otro en instituciones hospitalarias particulares. En ambos casos, como consecuencia del creciente desarrollo tecnológico en el campo de la medicina, el médico dispone de apoyos auxiliares de diagnóstico, laboratorio y gabinete que con el apoyo de los sistemas computarizados, se potencia.⁴⁷⁷

Además, en el ejercicio privado de la profesión médica existe la tendencia a formar grupos o consorcios de médicos que trabajan en forma coordinada e

475. Camacho O.Óp.cit., p.13

476. Ibid., p.13

477. Ibid., p.13

interdependiente, y en donde la organización funciona como una empresa. La idea que subyace en esta forma de ejercer la profesión tiene su fundamento, en el intercambio entre los médicos es una fuente de enriquecimiento y de progreso.⁴⁷⁸

El Ejercicio Institucional.

La medicina institucional se define como el sistema organizado para la prestación de servicios médicos a grandes sectores de la población, sin que exista la barrera económica para que el usuario obtenga estos servicios. Las dependencias encargadas de impartir esta clase de atención médica son dependencias estatales y la orientación de sus servicios, a diferencia de la medicina privada que ha tenido una orientación curativa, está orientada a la prevención y la rehabilitación. Esta forma de ejercicio está dirigida no solo a la atención individual del paciente, sino a la promoción de la salud de la comunidad, además de que los servicios de atención médica no son impartidos por un médico aislado, sino por un grupo de profesionistas que incluyen diversas categorías de trabajadores de la salud.⁴⁷⁹

Asimismo, permite llevar a cabo dos objetivos fundamentales de la medicina contemporánea, la enseñanza y la investigación. El ejercicio institucional otorga al médico seguridad económica y un ámbito profesional adecuado y motivador para su propio desarrollo y aplicación de los avances de la ciencia y la técnica en el campo de la medicina. Por otra parte, elimina la realización comercial directa con el paciente y su trabajo se realiza en equipo supervisado, evaluado y calificado.⁴⁸⁰

Esto último parecería ser suficiente para proponer un desarrollo prácticamente exclusivo del trabajo institucional, sin embargo, existen también aspectos negativos como la deshumanización del ejercicio profesional, su despersonalización, la burocratización creciente aunada a una búsqueda de individualización dentro de la institución porque existe una clara taña de reconocimiento individual.⁴⁸¹

En el ejercicio de la medicina institucional, la organización de un grupo humano se orienta grupo humano sano o enfermo, haciendo uso de equipo e instrumental, así como de relaciones personales con una carga elevada de interacción intelectual y afectiva. En ese sentido, el carácter social de la medicina institucional se ha puesto de manifiesto con fuerza y claridad en todos los planes de atención médica que han desarrollado o adoptado las instituciones de seguridad social.⁴⁸²

A partir de lo anterior, el ejercicio profesional de la medicina institucional en nuestro país, se caracteriza por: estar dirigida a grandes sectores de la población; estar constituida por diversas instituciones estatales y se sustentan en diversos sistemas de financiamiento; el trabajo está organizado en grupos de profesionales, que incluyen varias categorías de trabajadores asalariados,

478. Camacho O.Óp.cit., p.14

479. *Ibid.*, p.14

480. *Ibid.*, p.14

481. *Ibid.*, p.14

482. *Ibid.*, p.15

entre ellos el médico; llevar a cabo las funciones específicas de la medicina: promoción, prevención, curación y rehabilitación, y las funciones generales de la medicina contemporánea: asistencia, docencia e investigación; el servicio no se otorga sobre la base de un contrato individual entre el médico y el paciente; y el paciente no selecciona libremente al médico.⁴⁸³

El desarrollo de la profesión médica está relacionado directamente con las formas en que esta se practica. Como se ha visto, la medicina actual puede ser ejercida de forma institucional, privada o de manera combinada.⁴⁸⁴

Hay percepciones que comentan que el motivo de no ser aceptados dentro del ámbito institucional, se debe a celo profesional por parte de los médicos cirujanos, lo que conlleva a marginarlos y no valorarlos como profesionistas. Asimismo, se identificó a una serie de opiniones que señalan en forma puntual las desventajas que implica para el médico ejercer en el contexto de la medicina institucionalizada.⁴⁸⁵

Consideran además, que el mayor inconveniente es el proceso de deshumanización que se da en los medios oficiales, además de que el médico institucional está muy mal pagado. Señalan también, que el ejercicio profesional dentro de los hospitales del Sector Salud es muy limitante, ya que el tiempo de que se dispone para atender a los pacientes es muy poco, además de que el llamado cuadro básico de medicamentos imposibilita la prescripción de la terapéutica. Comentan que para que el médico cirujano pueda ejercer en el sector médico oficial, tendrían que existir las condiciones necesarias en cuanto a libertad de tiempo para atender a sus pacientes y que estos profesionistas puedan establecer los tratamientos correspondientes.⁴⁸⁶

El ejercicio profesional de los médicos está determinado primordialmente por el ejercido libre de la profesión, identificándose las características que en forma más importante sobresalen de su ejercicio, tales como la conservación de ciertas formas artesanales con una influencia predominante de la medicina francesa en donde se privilegia el uso de la clínica. En este sentido, se considera que hay una tendencia a ejercer como terapeutas y no como médicos en su sentido más amplio. Asimismo, se observa clara una orientación hacia el individualismo profesional, en donde no se promueve la conformación de grupos profesionales o consorcios médicos. En este sentido, se considera que una persona que trabaja por sí sola en su consultorio, al que equipa con su propio capital, trata a los pacientes que lo han escogido como su médico personal y por los cuales asume la responsabilidad, por lo general es un médico que no tiene conexiones formales con sus colegas.⁴⁸⁷

Es importante destacar que se distinguen dos comentarios en torno al ejercicio de la profesión, una que se desarrolla como una profesión dentro del campo de la medicina en donde se prescriben diferentes terapéuticas en función de los requerimientos del paciente, y otra que consideran que el ejercicio de la profesión está fundamentado en un modelo médico diferente, aunque no se

483. Camacho O.Óp.cit., p.15

484. *Ibid.*, p.15

485. *Ibid.*, p.15

486. *Ibid.*, p.15

487. *Ibid.*, p.15

presentan propuestas concretas e independiente del modelo médico hipocrático y galénico.⁴⁸⁸

IV.EL MEDICO ANTE LA DEMANDA JURIDICA.

4.1.- Causas de Demanda.

Las quejas de la atención médica son tan antiguas como el ejercicio mismo. En las tablas sumerias del rey de Ur 4050 años AC se establecía una escala de pagos cuando se demostraban lesiones atribuibles al médico. Luego en el Código de Hammurabi en el año 3750 A.C. los cirujanos pagaban incluso con la vida por los errores cometidos. En Egipto antiguo a parece una norma que cuando el ejercicio no se ajustaba a lo establecido al usar un tratamiento no convencional y el paciente moría, el sacerdote pagaba con su vida.⁴⁸⁹

En la ley inglesa 1687 se define mala práctica como “una ofensa a ley natural (sea por curiosidad, experimentación o negligencia), que rompe la confianza que la comunidad coloca en el médico.”⁴⁹⁰

Causas de demanda:⁴⁹¹

1. Venganza contra el médico, cuando ocurre un resultado no exitoso más algo de lo siguiente:

- Ocurre una fricción entre el médico con algún miembro de la familia.
- Algún familiar manifiesta desacuerdo con el procedimiento y quiere demostrar que tenía razón y no fue escuchado.
- Se presenta alguna forma de maltrato al paciente por parte del profesional de salud y el paciente o su familia quedan resentidos.
- Falta de atención o atención defectuosa al paciente.
- Falta de cortesía, lo cual no es simple cuestión de buena educación, sino que la cortesía es una obligación en los funcionarios sociales como es el caso del médico.
- Humor o chistes inadecuados, casos interesantes o bellísimos resultados son personas con enfermedades gravísimas y mal pronóstico.

2. Venganza contra el hospital por:

- Pago de cuentas elevadas.
- Maltrato en el hospital.

488. Camacho O.Óp.cit., p.16

489. Matiu Hugo. Negligencia Médica.www.negligencias.comp.3-5.

490. Ibid., p.3

491. Ibid., p.3

3. Falta de seguimiento de las indicaciones médicas.

4. Falta de comunicación:

- Falta de información adecuada; la información al paciente debe ser verdadera, clara, completa y discutida con el mismo paciente.⁴⁹²
- Garantía de un resultado; el contrato de atención médica da origen a obligaciones de medio y no de resultado, el médico no puede prometer, asegurar ni garantizar la cura del enfermo. El único resultado que puede ofrecer es que pondrá todo el empeño, diligencia, pericia, conocimiento, prudencia y cuidado para una correcta ejecución.⁴⁹³

5. Médicos que hablan mal de los colegas.

Signos indicativos de una demanda inminente.⁴⁹⁴

- Existencia de una complicación o muerte.
- Evidencia de insatisfacción del paciente o la familia.
- Cartas de queja a autoridades hospitalarias.
- Solicitud de historia clínica del enfermo.
- Llamada de abogados al consultorio o la institución solicitando historia clínica del paciente.
- Falta de asistencia a citas médicas de control.
- No pago de una cuenta.
- Información extraoficial de colegas y otras personas.

TIPOS DE PERSONALIDADES DE PACIENTES QUE PUEDEN SER PROBLEMÁTICAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA Y CON PROPENSIÓN A LAS DEMANDAS.⁴⁹⁵

1. El adulator, detrás de esto puede haber una personalidad agresiva que luego actúe contra el médico.

1. El que llega hablando mal de otro médico.
2. El dueño del médico (seguros pre pagados).
3. Los “expertos” en medicina.

492. Matiu Hugo.Óp.cit., 3

493. Ibíd., p.3

494. Ibíd., p.4

495. Ibíd., p.4

4. Los despectivos de la profesión médica.
5. Los caza fortunas buscan demandar para obtener dinero.
6. Los sociópatas, tener siempre asistente en la consulta para evitar invenciones de los pacientes.

Causas de demanda por mala práctica.⁴⁹⁶

- Error diagnóstico.
- Paciente equivocado o parte del cuerpo equivocada.
- Errores de medicación.
- Desempeño inadecuado.
- Falla en comunicar o instruir al paciente.
- Hacer algo cuando no está indicado o está contraindicado.
- Retardo en hacer algo.
- No haber hecho algo.
- Dejar un cuerpo extraño quirúrgico en el paciente después del procedimiento.
- Falla en supervisar o seguir el caso.
- Falla en reconocer una complicación del tratamiento.
- Resucitación no efectuada o realizada inadecuadamente.
- Falla o retardo en hospitalizar.
- Falla o retardo en referir o consultar.
- Supervisión inadecuada al residente u otro personal de salud.
- Falla en responder apropiadamente.
- Procedimiento o cirugía contraindicados.

Partiendo de la base que el derecho penal protege bienes jurídicos, los que sin pretender definirlos ni citando a algún autor en especial, podríamos afirmar que son aquellos valores fundamentales de la sociedad que toma el Estado para protegerlos y así garantizar la vida armónica de esa sociedad, protección que lleva a cabo a través de la creación de normas que prohíben conductas que vulneran dichos valores. Y tomando en cuenta por otra parte, que el bien jurídi-

496. Matiu Hugo. Óp.cit., p.4

co de mayor importancia es la vida humana así como la salud pública, los médicos tienen un papel de suprema relevancia para el derecho punitivo, de ahí que el Estado tenga especial interés en regular la forma en que los médicos desarrollan su actividad profesional, y la forma como se registra ese interés del Estado, es a través de la creación de tipos penales cuya finalidad es exigir del médico una actuación profesional, ética, honesta.⁴⁹⁷

Los médicos se forman en las universidades en la *lex artis* de su profesión, pero no adquieren conocimientos sobre las normas sanitarias y mucho menos sobre el régimen de responsabilidad a que se sujetan los actos de negligencia e impericia. Ganan habilidades y destrezas en el curso de su desarrollo profesional, pero no abundan sobre el conocimiento del marco jurídico. Algo se ha hecho a partir de las propuestas que ha planteado la CONAMED y del reciente convenio suscrito con la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina.⁴⁹⁸

Entre los profesionales del derecho tampoco hubo la posibilidad de comprender a cabalidad los beneficios de operar un sistema de medios alternos para solucionar conflictos médicos. Es más, en algunos de los primeros asuntos llevados ante la CONAMED, era notorio el desconocimiento de los abogados patronos respecto de la institución jurídica del arbitraje. En la academia, se llegó incluso a cuestionar la legitimidad del acto creador de la institución, obviando el beneficio que el modelo propuesto acarrearía en el ámbito de las políticas públicas. Atrás de estas críticas también existía un problema de formación profesional, igual que en el caso de los médicos, pues en nuestro país los abogados no son formados en disciplinas como las que resultan la materia cotidiana del trabajo de la CONAMED: derecho sanitario y Medios Alternos de Solución de Controversias. Apenas en fecha reciente la Facultad de Derecho de la UNAM, a través de su División de Estudios de Postgrado, introdujo estas disciplinas en una de sus especialidades.⁴⁹⁹

En virtud de lo anterior, es pertinente la colaboración de tres estudiosos de la ciencia jurídica, quienes abordan el tema de la responsabilidad del médico desde perspectivas diferentes, aunque con un solo propósito: contribuir con la comunidad médica a comprender el marco jurídico de su actuación profesional. Al tener elementos adicionales para evaluar los fines de la Comisión, podrán someterse, sin reservas, al proceso arbitral a su cargo, cuyo mayor valor es su naturaleza de ser “juicio entre pares”.⁵⁰⁰

La responsabilidad objetiva, también llamada teoría del riesgo creado, la explica en términos de lo dispuesto por el artículo 1913 del Código Civil para el Distrito Federal, aunque para ello, recuerda los antecedentes de nuestro sistema jurídico al comentar diversos conceptos del sistema romano, recogidos en particular en la legislación de Justiniano, por lo cual destaca el tema de los cuasi-delitos, que según sus palabras “generaban obligaciones, porque si bien eran parecidos a los delitos, se diferencian de ellos porque en lugar de sancionar al culpable con una indemnización por haber obrado con intención

497. Justo P. *Ética Médica*. Revista CONAMED, Vol.9, Num.2, Abril-junio, 2004, p.32-36

498. *Ibid.*, p.32

499. *Ibid.*, p.32

500. *Ibid.*, p.32

dolosa, le castigaban por haber provocado un daño debido a su actitud culposa o imprudente”.⁵⁰¹

En el caso de la actividad profesional del médico dicho concepto resulta de gran importancia, pues la codificación civil regula la obligación que resulta de causar un daño por el uso de “mecanismos, instrumentos, aparatos o sustancias peligrosas por sí mismos”. Conforme a las actuales circunstancias, se hace indispensable definir los alcances de la responsabilidad objetiva en la actuación profesional médica, pues una interpretación literal del artículo 1913 del Código Civil del Distrito Federal, llevaría al extremo de suponer que cualquier cirugía, por el uso de instrumentos peligrosos en sí mismos, genera responsabilidad y por tanto existe la obligación de indemnizar el daño causado, la necesaria lesión producto de la cirugía, aunque la actuación del equipo sanitario se haya llevado a cabo bajo los principios de la *lex artis*, con diligencia y pericia, dado que habría que tomar en cuenta que en términos de la teoría del riesgo creado, expuesta por articulistas, no se hace necesario acreditar culpa alguna.⁵⁰²

La regulación de la responsabilidad objetiva es una figura que no tiene antecedente alguno en el derecho comparado, sería pertinente sugerir a los legisladores revisar la actualidad de dicha hipótesis jurídica, a la luz de lo que el propio autor señala, en cuanto a que la doctrina de la teoría del riesgo creado empieza a perder adeptos y se observa un importante retorno del concepto “culpa” para evaluar el actuar profesional. Polemizar sobre los alcances de las disposiciones jurídicas que regulan ciertas conductas, en este caso, las de los médicos, no significa necesariamente que algunos tengan la capacidad de establecer una visión ideal al respecto; permite, eso sí, contribuir a una discusión razonada del fenómeno jurídico. Es afortunado, por tanto, que se avance en la posibilidad de presentar diversos puntos de vista sobre un tema que trasciende la actividad de un grupo profesional, pues la relación médico-paciente importa a la sociedad en su conjunto por los valores bioéticos involucrados.⁵⁰³

Se hace indispensable contar con un marco objetivo de referencia que permita cuantificar el monto de la indemnización, sin que tal situación constituya una afrenta al rol satisfactorio que debe privar en la reparación del daño, tal como lo recuerda la Juez al señalar que “si bien no existe la reparación natural o perfecta”, ello no impide que “jurídicamente sea posible que la reparación se dé a título de satisfacción por el dolor moral, sin que esto implique que lo atenúe o desaparezca”.⁵⁰⁴

La reparación del daño moral adquiere relevancia en lo que corresponde a la actividad médica. A partir de la Tesis publicada en el Semanario judicial de la federación en noviembre de 2002 el criterio judicial permite que la reparación del daño moral causado al paciente o a sus beneficiarios también corra a cargo de los centros hospitalarios que brindan atención médica, y no recaiga sólo en el sujeto que con su actuación individual haya generado el daño. Señala la Tesis:

501. Justo P. Óp.cit., p.33

502. *Ibid.*, p.33

503. *Ibid.*, p.33

504. *Ibid.*, p.34

DAÑO MORAL, DERECHO A LA REPARACIÓN DEL. SE DA A FAVOR DE UNA PERSONA, COMO CONSECUENCIA DE UNA INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA PRESTADA POR UN CENTRO HOSPITALARIO QUE VULNERE O MENOSCABE SU INTEGRIDAD FÍSICA O PSÍQUICA.

En términos del artículo 1916 del Código Civil para el Distrito Federal y Código Civil Federal, el daño moral consiste en la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás. Se presumirá que hay daño moral, cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la integridad física o psíquica de las personas, siendo independiente el daño moral, del daño material que se cause; luego, si un centro hospitalario le presta a una persona una inadecuada atención médica y por esa circunstancia le irroga a ésta una afectación que la incapacita permanentemente es indudable que, aparte del daño material, le ocasiona una afectación psíquica que evidentemente, se traduce en un daño moral que altera sus sentimientos y afectos, debiéndola resarcir en términos de la ley por ese motivo, independientemente de la indemnización correspondiente al daño material.

Como puede apreciarse, la reparación del daño moral como producto de la actividad médica empieza a cobrar importancia en nuestro país, por la influencia, entre otras cosas, del aumento en las demandas judiciales por la afectación extra patrimonial producto de otras actividades como han sido los casos en que, en un supuesto ejercicio pleno del derecho a libertad de expresión, se ha afectado la esfera jurídica de alguna persona y que en virtud de su naturaleza han llegado al conocimiento del público. No es el caso, por fortuna, de la actividad profesional del médico; nada, sin embargo, nos puede asegurar que no se siga la tendencia de otras latitudes, como es el caso de los Estados Unidos de Norteamérica, en dónde las demandas por reparación de daño moral son una constante en la relación médico paciente.⁵⁰⁵

El caso de España debe también alertarnos sobre el futuro que habrá de prevalecer en la evaluación del error médico, pues hay pronunciamientos de los tribunales de ese país, en los cuales se anota que, no obstante que el médico cumplió el deber de cuidado a que se encuentra sujeto en términos de *lex artis* médica, y no se causó ningún daño físico o material, la falta de información suficiente sobre los riesgos en una cirugía son motivo para que se indemnice el daño moral resultante.⁵⁰⁶

Aspectos como estos, inducen a la aparición y desarrollo de la llamada medicina defensiva que, por fortuna, parece estar aún lejos de nuestra idiosincrasia.⁵⁰⁷

Es común que las indagatorias resulten en el “no ejercicio de la acción penal” aunque en principio generan actos de molestia al médico que es denunciado, pues es obligación de todo individuo contribuir con las autoridades de procura-

505. Justo P. *Óp.cit.*, p.34

506. *Ibid.*, p.34

507. *Ibid.*, p.34

ción y administración de justicia, de tal suerte que ningún integrante del equipo sanitario se encuentra exento de acudir al citatorio del Ministerio Público cuando es requerido por la acusación que pesa en su contra de haber cometido un acto ilícito del orden penal, como las lesiones, independientemente de su naturaleza, y el homicidio. Habrá que decir, en descargo de la profesión médica, que es criterio cabalmente aceptado en el derecho sanitario la existencia de incidentes y accidentes durante la atención médica que, incluso dejando lesiones, no entrañan su calificación desde un punto de vista forense pues se trata de situaciones producto de la historia natural de ciertas enfermedades, no atribuibles a negligencia o impericia, por lo que no es posible acreditar el nexo de causalidad entre el actuar profesional y el daño resultante; el ser humano es falible.⁵⁰⁸

Para comprender la responsabilidad penal del médico, tenemos que hablar de los conceptos de tipicidad, antijuricidad y culpabilidad como elementos integradores de una conducta ilícita que importa a esta rama del derecho. Son los casos a que se refiere el Código Penal del Distrito Federal: Procreación asistida; Manipulación genética; Omisión de informes médico forenses; Abandono, negación y práctica indebida del servicio médico, y Suministro de medicinas nocivas o inapropiadas.⁵⁰⁹

En muchos casos, cuando en materia de responsabilidad médica quien espera una resolución condenatoria del profesional denunciado no ve satisfecho su deseo, argumenta que el juez no fue capaz de observar el quebranto de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, mientras que, en la hipótesis contraria, es el médico quien califica la ignorancia del juez por no comprender que su actuación fue recta.⁵¹⁰

En la etapa probatoria del proceso penal. Ambos contendientes siempre asegurarán ser portadores de “la verdad” de lo acontecido; de ahí que precisamente presenten versiones diferentes que buscan convencer al juzgador de que les asiste la razón, ante lo cual, la etapa probatoria se torna fundamental para decidir la controversia. Tanto el médico como el paciente presentan informes periciales que se inclinan por su dicho, dictámenes que son suscritos por médicos, aunque con posturas encontrándose, y no obstante que un principio general del derecho señala que “el juez es el perito de peritos” ello no significa que éste posea el conocimiento universal, de ahí que deba nombrar otro perito llamado “tercero en discordia”, también médico, que debe ilustrarlo sobre los puntos controvertidos de los dictámenes periciales que rindieron las partes, con el propósito de encontrar la llamada “verdad legal”.⁵¹¹

El derecho reserva al juzgador la facultad de pronunciarse sobre lo acontecido para establecer la verdad que resulta de su análisis. Todo asunto que ha merecido el pronunciamiento judicial es declarado cosa juzgada pasado determinado plazo después de agotarse los medios de impugnación permitidos por la ley, para transformarse después en sentencia firme, que ha causado estado, es decir, que debe pasar como definitiva y por tanto no impugnabile por ninguna vía legal.⁵¹²

508. Justo P. Óp.cit., p.35

509. *Ibid.*, p.35

510. *Ibid.*, p.35

511. *Ibid.*, p.35

512. *Ibid.*, p.35

La actuación profesional y los beneficios de resolver las controversias mediante un juicio entre pares, se desahoga ante la CONAMED, en donde, tal como se puede apreciar en el informe del año 2003, se atendieron 5,395 inconformidades, de las cuales, 2,250 se sujetaron al proceso arbitral. Las gestiones inmediatas llegaron a 941 (41.8%), en tanto que en 704 asuntos (31.3%) las partes suscribieron convenio para poner fin a sus diferencias y la institución emitió 29 laudos (1.3%). En otros 318 casos (14.1%) no fue posible lograr la avenencia, mientras que los restantes 258 casos se sobreyeron por diversos motivos. Al respecto, los resultados de los cuatro últimos años dan cuenta que la capacidad conciliatoria ha aumentado 18 puntos porcentuales, pues en el año 2000 el índice era de 52.4%, el cual, para el año próximo pasado significó 70.6%, con porcentajes intermedios de 56% y 61.2% en 2001 y 2002, respectivamente. Por otra parte, como producto del análisis del error médico, se ha observado una tendencia a la baja en lo que corresponde a la mala práctica, que en el año 2000 era de 65%, en tanto que para el 2003 se ha documentado por supuesto de los casos radicados en la CONAMED un nivel del 30%, identificándose porcentajes de 46.2% en el 2001 y 42.1% en el año 2002.⁵¹³

En lo que corresponde al aumento de la capacidad conciliatoria, se señala que se han potenciado las capacidades cognitivas del personal, a más de que las partes reconocen cada vez más los beneficios del proceso arbitral, mientras que, en lo que corresponde a la disminución del indicador de mala práctica, no se cuenta con una explicación suficientemente razonada que permita explicar el fenómeno, aunque, por la percepción que se recaba en las diversas reuniones que se llevan a cabo de manera frecuente con el gremio médico, se puede aventurar, aunque quizá debe hacerse en lo personal, que la evaluación entre pares que se encuentra inmersa en el proceso arbitral médico y el conocimiento que tiene el gremio, cada vez más consciente de sus responsabilidades, puede ser un factor que esté influyendo.⁵¹⁴

Los delitos de HOMICIDIO y LESIONES. Estos ilícitos pueden ser cometidos por los médicos en una práctica negligente de la profesión, al provocar la privación de una vida o alguna alteración a la salud. En estas circunstancias, se tendrá al delito que resulte como cometido por culpa o imprudencia, y la pena que se aplicará será la cuarta parte de la señalada para el delito doloso, lo quiere decir que por el delito de HOMICIDIO la pena oscilará entre una mínima de 2, y una máxima de 5 cinco años de prisión.²⁹

Pero en el caso de las LESIONES, todo dependerá del tipo de lesión de que se trate, sin embargo en ninguno de los casos excederá de las penas ya mencionadas. Siguiendo en el orden de los delitos contra la vida y la integridad física, los profesionales de la medicina también pueden ser responsables de la comisión de los delitos de AYUDA O INDUCCIÓN AL SUICIDIO cuando en su calidad de médicos ayuden a algún paciente para que se prive de la vida y la pena estará entre 1 a 5 años de prisión. Pero si el auxilio prestado es hasta el punto de ejecutar la muerte, la pena será de 4 a 10 años de prisión. Este delito solo permite su comisión en forma dolosa, es decir intencional, lo que quiere

513. Justo P.Óp.cit., p.36.

514. Ibid., p.36.

decir que el médico que lo cometa previamente deberá saber que lo que hace es un delito y quiere ayudar al paciente a morir, conocido en la legislación como dolo directo, definido como el conocimiento de los elementos de la descripción penal y querer el resultado prohibido por la norma.⁵¹⁵

ABORTO definido por el artículo 144 como la muerte del producto de la concepción en cualquier momento del embarazo. Así, si se hace abortar a una mujer, aun con el consentimiento de ella, la pena aplicable será de 1 a 3 años de prisión y además se les suspenderá en el ejercicio de la profesión por un tiempo igual al de la pena de prisión. Este delito admite la forma de comisión culposa, por lo que cuando se presente así, las penas disminuirán y serán de 3 a 9 meses de prisión.

El Título Segundo del Código Penal vigente para el Distrito Federal en su artículo 149 prevé el ilícito de PROCREACION ASISTIDA y lo comete quien disponga de óvulos o esperma par fines distintos a los autorizados por sus donantes con una pena de 3 a 6 años de prisión y multa de 50 a 500 días multa. Y otra hipótesis típica de este delito lo comete aquella persona que sin consentimiento de una mujer mayor de 18 años o aun con el consentimiento de una menor de edad o de una incapaz para comprender el significado del hecho o para resistirlo, realice en ella inseminación artificial. La pena va de 3 a 7 años de prisión. Pero esta aumentará de 5 a 14 años cuando se utilice la violencia o resulte embarazada la mujer a consecuencia de la inseminación. En el mismo sentido del anterior, se castigará con una pena de 4 a 7 años de prisión al que implante a una mujer un óvulo fecundado, cuando hubiere utilizado para ello un óvulo ajeno o esperma de donante no autorizado. Estos delitos solo admiten la forma de comisión dolosa y cuando sean cometidos por médicos, además de las penas antes señaladas se les condenará a la suspensión para ejercer su profesión.

El artículo 322 está dirigido entre otros, a los profesionales que serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, para ordenar que además de las sanciones previstas en los delitos que resulten consumados, se les impondrá suspensión de 1 mes a 2 años en el ejercicio de la profesión, o suspensión definitiva en caso de reiteración y estarán obligados a la reparación del daño por sus propios actos y los de sus auxiliares, cuando éstos actúen de acuerdo con las instrucciones que les hayan dado. Con lo que se advierte la severidad de la norma penal cuando se trata de un profesional, que se puede interpretar como un fin de prevención general.

Se puede inferir de lo anterior que la finalidad del derecho penal no es castigar tan rígidamente al médico que incurre en una conducta delictiva, sino prevenir este tipo de comportamientos a través de una práctica sana de la medicina, advirtiéndoles de los castigos que les esperan en caso de violación al deber que tienen con la sociedad.⁵¹⁶

En el delito de ABANDONO, NEGACION Y PRACTICA INDEBIDA DEL SERVICIO MEDICO, se señala en el artículo 324 ordena que se impondrá pri-

515. Arturo Narro. Por qué los Jueces aún no han aprendido a valorar la prueba pericial. Revista de Ciencias Penales; Iter Criminis; número 4, segunda época; p.p.28-35.

516. Ibid., p.28

sión de 1 a 4 años, de 100 a 300 días multa y suspensión para ejercer la profesión por un tiempo igual al de la pena de prisión al médico en ejercicio de su profesión que:

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

II.- Se niegue a prestar asistencia a un enfermo cuando este 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 235.- 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 impondrá de 1 a 4 años de prisión y de 100 a 300 días multa.

Y entre la práctica indebida, se destaca a los médicos que realizan operaciones que no son necesarias, a quienes se les impondrá de 2 a 6 años de prisión y de 200 a 400 días multa.

Las mismas penas se le impondrán al que simule la práctica de una intervención quirúrgica; o al que sin autorización del paciente o de quien legítimamente deba otorgarla, salvo en los 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.

Otras de las hipótesis delictivas creadas recientemente, lo constituye el delito denominado RESPONSABILIDAD DE DIRECTORES, ENCARGADOS, ADMINISTRADORES O EMPLEADOS DE CENTROS DE SALUD POR REQUERIMIENTO ARBITRARIO DE LA CONTRAPRESTACIÓN.

A este respecto tenemos el artículo 327 que señala que se impondrán de 3 meses a 2 años de prisión, de 25 a 100 días multa y suspensión de 3 meses a 2 años para ejercer la profesión, a los directores, encargados, administradores o empleados de cualquier lugar donde se preste atención médica que:

I. Impidan la salida de un paciente, aduciendo adeudos de cualquier índole;

II. Impidan la entrega de un recién nacido, por el mismo motivo; ó

III. Retarden o nieguen la entrega de un cadáver, excepto cuando se requiera orden de autoridad competente.

Lo anterior es en función de que los adeudos contraídos por la prestación del servicio médico son de naturaleza contractual es decir, nacen de un contrato, cuyo incumplimiento solo puede dar lugar a un conflicto entre particulares que necesariamente debe ser sometido a la jurisdicción de un Juez Civil, luego entonces, cometer estas conductas no solo violenta las garantías individuales de los pacientes, sino que incluso, pone en crisis uno de los fundamentos

históricos sobre los que descansa la imposición de las penas por parte del Estado, como lo es el principio plasmado en el artículo 17 Constitucional, de no hacerse justicia por su propia mano.⁵¹⁷

El delito de SUMINISTRO DE MEDICINAS NOCIVAS O INAPROPIADAS. Así, en el artículo 328 del Código Penal se establece “al médico o enfermera que suministre un medicamento evidentemente inapropiado en perjuicio de la salud del paciente, se le impondrán de 6 meses a 3 años de prisión, de 50 a 300 días multa y suspensión para ejercer la profesión u oficio por un lapso igual al de la pena de prisión impuesta”. Este delito admite su realización tanto en forma dolosa como por culpa o imprudencia, por lo que la pena mencionada, se aplicará cuando el delito se cometa en su forma dolosa, pero si se realizara por culpa, se aplicara solo la cuarta parte de los parámetros de punibilidad ya mencionados.

De todos y cada uno de los delitos mencionados solo los de AYUDA o INDUCCION AL SUICIDIO en su hipótesis de prestar auxilio hasta el punto de ejecutar la muerte; así como el de PROCREACIÓN ASISTIDA en su hipótesis referente a cuando la inseminación artificial se realice con violencia o resulte la mujer embarazada, y cuando se implante a una mujer un óvulo fecundado ajeno o esperma de donante no autorizado, son delitos graves y por lo tanto resulta improcedente otorgar el beneficio de la libertad provisional, en todos los demás casos, se tiene derecho a la libertad y la orden de aprehensión que en su caso se gire, deberá complementarse sin ingreso del médico a un reclusorio, por lo tanto la misma se cumple con la sola presentación del inculpado en el local del juzgado.⁵¹⁸

El médico en el ejercicio de su profesión enfrenta una situación difícil y compleja y se está llegando al grado de que sienta la necesidad de contratar seguros médico que respalden su actividad, lo que induce a la aparición y desarrollo de la medicina defensiva, con el consabido incremento para los pacientes y sus familiares en los costos de los servicios que aquél presta.

Lo anterior hace mención al daño moral, que puede provocar un médico en el ejercicio de su profesión y que a pesar de ser una figura diversa a la de la responsabilidad civil objetiva y a la que se ha hecho alusión, sin embargo converger en una misma demanda, como se puede observar en los juicios que cada vez con más frecuencia se promueven; lo que además de los costos humanos y materiales que ello implica desde luego influye en la carga de trabajo de los Tribunales del País, siendo conveniente resaltar que en la mayoría de los casos, tales litigios se derivan de la negligencia médica en que se incurre y en menos proporción se actúa con impericia o imprudencia.

4.1.1.-Daño Moral.

Si bien doctrinalmente no existe uniformidad en el concepto de lo que es el daño moral, nuestro Derecho Positivo Mexicano y concretamente el artículo

517. Arturo Narro.Óp.cit., p.29

518. Ibid., p.30

1916 del Código Civil para el Distrito Federal, lo conceptúa como la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos o bien, la consideración que de sí misma tienen los demás. Y considera su existencia cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o integridad física o psíquica de las personas. Así se tiene que el daño que nos ocupa se refiere a bienes extramatrimoniales o inmateriales, inherentes a los derechos de la personalidad como lo son los antes señalados, lo que equivale a que el agravio que sufre el sujeto y en el caso concreto el paciente y/o sus familiares se dé en el patrimonio moral de éstos y si bien no son tasables o evaluables en dinero por ser de naturaleza subjetiva o inmaterial, ello no impide que jurídicamente al cometerlo, la reparación se da con el pago de cantidad alguna a título de satisfacción relativa por el dolor moral que se causa, sin que esto implique que lo atenúe o desaparezca, teniendo como propósito que quien lo sufrió si bien no obtiene la restitución - en la mayoría de los casos- al estado en que se encontraba el paciente antes de la afectación, sí tiene una función a título de satisfacción y equivalencia al dolor moral sufrido, al saber que la conducta negligente o por impericia que se dio no quede impune, reiterándose que una sola puede derivar además en responsabilidades de tipo administrativo y penal.⁵¹⁹

Ahora bien, para que jurídicamente proceda el reclamo de la reparación en la que puede incurrir un médico en ejercicio de su profesión, es menester que el hecho de que se trate, cause una afectación en uno o algunos de los derechos de la personalidad que tutela el artículo 1916 del Código Civil, es decir que haya una relación de causa - efecto entre el hecho u omisión ilícitos y que el daño se produzca. Ejemplo de ello sería el caso de que un paciente, cuyo problema de salud incide en la imperiosa necesidad de que se le ampute la pierna y por negligencia y descuido del médico tratante, erróneamente se le amputa la pierna sana, luego entonces tal ejemplo nos lleva a concluir que con independencia de la responsabilidad civil en que se incurre, se da necesariamente el daño moral, puesto que además de que se altera su configuración física, la afectará que sufrirá repercutirá en sus sentimientos, vida privada, en la consideración que de sí misma tienen los demás y por su puesto en su integridad psíquica.⁵²⁰

Conviene precisar que la reparación del daño moral no es transmisible o transferible a terceros cuando quien la sufre viva y sólo pasará a sus herederos cuando la víctima haya intentado la acción de referencia en vida. La obligación de reparar el daño moral corresponde tanto en la responsabilidad contractual como extracontractual a quien lo cause y aún al Estado, cuando se dé el caso de que el médico sea un servidor público, ya sea que el propio Estado responda subsidiariamente, para el caso de que los bienes del responsable no alcancen a cubrir el monto de la cantidad que le fue impuesta en conductas culposas y solidariamente en conductas dolosas, según sea el caso.⁵²¹

En el supuesto de que el médico sea demandado civilmente, el actor y/o sus familiares deberán necesariamente acreditar sus pretensiones con los elemen-

519. Román Quiroz, Verónica; Óp.cit., p.69.

520. Ibid., p.69

521. Ibid., p.69

tos de convicción que la propia ley prevé y que pueden mediante pruebas confesional, testimoniales, documentales, etcétera y se pondera la importancia para la acreditación de la acción, de la prueba pericial psicológica o psiquiátrica, que auxiliará al juzgador a determinar la existencia del daño que nos ocupa. Cabe mencionar que los estudios psicológicos y/o psiquiátricos revisten suma importancia para la procedencia o no de la reparación del daño moral, puesto que también se da el caso de personas que fingen ante la autoridad judicial, pretendiendo engañarlas fingiendo conductas que no devienen de circunstancia alguna y además de que manipulan cualquier otra clase de probanza, ejemplo de ello sería el aleccionamiento de testigos.⁵²²

El juez es autónomo y se encuentra facultado por la ley para el pago de una suma de dinero que puede ser desde simbólica, hasta elevada, sanción pecuniaria que se reitera es por satisfacción de equivalencia al dolor moral sufrido por la víctima y/o sus familiares.⁵²³

El monto de la indemnización lo determinará el juez tomando en cuenta los derechos lesionados (honor, reputación, sentimientos de inferioridad que casi siempre provoca una desfiguración o detrimento del aspecto físico, etcétera); el grado de responsabilidad equivale a la consecuencia que se dio por la negligencia, impericia o imprudencia.⁵²⁴

La situación económica del responsable y el de la víctima, y el último de los elementos a considerar por el juzgador será el de las circunstancias del caso que equivale a analizar los acontecimientos que se dieron al producirse el daño moral. Para el caso de que el daño derive de un acto que haya tenido gran difusión el juez ordenará a petición de la víctima y cargo del responsable, un extracto de la sentencia que refleje la naturaleza y alcance de la misma, a través de los medios informativos que considere convenientes.⁵²⁵

4.2 Regulación de la Actividad Médica.

En las últimas décadas se ha extendido la idea de que, si existe una profesión en que la regulación y la codificación legal resultan imprescindibles, para evitar graves consecuencias al cliente, ésta es la médica. Desde el tipo de tratamientos autorizados legalmente hasta la sanción penal de la mala praxis, pasando por la información que el médico puede dar al paciente, todo debe estar regulado por el Estado, por el bien de la salud de los individuos y de la sociedad en general.⁵²⁶

De hecho, si nos remontamos a la antigua Grecia nos encontramos con una sociedad en que la relación médico-paciente era completamente libre. En esa época, en la que ni siquiera las responsabilidades del médico estaban codificadas por las leyes, existía un fuerte incentivo para ofrecer siempre el mejor servicio posible al cliente.⁵²⁷

522. Román Quiroz, Verónica; Óp.cit., p.69.

523. *Ibid.*, p.80.

524. *Ibid.*, p.80.

525. *Ibid.*, p.80.

526. Alfredo García; *Iatrogenia*.www.imesex.edu.mx.p.p.28-31.

527. *Ibid.*, p.28

El principal incentivo para el desarrollo de prácticas médicas que protegieran el interés del paciente era la valoración que la población hacía del servicio de los médicos, una valoración que generalmente se realizaba en función del historial profesional de éstos.⁵²⁸

Jacques Jouanna, en su obra Hipócrates, explica que el médico hipocrático corría el peligro de recibir una pena mucho más dura que las sanciones legales que hemos conocido posteriormente: la censura social. En ausencia de regulaciones estatales, el médico que ofrecía un mal servicio quedaba marcado; este marcaje social incentivaba el esfuerzo de los médicos por ofrecer un tratamiento adecuado y minimizar los errores.⁵²⁹

Es precisamente en este ambiente de libertad entre médico y paciente donde surge el famoso juramento hipocrático, a través del cual el médico se comprometía ante sus colegas a poner la salud del paciente en el centro de sus decisiones, a ayudar al enfermo y evitar los daños intencionales, a no abusar de él y a mantener el secreto profesional.⁵³⁰

Y es que la responsabilidad difícilmente surge en un ámbito que no sea el de las relaciones libres. El cumplimiento de este juramento en la práctica diaria otorgaba al médico la reputación que le permitía prosperar. Su incumplimiento, en cambio, suponía el descrédito social y la reprobación de la propia clase médica.⁵³¹

Qué lejos nos encontramos de aquellas relaciones libres, en el marco de las cuales se resolvían los problemas de la medicina.⁵³²

La reforma del sector salud en México se expresa como un proceso amplio y complejo que con el tiempo ha trastocado las relaciones y las áreas de interés de los actores que sostienen la estructura del sistema de salud. Una de estas áreas es la regulación de los médicos, actor fundamental de cualquier estructura de servicios de salud. Los planteamientos de la reforma en México afectan de diversas formas la relación que los médicos han tenido con las instituciones que financian y prestan los servicios, con los usuarios de los servicios y con las instituciones que se encargan de regular su actividad profesional. En su devenir, la reforma ha tenido efectos directos e indirectos sobre la actividad de los médicos desde su formación hasta su participación en la producción de servicios de salud bajo el nuevo sistema. No todos los cambios en la regulación han sido explícitos, de hecho en los últimos años los mecanismos de regulación que rebasan el ámbito de lo legal y se ubican tanto las relaciones de mercado o en la cultura de servicio de los profesionales han tomado un papel importante.⁵³³

528. Alfredo García; Óp.cit., p.28

529. Ibid., p.29.

530. Ibid., p.29.

531. Ibid., p.29.

532. Ibid., p.29.

533. Ibid., p.29

La génesis de estas transformaciones se ubica en los cambios que la reforma ha producido. En México, el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 plantea, de manera explícita, las limitaciones del modelo de atención prevaleciente así como la necesidad de generar modificaciones para lograr un mejor acceso a la salud de toda la población mexicana. Entre los problemas más sobresalientes se identifican la falta de cobertura a la totalidad de la población, el centralismo institucional generador de ineficiencias distributivas, la mala calidad y la falta de eficiencia técnica de los servicios, así como una inadecuada administración de los recursos disponibles. Otro problema que resalta es la enorme segmentación y la insuficiente coordinación entre las diversas instituciones, lo que genera traslapes en la cobertura de servicios y provoca una baja ocupación de la capacidad instalada. Finalmente, en dicho programa se reconoce la necesidad de enfrentar la demanda de una población en proceso de envejecimiento, caracterizada, además, por rezagos epidemiológicos y problemas emergentes.⁵³⁴

Como en muchos otros países la reforma ha generado diversas opiniones en relación con sus logros, los problemas que enfrenta, los intereses que favorece y la forma en la que el proceso se lleva a cabo. No obstante, en general se reconoce que los cambios en el nivel macro han tenido impacto en diversas áreas y una de ellas es la regulación de la profesión médica. El papel de los médicos ha sido analizado desde diversos puntos de vista. La mayoría de los análisis coinciden en que las decisiones que los médicos toman a partir de juicios clínicos, tienen un impacto importante en la calidad, la eficiencia y los costos de la atención y que los cambios en el financiamiento y en la operación de los servicios a partir de la reforma tienen efectos sobre la forma en que se toman dichas decisiones.⁵³⁵

El proceso de regulación en el ejercicio profesional. En general, se considera que la regulación profesional de los médicos es un proceso complejo producto de una amplia gama de intervenciones que llevan a cabo distintas instancias, donde se vigila la aplicación correcta de las habilidades y destrezas adquiridas por los médicos, como consecuencia de años de entrenamiento y en ocasiones de altísimo nivel de especialización. Dado el carácter esotérico de la práctica médica, el argumento de que no existen instancias externas al grupo para evaluar su práctica, suele tener un peso social importante. No obstante, el Estado es un actor social capacitado para legislar y normar la práctica profesional, además, en todos los sistemas de salud juega un papel importante en la regulación.⁵³⁶

Según Moran y Wood históricamente se han desarrollado distintas formas de regular el ejercicio profesional. Tres modelos son los más comunes: el primero, es la regulación estatal donde el estado y sus agencias realizan la regulación directa de la profesión; el segundo modelo es denominado de intermediación, en el cual el estado cede la capacidad de regulación a agencias independientes o a la profesión misma para llevar a cabo el proceso, bajo su vigilancia; y el tercer modelo, denominado de autorregulación, cede a la profesión la capacidad total para llevar a cabo su propia regulación y el estado se mantiene

534. Alfredo García: *Óp.cit.*, p.30

535. *Ibid.*, p.30.

536. *Ibid.*, p.30.

prácticamente al margen del proceso.⁵³⁷

También ha sido posible identificar diferentes áreas de la regulación. Cuatro se consideran las más importantes: a) entrenamiento, b) licenciamiento, c) relaciones laborales y d) ejercicio profesional.⁵³⁸

La regulación, no obstante, no es un proceso técnico per se. De hecho involucra una serie de relaciones de carácter político entre los actores involucrados. Siguiendo la categorización de Moran y Wood, en México el modelo desarrollado a partir de la década de los años 40, fue el de control estatal. El estado y sus agencias han jugado un papel fundamental en definir la oferta de profesionales, han controlado totalmente el proceso de licenciamiento y han logrado moldear la demanda del mercado a través de las instituciones públicas. El papel de la profesión ha sido marginal en las decisiones más importantes en el proceso de regulación. De hecho, otros actores como las universidades y las instituciones privadas de atención a la salud, han sido más influyentes.⁵³⁹

La regulación de los médicos en México se ha modificado conforme a la evolución del sistema de salud. Es posible asegurar que la profesión médica no ha sido el motor fundamental de los cambios en el sistema, sino que más bien se ha ajustado a ellos, particularmente a partir de la intervención extensiva del estado en el campo de la salud a fines de la década de los 40. De hecho, los cambios recientes muestran una tendencia internacional en la cual la racionalización en la distribución y aplicación de los recursos para la salud ha dejado de ser el resultado de una decisión clínica y se ha convertido en un proceso donde las variables económicas juegan un papel fundamental.⁵⁴⁰

Vale la pena destacar que una parte de los actores identificados son actores que participan en la regulación de los profesionales médicos desde hace ya algunas décadas. En este caso se encuentran el Estado y sus agencias como son la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Salud las cuales además operacionalizan las normas establecidas en el marco jurídico constitucional. Por su parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social es la institución prestadora de servicios más grande del país y, al mismo tiempo, el empleador de médicos más importante. Su influencia no se restringe al empleo del personal sino también a la formación de especialistas y en ese sentido su papel en la regulación de la profesión es estratégico. Los grupos que representan intereses profesionales (ya sea de amplios conglomerados de médicos o de grupos élite que han jugado un papel en los últimos años) son la Academia Nacional de Medicina, los colegios de especialistas y las sociedades médicas de las diferentes entidades federativas.⁵⁴¹

La Academia es la organización más antigua e importante del país, que representa los intereses médicos; su influencia en altos círculos de decisión es ampliamente conocida. A los actores permanentes mencionados, se han sumado otros emergentes que inician su participación a partir no sólo de los

537. Alfredo García; *Op.cit.*, p. 30

538. *Ibid.*, p.30.

539. *Ibid.*, p.31.

540. *Ibid.*, p.31.

541. *Ibid.*, p.31.

cambios en el sistema de salud, sino también por la creciente participación de otros grupos de la sociedad interesados en garantizar que los servicios médicos en el país se presten con altos niveles de calidad y eficiencia. De estos actores emergentes se mencionan los siguientes:

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). La CONAMED es creada el 3 de junio de 1996, como un órgano desconcentrado de la S.S.A. Tiene como misión contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a elevar la calidad de los servicios médicos. Dado que la Comisión no está autorizada para derivar procesos civiles o judiciales sobre la responsabilidad del médico, su función principal es la de contribuir a resolver, a través de conciliaciones, los conflictos suscitados entre los usuarios y los prestadores de servicios médicos. Por tanto, en teoría, la CONAMED no cumple una función regulatoria de la profesión. No obstante, la CONAMED tiene presencia en el campo regulatorio de la profesión médica. Su existencia sin duda ha creado diferentes tipos de reacciones entre los diferentes actores interesados en la regulación profesional así como en los propios médicos. De acuerdo a distintas opiniones, la presencia de la CONAMED ha sido percibida por diferentes grupos dentro de la profesión como un factor que modifica el ejercicio profesional, aunque sea de manera indirecta.⁵⁴²

El impacto de la Comisión, como canal de quejas y conciliaciones, no ha sido muy amplio a juzgar por la opinión de Héctor Fernández, titular de la CONAMED: "Tan sólo en el sector público se otorgan diariamente 707 mil consultas, casi 7 mil pacientes son hospitalizados cada día, se realizan miles de intervenciones quirúrgicas, innumerables procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como un sinnúmero de actividades más en pro de la salud de los mexicanos. En cambio en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico se reciben menos de 20 quejas en promedio diario, que corresponden a una por cada 35 mil consultas otorgadas y eso sin contar a la medicina privada".⁵⁴³

En los últimos años, diversas compañías especializadas en la provisión de servicios privados han incrementado su presencia en el mercado mexicano. Su creciente actividad, un tanto silenciosa, se ha orientado a la cobertura de grupos de población de ingresos medios y altos con capacidad de pago por atención médica. Los servicios son prestados bajo modalidades organizacionales innovadoras para el mercado mexicano como la atención gerenciada, que ponen énfasis en el control de costos y en los niveles de utilización de servicios a través de un monitoreo detallado con el fin de ofrecer intervenciones costo-efectivas y de alta calidad. Empresas como CIGNA han iniciado ya sus operaciones con expectativas de alta rentabilidad y su presencia es ya un hecho en varios estados de la república cubriendo a más de 14.000 personas.⁵⁴⁴

Lo anterior ha generado una expectativa de inseguridad entre los médicos que practican en el sector privado, ya que es posible visualizar que muchos de estos médicos, a fin de asegurar demanda para sus servicios, sean contratados por aseguradoras o instituciones prestadoras y que éstas utilicen como uno de

542. Vargas V. Acto Médico. Revista CONAMED, Vol. 9, Núm. 2, abril - junio, 2004, p.10-16.

543. Ibid., p.10.

544. Ibid., p.10

sus mecanismos de reducción de costos, el pago a los médicos así como una intensa restricción en el tipo de procedimientos que aplican y de medicamentos que prescriben, es decir una intervención sobre su capacidad de autonomía técnica. De hecho las organizaciones médicas más activas en la negociación ante las autoridades correspondientes dentro del sector salud, particularmente la Secretaría de Salud, han sido las agrupaciones de colegios médicos que han encontrado en esta coyuntura un espacio de reactivación de sus funciones que se había mantenido en fase de hibernación en las últimas cuatro décadas.⁵⁴⁵

La certificación es uno de los mecanismos más importantes en la regulación profesional de los médicos. Actualmente los médicos especialistas reciben su certificación y/o recertificación por parte de los Consejos de su especialidad que a su vez se aglutinan alrededor de la Academia Nacional de Medicina. El proceso de certificación de especialistas es absolutamente voluntario. Por su parte, los médicos generales han iniciado un proceso de certificación por medio de las secretarías o institutos de salud de los estados controlado por la Ssa pero este es aún incipiente.⁵⁴⁶

La certificación ha mostrado ser un mecanismo regulatorio con mayor impacto en el sector privado que en el sector público. En el primero es considerado como el factor que garantiza la calidad del ejercicio mientras que en el segundo, es considerado como un factor influyente pero no determinante de dicha calidad y no es utilizado como elemento central en la contratación de médicos.⁵⁴⁷

En realidad los consejos de especialidad no son un actor nuevo. Los primeros datan de principios de los años 60. Sin embargo en los últimos años han obtenido un estatus de semi-autonomía, bajo la vigilancia de la Academia Nacional de Medicina, y su capacidad para regular el ejercicio profesional va en aumento. Dirigentes de los consejos opinan que estos cuerpos pueden cumplir su tarea en el campo de la certificación en función de la capacidad que tengan de mantener su estatus de semi-autonomía.⁵⁴⁸

Es importante reconocer que existe una diferenciación de los mecanismos de regulación que refleja la estratificación de la profesión médica y de su mercado laboral identificada por otros autores. Lo que hasta aquí se ha expuesto refleja los cambios en la regulación de los médicos que más cercanía tienen con sectores del mercado que manejan amplios volúmenes de recursos financieros y que atienden a poblaciones con capacidad de pago. Las fuerzas que dinamizan estos segmentos del mercados generan cambios también en el proceso regulatorio de los médicos. Otros mecanismos han sido desarrollados para regular la actividad de los miles de médicos cuyo nicho laboral es la asistencia pública o los espacios de mercado de atención a grupos de población pobre donde se sigue privilegiando el pago por salario fijo al prestador.⁵⁴⁹

Sin embargo, se puede señalar que en general los mecanismos para regular el

545. Vargas V. Óp.cit.p.11

546. *Ibid.*, p.11.

547. *Ibid.*, p.11

548. *Ibid.*, p.11.

549. *Ibid.*, p.12.

ejercicio profesional de los médicos en México, han sufrido importantes modificaciones, al tiempo que nuevos actores interesados en la regulación han aparecido en la escena. Sin embargo, los efectos de la implantación de estos mecanismos parecen estar dando prioridad a la regulación fuera del ámbito de lo estatutario, a excepción de la expedición de la cédula profesional y otros aspectos de la formación de los médicos especialistas.⁵⁵⁰

El crecimiento de la medicina privada en México ha permitido que la certificación se consolide como mecanismo regulador ya que la mayor parte de las instituciones (hospitales y otras unidades privadas) que contratan médicos requieren de su acreditación por parte del Consejo respectivo. Las aseguradoras que establecen acuerdos con médicos también requieren de la certificación. Los acuerdos que establecen con las compañías de seguros abren la posibilidad para el médico de mantener una demanda permanente por sus servicios, pero regulada tanto en lo económico como en lo técnico.⁵⁵¹

La aparición de nuevos actores en el campo de la regulación médica es un reflejo de los intentos del estado por desarrollar mecanismos complementarios a las relaciones económicas, con énfasis en aspectos de tipo ético y de responsabilidad civil. El caso de la CONAMED es importante ya que evidencia el interés de las autoridades de salud por mostrar una nueva cara de la regulación en donde el diálogo intermediado entre el profesional y el usuario y su eventual conciliación represente una etapa que reduzca el riesgo de una demanda civil o penal.⁵⁵²

En el futuro la regulación se mantendrá ligada a los mecanismos estatutarios que son controlados sólo en sus etapas iniciales (particularmente previos al ingreso al mercado) por las instituciones públicas. En este sentido el proceso de regulación por parte del estado a través de la expedición de cédulas para los médicos especialistas, parece abrir un nuevo capítulo que amerita dar seguimiento futuro a sus consecuencias. Sin embargo, una vez que los médicos se integran al mercado laboral, la regulación se centra en su práctica y la forma en la que esta es moldeada por los intereses de los agentes financieros y las corporaciones prestadoras de servicios. Es posible que en México estemos presenciando el cambio de modelo de regulación estatal por un nuevo modelo de regulación de corporaciones privadas.⁵⁵³

La médica o el médico tiene derecho a que se respete su juicio clínico (diagnóstico y terapéutico) y su libertad prescriptiva, así como su probable decisión de declinarla atención de algún paciente, siempre que tales aspectos se sustenten sobre bases éticas, científicas y normativas.⁵⁵⁴

4.2.1.-Ejemplos de Artículos Tendientes a Regular la Actividad Médica.

Veamos algunos artículos contenidos tanto en la constitución política mexicana como Código Civil y Ley Federal del Trabajo a sí mismo como algunas de las NOM donde encontramos información concerniente al tema de la presente tesis.

550. Vargas V.Óp.cit.p.12

551. Ibid., p.12.

552. Ibid., p.13.

553. Ibid., p.13.

554. Ibid., p.13.

Ley general de salud

De entre los artículos de esta Ley, a continuación se presenta una glosa de algunos de los artículos de mayor relevancia por cuanto al acto médico se refiere:

Artículo 32.- Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Artículo 33.- Las actividades de atención médica son:

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

Artículo 34.- Para los efectos de esta Ley, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en:

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

Artículo 35 .- Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

Los derechohabientes de las instituciones de seguridad social podrán acceder a los servicios a que se refiere el párrafo anterior en los términos de los convenios que al efecto se suscriban con dichas instituciones, de conformidad con las disposiciones aplicables.

Artículo 36.- Las cuotas de recuperación que en su caso se recauden por la prestación de servicios de salud, se ajustarán a lo que disponga la legislación fiscal y a los convenios de coordinación que celebre en la materia el Ejecutivo Federal y los gobiernos de las entidades federativas.

Para la determinación de las cuotas de recuperación se tomará en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario. 2 Las cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlas, o en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salud.

A los extranjeros que ingresen al país con el propósito predominante de hacer uso de los servicios de salud, se cobrará íntegramente el costo de los mismos, excepto en los casos de urgencias.

Se eximirá del cobro de las cuotas de recuperación por concepto de atención médica y medicamentos, a todo menor a partir de su nacimiento hasta cinco años cumplidos, que no sea beneficiario o derechohabiente de alguna institución del sector salud. Para el cumplimiento de esta disposición, será requisito indispensable que la familia solicitante se encuentre en un nivel de ingreso correspondiente a los tres últimos deciles establecidos por la Secretaría de Salud.

Artículo 37 .- Son servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social los prestados por éstas a las personas que cotizan o a las que hubieren cotizado en las mismas conforme a sus leyes y a sus beneficiarios, los que con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Federal presten tales instituciones a otros grupos de usuarios.

Estos servicios se regirán por lo establecido en las disposiciones legales que regulan la organización y funcionamiento de las instituciones prestadoras y por las contenidas en esta Ley, en lo que no se oponga a aquéllas.

Dichos servicios, en los términos de esta Ley y sin perjuicio de lo que prevengan las leyes a las que se refiere el párrafo anterior, comprenderán la atención médica, la atención materno-infantil, la planificación familiar, la salud mental, la promoción de la formación de recursos humanos, la salud ocupacional y la prevención y control de enfermedades no transmisibles y accidentes.

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.

Artículo 39.- Son servicios de salud de carácter social los que presten, directamente o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y a los beneficiarios de los mismos.

Artículo 40.- Las modalidades de acceso a los servicios de salud privados y sociales se regirán por lo que convengan prestadores y usuarios, sin perjuicio de los requisitos y obligaciones que establezca esta Ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 41.- Los servicios de salud que presten las entidades públicas o empresas privadas a sus empleados y a los beneficiarios de los mismos, con recursos propios o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, se regirán por las convenciones entre prestadores y usuarios, sin perjuicio de lo que establezcan las disposiciones de esta Ley y demás normas aplicables a las instituciones de salud respectivas.

Artículo 42.- La Secretaría de Salud proporcionará a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público las normas oficiales mexicanas de salud para los seguros personales de gastos médicos y hospitalización.

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.

Artículo 44.- Los establecimientos particulares para el internamiento de enfermos, prestarán sus servicios en forma gratuita a personas de escasos recursos, en la proporción y términos que señalen los reglamentos.

Artículo 45.- Corresponde a la Secretaría de Salud vigilar y controlar la creación y funcionamiento de todo tipo de establecimientos de servicios de salud, así como fijar las normas oficiales mexicanas a las que deberán sujetarse.

Artículo 46.- La construcción y equipamiento de los establecimientos dedicados a la prestación de servicios de salud, en cualquiera de sus modalidades, se sujetará a las normas oficiales mexicanas que, con fundamento en esta Ley y demás disposiciones generales aplicables, expida la Secretaría de Salud, sin perjuicio de la intervención que corresponda a otras autoridades competentes.

Artículo 47.- Los establecimientos de servicios de salud deberán presentar aviso de funcionamiento a la Secretaría de Salud, en el supuesto previsto en el primer párrafo del artículo 200 bis de esta ley. En el aviso se expresarán las características y tipo de servicios a que estén destinados y, en el caso de establecimientos particulares, se señalará también al responsable sanitario.

El aviso a que se refiere el párrafo anterior deberá presentarse dentro de los diez días posteriores al inicio de operaciones y contener los requisitos establecidos en el artículo 200 bis de esta ley.

En la operación y funcionamiento de los establecimientos de servicios de salud se deberán satisfacer los requisitos que establezcan los reglamentos y normas oficiales mexicanas correspondientes.

Artículo 48.- Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias y en coordinación con las autoridades educativas, vigilar el ejercicio de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en la prestación de los servicios respectivos.

Artículo 49 .- La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, coadyuvarán con las autoridades educativas competentes para la promoción y fomento de la constitución de colegios, asociaciones y organizaciones de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, y estimularán su participación en el Sistema Nacional de Salud, como instancias éticas del ejercicio de las profesiones, promotoras de la superación permanente de sus miembros, así como consultoras de las autoridades sanitarias, cuando éstas lo requieran.

Artículo 50.- Para los efectos de esta Ley, se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 51.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Artículo 52.- Los usuarios deberán ajustarse a las reglamentaciones internas de las instituciones prestadoras de servicios de salud, y dispensar cuidado y diligencia en el uso y conservación de los materiales y equipos médicos que se pongan a su disposición.

Artículo 53.- La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán los procedimientos para regular las modalidades de acceso a los servicios públicos a la población en general y a los servicios sociales y privados.

Artículo 54.- Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos.

Artículo 55.- Las personas o instituciones públicas o privadas que tengan conocimiento de accidentes o que alguna persona requiera de la prestación urgente de servicios de salud, cuidarán, por los medios a su alcance, que los mismos sean trasladados a los establecimientos de salud más cercanos, en los que puedan recibir atención inmediata, sin perjuicio de su posterior remisión a otras instituciones.

Artículo 56.- De conformidad con lo que señalen las disposiciones generales aplicables, los agentes del Ministerio Público que reciban informes o denuncias sobre personas que requieran de servicios de salud de urgencia, deberán disponer que las mismas sean trasladadas de inmediato al establecimiento de salud más cercano.

Artículo 57.- La participación de la comunidad en los programas de protección de la salud y en la prestación de los servicios respectivos, tiene por objeto fortalecer la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud e incrementar el mejoramiento del nivel de salud de la población.

Artículo 58.- La comunidad podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado a través de las siguientes acciones:

I. Promoción de hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud o a solucionar problemas de salud, e intervención en programas de promoción y mejoramiento de la salud y de prevención de enfermedades y accidentes;

II. Colaboración en la prevención o tratamiento de problemas ambientales vinculados a la salud;

III. Incorporación, como auxiliares voluntarios, en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social, y participación en determinadas

actividades de operación de los servicios de salud, bajo la dirección y control de las autoridades correspondientes;

IV. Notificación de la existencia de personas que requieran de servicios de salud, cuando éstas se encuentren impedidas de solicitar auxilio por sí mismas;

V. Formulación de sugerencias para mejorar los servicios de salud;

V bis. Información a las autoridades sanitarias acerca de efectos secundarios y reacciones adversas por el uso de medicamentos y otros insumos para la salud o por el uso, desvío o disposición final de sustancias tóxicas o peligrosas y sus desechos, y

VI. Información a las autoridades competentes de las irregularidades o deficiencias que se adviertan en la prestación de servicios de salud, y

VII. Otras actividades que coadyuvan a la protección de la salud.

Artículo 59.- Las dependencias y entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas, promoverán y apoyarán la constitución de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de promoción y mejoramiento de la salud individual o colectiva, así como en los de prevención de enfermedades y accidentes, y de prevención de invalidez y de rehabilitación de inválidos.

Norman el acto médico, los siguientes ordenamientos de Derecho Sanitario:

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

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

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Normas oficiales mexicanas en atención médica.

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

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.

Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA2-1993, para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria del servicio de radioterapia.

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

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

RESOLUCION por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.

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

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

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.

Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993, para el fomento de la salud del escolar

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-1993, para la prevención y control de la rabia. 7 Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-1993, para la prevención y control de la rabia.

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

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales, publicada el 6 de enero de 1995.

Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello, útero y de la mama en la atención primaria.

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria, para quedar como NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

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

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-1994, para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994, para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancias.

Norma Oficial Mexicana NOM-021-SSA2-1994, para la vigilancia, prevención y control del complejo teniasis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica.

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 Binomio teniasis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica.

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA2-1994, para la prevención y control de la brucelosis en el hombre.

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA2-1994, para la prevención y control de la brucelosis en el hombre.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral

hospitalaria médica-psiquiátrica. 8 Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-1999, para la prevención, control y eliminación de la lepra.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Norma Oficial Mexicana NOM-029-SSA2-1999, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano.

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño.

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2002, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002, prevención y control de enfermedades en la peri menopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica.

Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano.

Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002, para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.

Norma Oficial Mexicana NOM-038-SSA2-2002, para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo.

Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de la mama.

Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, para la práctica de anestesiología.

Norma Oficial Mexicana NOM-171-SSA1-1998, para la práctica de hemodiálisis. 9 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.

Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, para la atención integral a personas con discapacidad.

Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad

Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.

Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.

Norma Oficial Mexicana NOM-205-SSA1-2002, para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.

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.

Norma Oficial Mexicana NOM-208-SSA1-2002, regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.

Norma Oficial Mexicana NOM-209-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de cirugía oftalmológica con láser excimer.

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.

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

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículo 5.- A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícito.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica:

Artículo 9.- La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica. Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional.

La médica o el médico tienen derecho a contar con lugares de trabajo e instalaciones que cumplan con medidas de seguridad e higiene, incluidas las que marca la ley, de conformidad con las características del servicio a otorgar.

Ley Federal del Trabajo:

Artículo 51.- Son causas de rescisión de la relación de trabajo, sin responsabilidad para el trabajador:

VII.- La existencia de un peligro grave..., ya sea por carecer de condiciones higiénicas el establecimiento o porque no se cumplan las medidas preventivas y de seguridad que las leyes establezcan.

Ley General de Salud:

Artículo 166.- Los servicios de salud que proporcionen las instituciones de seguridad social con motivo de riesgos de trabajo, se regirán por sus propias leyes y las demás disposiciones legales aplicables y se ajustarán a las normas oficiales mexicanas en materia de salud. En este caso, las autoridades sanitarias propiciarán con dichas instituciones la coordinación de acciones en materia de higiene y prevención de accidentes.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica:

Artículo 19.- Corresponde a los responsables a que hace mención el artículo anterior (los establecimientos que presten servicios de atención médica) llevar a cabo las siguientes funciones:

II.- Vigilar que dentro de los mismos, se apliquen las medidas de seguridad e higiene para la protección de la salud del personal expuesto por su ocupación.

Tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional.

Es un derecho de la médica o del médico, recibir del establecimiento donde presta su servicio:

Personal idóneo, así como equipo, instrumentos e insumos necesarios, de acuerdo con el servicio a otorgar.

Ley Federal del Trabajo:

Artículo 132.- Son obligaciones de los patrones:

III.- Proporcionar oportunamente a los trabajadores los útiles, instrumentos y materiales necesarios para la ejecución del trabajo, debiendo darlos de buena calidad, en buen estado y reponerlos tan luego como dejen de ser eficientes, siempre que aquellos no se hayan comprometido a usar herramienta propia. El patrón no podrá exigir indemnización alguna por el desgaste natural que sufran los útiles, instrumentos y materiales de trabajo.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica:

Artículo 21.- En los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, deberá contarse, de acuerdo a las Normas Técnicas correspondientes, con el personal suficiente e idóneo.

Artículo 26.- Los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas técnicas que al efecto emita la Secretaría.

Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica

La médica o el médico tienen derecho a no emitir juicios concluyentes sobre los resultados esperados de la atención médica.

Ley General de Salud:

Artículo 23.- Para los efectos de esta ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad

en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Artículo 32.- Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud.

Artículo 33.- Las actividades de atención médica son:

I. Preventivas que incluyen las de promoción general y las de protección específica.;

II. Curativas, que tiene como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y

III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales.

Ley Reglamentaria del Artículo 5to. Constitucional, relativo al ejercicio de las Profesiones:

Artículo 33.- El profesionista está obligado a poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio de su cliente, así como al desempeño del trabajo convenido. En caso de urgencia inaplazable, los servicios que se requieren al profesionista, se prestarán en cualquier hora y en el sitio que sean requeridos, siempre que este último no exceda de veinticinco kilómetros de distancia del domicilio del profesionista.

Código Civil Federal:

Artículo 1828.- Es imposible el hecho que no puede existir porque es incompatible con una ley de la naturaleza o con una norma jurídica que debe regirlo necesariamente y que constituye un obstáculo insuperable para su realización.

Artículo 2613.- Los profesionistas tienen derecho de exigir sus honorarios, cualquiera que sea el éxito del negocio o trabajo que se les encomiende, salvo convenio en contrario.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica:

Artículo 7.- Para los efectos de este reglamento se entiende por:

Atención médica.- El conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Artículo 72.- Se entiende por urgencia, todo problema médico quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.

Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional.

La médica o el médico tienen derecho a recibir del paciente y sus familiares trato respetuoso, así como información completa, veraz y oportuna relacionada con el estado de salud.

El mismo respeto deberá recibir de sus superiores, personal relacionado con su trabajo profesional y terceros pagadores.

Declaración Universal de los Derechos Humanos:

Artículo 1.- Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y en derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Ley Federal del Trabajo:

Artículo 132.- Son obligaciones de los patrones:

VI.- Guardar a los trabajadores la debida consideración, absteniéndose de maltrato de palabra o de obra.

Ley General de Salud:

Artículo 51.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica:

Artículo 9.- La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Artículo 48.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Tener acceso a educación médica continua y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional

La médica o el médico tienen derecho a que se le facilite el acceso a la educación médica continua y a ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional, con el propósito de mantenerse actualizado.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículo 1, Párrafo Tercero.- Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Ley General de Salud:

Artículo 89, segundo párrafo.- Las autoridades sanitarias, sin perjuicio de la competencia que sobre la materia corresponda a las autoridades educativas y en coordinación con ellas, así como con la participación de las instituciones de salud, establecerán las normas y criterios para la capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud.

Artículo 90, Corresponde a la Secretaría de Salud y a los Gobiernos de las Entidades Federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, sin perjuicio de las atribuciones de las autoridades educativas en la materia y en coordinación con estas:

Fracción I.- “Promover actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requieran para la satisfacción de las necesidades del país en materia de salud”.

Ley Federal del Trabajo

De la Capacitación y Adiestramiento de los Trabajadores:

Art. 153-A. Todo trabajador tiene el derecho a que su patrón le proporcione capacitación o adiestramiento en su trabajo que le permita elevar su nivel de vida y productividad, conforme a los planes y programas formulados, de común acuerdo por el patrón y el sindicato o sus trabajadores y aprobados por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

Art. 153-B. Para dar cumplimiento a la obligación que, conforme al artículo anterior les corresponde, los patrones podrán convenir con los trabajadores en que la capacitación o adiestramiento se proporcione a éstos dentro de la misma empresa o fuera de ella, por conducto de personal propio, instructores especialmente contratados, instituciones, escuelas u organismos especializados, o bien mediante adhesión a los sistemas generales que se establezcan y que se registren en la Secretaría del Trabajo y Previsión Social. En caso de tal adhesión, quedará a cargo de los patrones cubrir las cuotas respectivas.

Art. 153-F. “La capacitación y el adiestramiento deberán tener por objeto:

Actualizar y perfeccionar los conocimientos y habilidades del trabajador en su actividad; así como proporcionarle información sobre la aplicación de nueva tecnología en ella”.

Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión.

La médica o el médico tienen derecho a participar en actividades de investigación y enseñanza como parte de su desarrollo profesional.

Ley General de Salud:

Artículo 90.- Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, sin perjuicio de las atribuciones de las autoridades educativas en la materia y en coordinación con éstas:

IV.- Promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en actividades docentes o técnicas.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica:

Artículo 6.- La Secretaría fomentará, propiciará y desarrollará programas de estudio e investigación relacionados con la prestación de servicios de atención médica.

Artículo 17.- Los establecimientos de carácter privado, en los términos del Artículo 44 de la Ley, prestarán los siguientes servicios:

VI.- Desarrollar actividades de investigación, de acuerdo a los requisitos señalados por la Ley y dentro del marco de la ética profesional.

Asociarse para promover sus intereses profesionales

La médica o el médico tienen derecho a asociarse en organizaciones, asociaciones y colegios para su desarrollo profesional, con el fin de promover la superación de sus miembros y vigilar el ejercicio profesional, de conformidad con lo prescrito en la ley.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículo 9.- No se podrá coartar el derecho de asociarse o reunirse pacíficamente con cualquier objeto lícito; pero solamente los ciudadanos de la República podrán hacerlo para tomar parte en los asuntos políticos del país. Ninguna reunión armada tiene derecho a deliberar.

Ley Reglamentaria del Artículo 5to. Constitucional, relativo al ejercicio de las Profesiones:

Artículo 50.- “Los colegios de profesionistas tendrán los siguientes propósitos:

Vigilancia del ejercicio profesional con objeto de que éste se realice dentro del más alto plano legal y mora”.

Artículo 40.- “Los profesionistas podrán asociarse, para ejercer, ajustándose a las prescripciones de las leyes relativas, pero la responsabilidad en que incurran será siempre individual”.

Ley General de Salud:

Artículo 49.- La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, coadyuvarán con las autoridades educativas competentes para la promoción y fomento de la constitución de colegios, asociaciones y organizaciones de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, y estimularán su participación en el Sistema Nacional de Salud, como instancias éticas del ejercicio de las profesiones, promotoras de la superación permanente de sus miembros, así como consultoras de las autoridades sanitarias, cuando éstas lo requieran.

Código Civil Federal:

Artículo 2670.- Cuando varios individuos convinieren en reunirse, de manera que no sea enteramente transitoria, para realizar un fin común que no esté prohibido por la ley y que no tenga carácter preponderantemente económico, constituyen una asociación.

Salvaguardar su prestigio profesional

La médica o el médico tiene derecho a la defensa de su prestigio profesional y a que la información sobre el curso de una probable controversia se trate con privacidad, y en su caso a pretender el resarcimiento del daño causado.

La salvaguarda de su prestigio profesional demanda de los medios de comunicación respeto al principio de legalidad y a la garantía de audiencia, de tal forma que no se presuma la comisión de ilícitos hasta en tanto no se resuelva legalmente cualquier controversia por la atención médica brindada.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículo 14, segundo párrafo.- Nadie podrá ser privado de la vida, de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho.

Artículo 16.- Nadie puede ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles o posesiones, sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal del procedimiento.

Artículo 17.- Ninguna persona podrá hacerse justicia por sí misma, ni ejercer violencia para reclamar su derecho.

Toda persona tiene derecho a que se administre justicia por tribunales que estarán expeditos para impartirla en los plazos y términos que fijen las leyes, emitiendo sus resoluciones de manera pronta, completa e imparcial. Su servicio será gratuito, quedando, en consecuencia, prohibidas las costas judiciales.

Las leyes federales y locales establecerán los medios necesarios para que se garantice la independencia de los tribunales y la plena ejecución de sus resoluciones.

Nadie puede ser apisionado por deudas de carácter puramente civil.

Ley Reglamentaria del Artículo 5to. Constitucional, relativo al ejercicio de las Profesiones:

Artículo 34.- Cuando hubiere inconformidad por parte del cliente respecto al servicio realizado, el asunto se resolverá mediante juicio de peritos, ya en el terreno judicial, ya en privado si así lo convinieren las partes. Los peritos deberán tomar en consideración para emitir su dictamen las circunstancias siguientes:

V. Cualquiera otra circunstancia que en el caso especial pudiera haber influido en la deficiencia o fracaso del servicio prestado.

El procedimiento a que se refiere este artículo se mantendrá en secreto y sólo podrá hacerse pública cuando la resolución sea contraria al profesionista.

Artículo 35.- Si el laudo arbitral o la resolución judicial en su caso, fueren adversos al profesionista, no tendrá derecho a cobrar honorarios y deberá, además, indemnizar al cliente por los daños y perjuicios que sufriere. En caso contrario, el cliente pagará los honorarios correspondientes, los gastos del juicio o procedimiento convencional y los daños que en su prestigio profesional hubiere causado al profesionista. Estos últimos serán valuados en la propia sentencia o laudo arbitral.

Percibir remuneración por los servicios prestados

La médica o el médico tienen derecho a ser remunerado por los servicios profesionales que preste, de acuerdo a su condición laboral, contractual o a lo pactado con el paciente.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículo 5.- "...Nadie podrá ser obligado a prestar trabajos personales sin la justa retribución y sin su pleno consentimiento, salvo el trabajo impuesto como pena por la autoridad judicial, el cual se ajustará a lo dispuesto en las fracciones I y II del artículo 12".

Ley Federal del Trabajo:

Artículo 56.- “Las condiciones de trabajo en ningún caso podrán ser inferiores a las fijadas en esta Ley y deberán ser proporcionadas a la importancia de los servicios e iguales para trabajos iguales”.

Artículo 82.- Salario es la retribución que debe pagar el patrón al trabajador por su trabajo.

Artículo 83.- El salario puede fijarse por unidad de tiempo, por unidad de obra, por comisión, a precio alzado o de cualquier otra manera.

Cuando el salario se fije por unidad de obra, además de especificarse la naturaleza de ésta, se hará constar la cantidad y calidad del material, el estado de la herramienta y útiles que el patrón, en su caso, proporcione para ejecutar la obra, y el tiempo por el que los pondrá a disposición del trabajador, sin que pueda exigir cantidad alguna por concepto del desgaste natural que sufra la herramienta como consecuencia del trabajador.

Artículo 85.- “El salario debe ser remunerador y nunca menor al fijado como mínimo de acuerdo con las disposiciones de esta Ley. Para fijar el importe del salario se tomarán en consideración la cantidad y calidad del trabajo.

El salario por unidad de obra la retribución que se pague será tal, que para un trabajo normal, en una jornada de ocho horas, de por resultado el monto del salario mínimo, por lo menos”.

Ley Reglamentaria del Artículo 5to. Constitucional, relativo al ejercicio de las Profesiones:

Artículo 24.- Se entiende por ejercicio profesional, y para los efectos de esta Ley, la realización habitual a título oneroso o gratuito de todo acto o la prestación de cualquier servicio propio de cada profesión, aunque sólo se trate de simple consulta o la ostentación del carácter del profesionista por medio de tarjetas, anuncios, placas, insignias o de cualquier otro modo. No se reputará ejercicio profesional cualquier acto realizado en los casos graves con propósito de auxilio inmediato.

Artículo 31.- “... el profesionista deberá celebrar contrato con su cliente a fin de estipular los honorarios y las obligaciones mutuas de las partes”.

Artículo 32.- “Cuando no se hubiere celebrado contrato, se procederá en la forma prescrita por la ley aplicable al caso”.

Artículo 38.- Para los efectos de este reglamento se entiende por ‘error material’ la inscripción de una palabra por otras, la omisión de alguna circunstancia o la equivocación en los nombres o cantidades, sin cambiar por eso el sentido general de la inscripción ni el de ninguno de sus conceptos.

Código Civil Federal:

Artículo 2606.- El que presta y el que recibe los servicios profesionales pueden fijar, de común acuerdo, retribución debida por ellos.

Artículo 2613.- “Los profesores (profesionistas) tienen derecho a exigir sus honorarios, cualquiera que sea el éxito del negocio o trabajo que se les encomiende”.

4.2.2.-Anexo. Norma Oficial Mexicana 206.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-206-SSA1-2002, REGULACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD. QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS DE FUNCIONAMIENTO Y ATENCION EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION MÉDICA.

ERNESTO ENRIQUEZ RUBIO, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, y ENRIQUE RUELAS BARAJAS, Subsecretario de Innovación y Calidad, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o. fracciones I y VII, 13 apartado A fracción I, 17 bis, 27 fracción III, 45, 46, 47, 48 y demás aplicables de la Ley General de Salud; 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43 y 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 4o., 21, 26 y 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 28 y 33 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 2 literal A fracción I, literal B fracción II y literal C fracción X, 9 fracción XIV y 18 fracciones III, IV y V, y 38 fracción XXII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y 3 fracciones I y II y 10 fracción 4 del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, nos permitimos ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación de la 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.

CONSIDERANDO

Que con fecha 12 de diciembre de 2003, en cumplimiento del acuerdo del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario y de lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el proyecto de la presente Norma Oficial Mexicana, a efecto de que en los siguientes 60 días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario.

Que la respuesta a los comentarios recibidos al tenor del párrafo precedente fue publicada previamente a la expedición de esta Norma Oficial Mexicana en el Diario Oficial de la Federación, en los términos del artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, se expide la siguiente:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-206-SSA1-2002, REGULACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD. QUE ESTABLECE LOS CRITERIOS DE FUNCIONAMIENTO Y ATENCION EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION MÉDICA

PREFACIO

En la elaboración de la presente Norma Oficial Mexicana, participaron los siguientes organismos e instituciones:

SECRETARIA DE SALUD

Subsecretaría de Innovación y Calidad
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General de Asuntos Jurídicos
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL

Dirección General de Sanidad Militar

SECRETARIA DE MARINA

Dirección General Adjunta de Sanidad Naval

SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

Dirección de Urgencias y Servicios Médicos de Administración de Justicia

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

PETROLEOS MEXICANOS

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

ASOCIACION NACIONAL DE HOSPITALES PRIVADOS, A.C.

ASOCIACION MEXICANA DE HOSPITALES, A.C.

HOSPITAL AMERICAN BRITISH COWDRAY MEDICAL CENTER, I.A.P.

HOSPITAL ANGELES

MEDICA SUR

CORPORATIVO HOSPITAL SATELITE

HOSPITAL INFANTIL PRIVADO

ASOCIACION MEXICANA DE URGENCIAS PEDIATRICAS, A.C.

CONSEJO MEXICANO DE MEDICINA DE URGENCIA, A.C.

SOCIEDAD MEXICANA DE MEDICINA DE EMERGENCIA, A.C.

SOCIEDAD MEXICANA DE ARQUITECTOS ESPECIALIZADOS EN SALUD

INDICE

0. Introducción
1. Objetivo
2. Campo de aplicación
3. Referencias
4. Definiciones, símbolos y abreviaturas
5. Generalidades
6. Características del personal
7. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
8. Concordancia con normas internacionales y mexicanas
9. Bibliografía
10. Vigilancia de la Norma
11. Vigencia
12. Apéndice Normativo "A"

0. Introducción

El Sistema Nacional de Salud tiene como función principal, garantizar la prestación de Servicios de Salud a la población que lo demande.

Para que la atención médica se proporcione con calidad, eficiencia y equidad, es necesario que las instituciones de salud de los sectores público, social o privado cumplan con los requisitos necesarios para el funcionamiento correcto

de los servicios, así como se cumplan las características y los perfiles que cada puesto demanda, con énfasis en las capacidades técnicas y se cuente con el conocimiento de los procesos idóneos para otorgar la atención médica.

Tal es la situación, que es necesario explicitar los requerimientos humanos, estructurales y de funcionamiento en la atención de urgencias, lo que motivó la elaboración de esta Norma Oficial Mexicana.

En esta Norma, se presentan los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica, que conjuntamente con otros ordenamientos legales garantizan que la atención de urgencias, por parte de los prestadores de servicios, se brinde de manera expedita, eficiente y eficaz, en beneficio del usuario.

1. Objetivo

1.1 Esta Norma Oficial Mexicana tiene como objetivo, establecer los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.

2. Campo de aplicación

2.1 Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para todos los establecimientos de atención médica y personal profesional, técnico y auxiliar del Sistema Nacional de Salud, que presten servicios de urgencias, excepto unidades móviles tipo ambulancia.

3. Referencias

Para la correcta aplicación de esta Norma, es necesario consultar las siguientes:

3.1 NOM 166-SSA1-1998, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

3.2 NOM 168-SSA1-1998, Del expediente clínico. Modificación 22/VIII/2003 D.O.F.

3.3 NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

3.4 NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

4. Definiciones

4.1 Alta de Urgencias, al egreso del usuario por cualquier motivo, posterior a su atención médica en el servicio de urgencias.

4.2 Cama no Censable, la que se asigna al usuario, en forma transitoria, como apoyo para su diagnóstico, tratamiento o recuperación; cuenta con personal,

espacio y equipo propio y genera información estadística del servicio donde se ubica.

4.3 Servicio de urgencias, al conjunto de áreas y equipamiento destinados a la atención de urgencias, ubicados dentro de un establecimiento de atención médica.

4.4 Tipo de establecimiento de atención médica no hospitalaria de primer contacto, todo aquel, público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica ambulatoria y que no requiere manejo especializado, ni recursos complejos de diagnóstico y tratamiento.

5. Generalidades

5.1 Los establecimientos de atención médica de los sectores público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que cuenten con servicio de urgencias, deben otorgar atención médica al usuario que lo solicite, de manera expedita, eficiente y eficaz, con el manejo que las condiciones del caso requiera.

5.2 El servicio de urgencias, debe contar con un directorio impreso y actualizado de establecimientos médicos, clasificados por grado de complejidad y capacidad resolutive, para aquellos casos en los que se requiera el traslado de pacientes.

5.3 Los perfiles del personal de salud, involucrados en la atención médica de urgencias, deberán ser acordes con el tipo de establecimiento de atención médica, según se detalla en el numeral 6 y en el apéndice normativo "A".

5.4 Para su funcionamiento, el servicio de urgencias deberá apoyarse en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, que deberán estar disponibles de acuerdo al cuadro de categorización señalado en el apéndice normativo "A".

5.5 Los pacientes no deberán permanecer en los servicios de urgencias más de 12 horas por causas atribuibles a la atención médica. En ese lapso, se establecerá el manejo y diagnóstico inicial, así como el pronóstico para determinar, de acuerdo al caso, si el paciente debe ser egresado a su domicilio, ingresado a hospitalización, derivado a consulta externa o trasladado a otra unidad de mayor capacidad resolutive.

5.6 Las unidades o servicios de urgencias, independientes o ligadas a un establecimiento de atención médica hospitalaria, para su funcionamiento deberán cumplir con la normatividad aplicable; en caso contrario, no podrán ostentarse como unidades o servicios de urgencias.

6. Características del personal

6.1 El médico que labore en unidades o servicios de urgencias, debe demostrar documentalmente, que ha acreditado satisfactoriamente cursos afines a la atención médica de urgencias. Podrá ser responsable del servicio de urgencias en establecimientos de atención médica no hospitalaria de primer contacto u hospitalaria no quirúrgica u obstétrica.

6.2 Los médicos especialistas en disciplinas médicas y médico-quirúrgicas afines a la atención de urgencias, que laboren en unidades o servicios de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica ambulatoria u hospitalaria, deberán contar con diploma y, en su caso, cédula de especialidad, expedidos por autoridad educativa competente, así como haber acreditado satisfactoriamente cursos de atención médica de urgencias. Podrán ser responsables de la unidad o servicio.

6.3 Los médicos residentes de una especialidad, que durante su formación se les asigne periodo de rotación en los servicios o unidades de urgencias, deberán demostrar documentalmente el nivel de especialidad que cursen de acuerdo al plan de estudios correspondiente.

6.4 La enfermera general que labore en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica, requiere demostrar documentalmente que ha acreditado satisfactoriamente cursos afines a la atención de urgencias.

6.5 La enfermera auxiliar que labore en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica, requiere demostrar documentalmente que ha acreditado satisfactoriamente cursos afines a la atención de urgencias.

7. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, requeridos como apoyo externo al servicio de urgencias en los establecimientos de atención médica, deberán cumplir con lo establecido en la normatividad aplicable.

7.1 El laboratorio clínico de los establecimientos de atención médica, debe contar con infraestructura, equipo y personal suficiente para asegurar su funcionamiento las 24 horas de los 365 días del año y atender los requerimientos de apoyo de la unidad o servicio de urgencias, tal como se establece en la normatividad aplicable.

7.2 Para el funcionamiento óptimo de una unidad o servicio de urgencias en establecimientos de atención médica, el servicio de radiología e imagen debe operar las 24 horas de los 365 días del año y contar con los recursos establecidos en la normatividad aplicable.

7.2.1 El servicio de radiología e imagen, requerido como apoyo para el funcionamiento de los establecimientos de atención médica hospitalaria que cuentan con unidad o servicio de urgencias, deberá disponer de los recursos tecnológicos que correspondan a la capacidad resolutive del establecimiento.

7.3 Los establecimientos de atención médica hospitalaria que cuenten con unidad o servicio de urgencias, deben disponer de banco de sangre o servicio de transfusión.

7.4 Todo establecimiento de atención médica hospitalaria quirúrgica u obstétrica, que incluya unidad o servicio de urgencias, debe contar con quirófano y sala de recuperación.

7.5 Las unidades o servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica hospitalaria, deben disponer de sala de choque o área de reanimación y cumplir con las especificaciones de la normatividad aplicable.

7.6 En todo establecimiento de atención médica hospitalaria, que incluya la atención de urgencias, podrá existir una sala de terapia intermedia. Cuando el manejo del caso lo requiera, el establecimiento de atención médica, deberá exhibir ante la autoridad sanitaria competente, los convenios que apoyen la referencia efectiva de pacientes a establecimientos con servicios de terapia intensiva.

7.7 Los establecimientos de atención médica hospitalaria quirúrgica u obstétrica, que cuenten con servicio de urgencias, con capacidad resolutive de un Hospital General o equivalente, deben contar con una unidad de terapia intensiva.

8. Concordancia con normas internacionales y mexicanas

Esta Norma Oficial Mexicana no es equivalente a ninguna norma internacional o mexicana.

9. Bibliografía

9.1 Evaluación del paciente en un servicio de urgencias, Gómez Bd, Martínez Po, Bustos C.E., urgencias en pediatría, Hospital Infantil de México "Federico Gómez", 1996.

9.2 Guidelines for pediatric emergency care facilities. American Academy of Pediatrics; Pediatrics, 1995.

9.3 Jerarquización del paciente en un servicio de urgencias. Porras RG. urgencias en pediatría, Hospital Infantil de México "Federico Gómez", 1996.

9.4 Ley Federal sobre Metrología y Normalización, D.O.F. 01-VII-1992, reformada por decreto publicado en el D.O.F., el 20-V-1997.

9.5 Ley General de Salud, D.O.F. 7-II-1984, última modificación, 31-V-2000.

9.6 Normas de actuación en urgencias. Moya MMS., editorial Médica Panamericana 2000.

9.7 NOM-158-SSA1-1997, Especificaciones técnicas para equipos de diagnóstico médico con rayos X.

9.8 NOM-157-SSA1-1997, Sobre protección y seguridad radiológica en el diagnóstico médico con rayos X.

9.9 NOM-156-SSA1-1997, Sobre los requisitos técnicos de instalación de establecimientos de diagnóstico con rayos X.

9.10 NOM-146-SSA1-1997, Sobre las responsabilidades sanitarias de los establecimientos de rayos X.

9.11 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, D.O.F. 05-VII-2001.

9.12 Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, D.O.F., 14-I-1999.

9.13 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, D.O.F., 14-V-1986.

10. Vigilancia de la Norma

La vigilancia del cumplimiento de esta Norma Oficial Mexicana, corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia.

11. Vigencia

Esta Norma Oficial Mexicana entra en vigor a los 60 días naturales siguientes a la fecha de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

México, D.F., a 2 de julio de 2004.- El Subsecretario de Innovación y Calidad, Enrique Ruelas Barajas.- Rúbrica.- El Presidente del Comité Consultivo de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, Ernesto Enríquez Rubio.- Rúbrica.

4.3.- Lex Artis Médica.

La *lex artis ad hoc* es otro de los conceptos esenciales para el Derecho Sanitario y en él descansa la definición del marco general de actuación del profesional, técnico y auxiliar de las disciplinas para la salud.⁵⁵⁵

Sobre el particular se han aportado diversas definiciones, entre ellas destaca la de Luis Martínez Calcerrada que desde el ámbito español ha trascendido al común del derecho sanitario y ha servido para establecer el contexto generalmente aceptado:

"El criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto, y en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria -, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida."⁵⁵⁶

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.⁵⁵⁷

555. Cossio Díaz, *Op.cit.*p.247.

556. *Ibid.*, p.247.

557. *Ibid.*, p.247.

La expresión *lex artis*, literalmente, “ley del arte”, ley artesanal o regla de la regla de actuación de la que se trate, se ha venido empleando de siempre, como afirma Martínez Calcerrada, para referirse a un cierto sentido de apreciación sobre si la tarea ejecutada por un profesional es o no correcta o se ajusta o no a lo que debe hacerse.⁵⁵⁸

De forma que si la actuación se adecua a las reglas técnicas pertinentes se habla de “un buen profesional, un buen técnico, un buen artesano”, y de una buena “praxis” en el ejercicio de una profesión. Suele aplicarse el principio de la *lex artis* a las profesiones que precisan de una técnica operativa y que plasman en la práctica unos resultados empíricos. Entre ellas destaca, por supuesto, la profesión médica, toda vez que la medicina es concebida como una ciencia experimental.⁵⁵⁹

La diversidad de situaciones y circunstancias concurrentes en la actividad médica ha generado una multiplicidad de reglas técnicas en el ejercicio de la profesión, hasta el punto de que se ha hablado de que “para cada acto, una ley”.⁵⁶⁰

Las singularidades y particularidades de cada supuesto influyen, pues, de manera decisiva en la determinación de la regla técnica aplicable al caso. De ahí que la doctrina y la jurisprudencia hablen de *lex artis ad hoc* como módulo rector o principio director de la actividad médica.⁵⁶¹

A este respecto, Martínez Calcerrada ha definido la *lex artis ad hoc* como: “El criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto, y en su caso, de la influencia de otros factores endógenos, estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida”.⁵⁶²

Este concepto ha sido acogido en diferentes sentencias de la Sala 1ª del TS con motivo de reclamaciones fundamentadas en supuestos de culpa o negligencia civil (SSTS 7 de febrero y 29 de junio de 1990, 11 de marzo de 1991 y 23 de marzo de 1993). La doctrina discute si el concepto de *lex artis* es aplicable a toda la actividad médica (exploración, diagnóstico, pronóstico, indicación y tratamiento) o si sólo ha de operar estricto sensu en algunos apartados del ejercicio de la profesión. Ello deriva, obviamente, en una concepción más amplia o más restringida del concepto y de su aplicación práctica. Sobre este extremo, Romeo Casabona, apoyándose en la doctrina alemana, afirma que la indicación médica y la *lex artis* son dos conceptos que se hallan estrictamente vinculados, pero esencialmente distintos.⁵⁶³

La indicación terapéutica consiste, fundamentalmente, en una tarea de valora-

558. Cossio Díaz, Óp.cit.p.247.

559. *Ibid.*, p.247.

560. *Ibid.*, p.247.

561. *Ibid.*, p.248.

562. *Ibid.*, p.248.

563. *Ibid.*, p.248.

ción, de ponderación de los beneficios y riesgos objetivamente previsibles para la salud del paciente, que puede entrañar la aplicación de una u otra medida terapéutica; mientras que en la *lex artis* se trata de, una vez emitido ese juicio, aplicar adecuada y correctamente por parte del facultativo el tratamiento indicado. La indicación responde al sí del tratamiento, a si debe aplicarse esta u otra medida; mientras que la *lex artis* se refiere al cómo del tratamiento, al procedimiento o método que se ha de seguir. La realización de una intervención se ajustará a la técnica correcta y será conforme, por tanto, a la *lex artis* cuando no sea contraria a la técnica establecida por la indicación ni al cuidado debido.⁵⁶⁴

La jurisprudencia, sin embargo, opera con el principio rector de la *lex artis* en los diferentes actos médicos y no restringe, por tanto, su aplicación a la ejecución del tratamiento médico (clínico o quirúrgico). Y así, acude a la *lex artis* para enjuiciar la corrección de actos de exploración médica (SSTS 27 de mayo de 1988 y 5 de julio de 1989; Sala 2ª), actos de diagnóstico (25 de noviembre de 1980, 17 de julio de 1982, 20 de diciembre de 1990; Sala 2ª) y actos de tratamiento propiamente dichos (SSTS de 20 de febrero de 1991 y 4 de septiembre de 1991; Sala 2ª).⁵⁶⁵

Si la *lex artis* significa el modo de hacer las cosas bien, la mal praxis sería no cumplir adecuadamente, salvo justificación razonada, con las reglas y preceptos destinados a este fin. Es decir, mal praxis puede significar no seguir la *lex artis*.⁵⁶⁶

El Profesor J. Jornet se expresa así: “Desde el punto de vista jurídico se entiende que ha existido negligencia profesional, y por lo tanto deben pedirse responsabilidades, cuando el acto médico ha sido realizado bajo el concepto de mal praxis. Este término se refiere a aquellas circunstancias en las que los resultados del tratamiento han originado un perjuicio al enfermo, siempre y cuando estos resultados sean diferentes de los que hubieran conseguido la mayoría de profesionales en las mismas circunstancias”.⁵⁶⁷

La mal praxis implica una ruptura con “las reglas del juego”, un apartarse del camino del buen hacer, una desviación o vicio del acto médico al referirnos a mal praxis médica en particular.⁵⁶⁸

Es muy frecuente que los juzgados de instrucción cuando remiten expedientes a los médicos forenses en relación con denuncias por imprudencias médicas solicitan información en cuanto a si de las actuaciones profesionales pueden desprenderse que hubo mal praxis.⁵⁶⁹

Queda así la mal praxis como un concepto entre el derecho y la medicina. Cuando el médico informante se pronuncia sobre una mal praxis está originando que el instructor o juzgador comience a buscar la posible figura pe-

564. Cossio Díaz, Óp.cit.p.249.

565. *Ibid.*, p.249.

566. *Ibid.*, p.249.

567. *Ibid.*, p.249.

568. *Ibid.*, p.249.

569. *Ibid.*, p.249.

nal y sus matizaciones. No puede, sin embargo, admitirse que mal praxis sea sinónimo de falta o delito, aunque para darse éstos sí se requiera, salvo excepciones, una mal praxis.⁵⁷⁰

En relación a la salud de las personas, como derecho fundamental protegido y protegible, no se puede exigir, y desde luego el médico no puede garantizar, que la asistencia que se presta en el ámbito sanitario sea una asistencia resultadista, es decir, que vaya a conseguir siempre y en todo lugar, un resultado favorable para la vida y/o la salud. Sin entrar en disquisiciones sobre la medicina curativa y la satisfactiva, se puede decir que la relación entre el médico y el paciente, sigue siendo una relación basada en un arrendamiento de servicios, de modo que la obligación del primero se caracteriza como una obligación de medios o diligencia, comprometiéndose únicamente, porque atentaría incluso contra el sentido común ampliar dicho compromiso, a emplear todos los medios que tenga a su disposición atendiendo a la *lex artis* derivada de las circunstancias a las que se hará referencia más adelante, sin garantizar un resultado final curativo. Y es que salvo puntuales excepciones y diferencias, como se ha dicho anteriormente, lo cierto es que la Medicina no es una ciencia exacta y de resultados sino muy al contrario, una ciencia de medios, lo que significa que efectivamente, el médico está obligado a emplear todos los medios a su alcance y toda su pericia profesional en el cuidado de la salud, como así ocurre en la práctica, pero sin asegurar un resultado que obviamente, es incierto. Nadie duda del hecho de que si el médico no ha empleado o no ha hecho uso de tales medios y de todos sus conocimientos, pueda y hasta incluso deba ser sometido a un juicio de reproche por los tribunales.⁵⁷¹

Sin embargo, desde hace algunos años estamos asistiendo a un aumento sin límite de las exigencias de responsabilidad a los médicos ante los tribunales, lo que pone de manifiesto un conflicto no resuelto acerca de qué hacer en el ámbito sanitario para frenar de alguna forma las demandas, denuncias o querellas que se interponen cuando estas no tienen fundamento alguno. Si bien por un lado, todo ciudadano tiene derecho, y así se reconoce constitucionalmente, a acudir a los juzgados y tribunales para reclamar su tutela en aquéllos supuestos en que entiende que han sido vulnerados sus derechos o ha sufrido daños injustificados y que no tiene el deber de soportar, también es cierto que un número altísimo de dichas reclamaciones a los tribunales no tienen justificación y no están amparadas en comportamientos negligentes o contrarios a la *lex artis* cometidos por el médico.⁵⁷²

Si el nivel de litigiosidad planteado en estos términos de evidente mala fe por parte del reclamante, sigue aumentando en la vida sanitaria, se correrá el riesgo de caer en dos situaciones nada deseables; Por un lado, convertir al médico en el garante exclusivo del funcionamiento exacto y puntual de todo el sistema sanitario y en el único encargado de velar por la administración de los medios humanos y materiales para lograr unos resultados que en la práctica y menos en Medicina, nadie puede garantizar. Además, la responsabilidad de cada ciudadano en el cuidado diario de su salud se desplazaría en cualquier

570. Cossio Díaz, Óp.cit.p.249.

571. *Ibid.*, p.250.

572. *Ibid.*, p.250.

caso al profesional médico, que asumiría de este modo la obligación de restablecerla cualesquiera que fuesen las circunstancias concurrentes, previas, actuales o posteriores. Y por otro lado, también la Administración corre el riesgo de convertirse en la aseguradora permanente y universal de una sociedad que, cada vez en mayor medida, ve al médico como un medio para conseguir cuantiosas indemnizaciones.⁵⁷³

En este sentido, merece la pena destacar el criterio del Tribunal Supremo, que en su Sentencia de 12 de enero de 2005 (Recurso nº 6718/2000) recuerda que “La Administración no está obligada a reparar el perjuicio ocasionado a un paciente cuando éste está obligado a soportarlo, pues lo contrario la convertiría en una aseguradora universal de todos los riesgos, lo que no resulta acorde con el significado de la responsabilidad extracontractual, aunque sea objetiva o por el resultado”. Y es que es ya jurisprudencia consolidada, el entender que este planteamiento, llevado hasta sus últimas consecuencias, supondría que cualquier persona, por el simple hecho de someterse a un tratamiento cualquiera que este sea, tendría ya asegurado, por lo menos, una indemnización en el supuesto de que el resultado obtenido no fuera el pretendido. Por tanto, es necesario romper la en ocasiones presumida, relación de causalidad entre la no consecución del resultado pretendido, es decir, el restablecimiento de la salud del paciente, y la actuación negligente o irresponsable del médico, puesto que además no son pocos los casos en que las consecuencias dañosas producidas tienen su causa u origen, no en la asistencia prestada por el médico contraria a la *lex artis*, sino en las patologías previas y a menudo gravísimas que presentan los pacientes.⁵⁷⁴

El mejor modo de replantearse esta situación es recordar la necesidad de utilizar el concepto de *lex artis* como criterio de normalidad añadido a la causalidad (entre la/s consecuencia/s dañosas y la asistencia prestada), y su infracción como base para plantear pretensiones mínimamente fundamentadas y que no supongan litigar con mala fe. De cualquier forma, se haría bien en ofrecer un concepto claro de lo que se entiende por *lex artis*.⁵⁷⁵

Y qué mejor criterio que el ofrecido por el propio Tribunal Supremo, que entre otras, en su Sentencia de 11 de marzo de 1991, ya se refería a la misma y señalaba que esta consiste en “.... aquél criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina - ciencia o arte médico que tiene en cuenta las específicas características de su autor, de la profesión, la complejidad del acto y la trascendencia vital para el paciente y, en su caso, la influencia de factores endógenos estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria para calificar dicho acto conforme o no a la técnica normal empleada”. (Otras, STS 10 de octubre de 2000 o STS de 4 de abril de 2000).⁵⁷⁶

La jurisprudencia actual gira ya en torno al concepto de *lex artis*, pero en este caso como criterio delimitador de responsabilidad. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 22 de diciembre de 2001 une el concepto de infracción de

573. Cossio Díaz, Óp.cit.p.250.

574. *Ibid.*, p.250.

575. *Ibid.*, p.250.

576. *Ibid.*, p.250.

la misma con el relativo a la antijuricidad (contrariedad a la norma) del daño, y considera que si la intervención de que se trate está indicada y se ha realizado conforme al estado de la ciencia o del saber en el momento de la misma, el resultado dañoso que pueda producirse no es antijurídico, es decir, no es contrario a la norma y por tanto, el paciente tendría obligación de soportarlo. En este sentido, en el ámbito administrativo, la propia Ley 30/1992 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, tras la reforma introducida por la Ley 4/1999, señala en su artículo 141.1, que “sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos”.⁵⁷⁷

Más recientemente, una Sentencia de la Audiencia provincial de Bilbao de 30 de diciembre de 2004 (nº 846) se refiere precisamente al criterio jurisprudencial mantenido en la actualidad, que subordina la responsabilidad del profesional a la previa acreditación de una clara negligencia en la prestación de los servicios, independientemente del resultado. La obligación de todo facultativo es proporcionar los cuidados que precise el paciente según el estado de la ciencia.⁵⁷⁸

- Ad hoc

Y ¿qué es la “lex artis ad hoc”? ¿por qué se emplea por los tribunales dicha expresión? ¿Acaso no es lo mismo que la lex artis en sí?⁵⁷⁹

La respuesta es muy sencilla. Al poder existir diferentes técnicas útiles para tratar cada caso planteado, y todas ellas resultar igualmente válidas, hay que determinar cuál es la “verdadera y típicamente” aplicable al caso específico, partiendo de la base de que no siempre el criterio será unívoco al existir diversas técnicas válidas, correctas y conformes a la lex artis en función de los conocimientos de la ciencia y del estado del saber.⁵⁸⁰

Con la instauración de los “protocolos de actuación”, se establecen unas pautas seriadas de diagnóstico y tratamiento terapéuticos que resultan especialmente útiles, no sólo para acreditar la correcta o incorrecta actuación médica, sino porque además facilitan la concreción de la lex artis de cada caso, la lex artis ad hoc. Pero, a pesar de ello y de todas formas, hay que incidir en el hecho de que la Medicina es una ciencia experimental, y ello significa que por tanto, la existencia de alternativas de método para un caso concreto, aun cuando su uso no esté tan generalizado en un protocolo, no sólo es tan válido como aquél, sino que incluso favorece el progreso científico.⁵⁸¹

577. Cossio Díaz, *Op.cit.*p.250.

578. *Ibid.*, p.250.

579. *Ibid.*, p.250.

580. *Ibid.*, p.250.

581. *Ibid.*, p.250.

Por otro lado, aun habiendo existido una actuación conforme a la *lex artis ad hoc*, con base en las circunstancias a las que alude el texto de la Ley 30/1992 L.R.J.P.A.C., es decir, al estado de los conocimientos de la ciencia o de las técnicas existentes, en la vida en general y en Medicina en particular, pueden concurrir supuestos inevitables e imprevisibles, que supongan la producción de un hecho dañoso y no deseable pero que no tenga que ver en absoluto con negligencia alguna o inadecuación en la actuación o asistencia médica puesto que, como se ha dicho, no nos encontramos ante una ciencia exacta que garantice un resultado, sino ante una ciencia experimental que está en continuo desarrollo.⁵⁸²

En consecuencia, todos los argumentos utilizados por la jurisprudencia del Tribunal Supremo y los criterios que pueden extraerse de los textos legislativos para especificar de la manera más exacta y concreta posible cuándo se puede acusar a un médico de negligencia, mala praxis o vulneración de la *lex artis*, están sin duda a merced del llamado riesgo imprevisible.⁵⁸³

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 MÉDICA.-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.

Atendiendo a la correcta interpretación de la *lex artis* médica, se ha de ponderar que si bien, pueden plantearse objetivos médicos para cada etapa del proceso de atención e incluso a título de finalidad del tratamiento, no puede hablarse de la exigibilidad de resultados; en efecto, la medicina es una ciencia rigurosa, pero no exacta, por ello es imprescindible esclarecer, en el caso, y atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar del acto médico en

582. Cossio Díaz, Óp.cit.p.250.
583. *Ibid.*, p.250.

concreto, si los medios empleados son los exigibles en términos de la literatura médica y si del estudio aparecen elementos periciales que sugieran buena o mal praxis .⁵⁸⁴

Es necesario enfatizar, que la normativa aplicable sólo obliga a adoptar las medidas necesarias para alcanzar el objetivo planteado, en términos de la literatura médica, más no a obtener el objetivo, esto es un criterio universalmente aceptado en el derecho sanitario y la lex artis médica. En efecto, el personal de salud esencialmente tiene obligaciones de medios y sólo excepcionalmente de resultados.⁵⁸⁵

Así, tanto la normativa aplicable como la interpretación jurídica aceptada, coinciden en que las obligaciones de medios o diligencia, vinculan, no la promesa de un resultado, sino la exigibilidad de atención médica como tal.

El paciente espera el resultado y podrá obtenerlo pero no exigirlo, aunque sí tiene derecho a que la atención médica sea prestada con pericia y diligencia. En las obligaciones de medios como el personal de salud no puede prometer un resultado, sólo se observará omisión cuando obró sin la pericia, diligencia o el cuidado que la naturaleza de la obligación exige tener.⁵⁸⁶

Siempre existe un riesgo inherente al acto médico, quizás perfectamente evaluable estadísticamente, pero imprevisible en lo individual. Hay una zona progresiva de certidumbre que la diligencia y la pericia del médico logran vadear; pero existe, así mismo, una zona de incertidumbre, en la cual se mantiene el riesgo, sin existir por ello mal praxis.⁵⁸⁷

Las referencias metodológicas contenidas en los párrafos subsecuentes, habitualmente se glosan en lo sustancial dentro del texto de los dictámenes periciales institucionales y los laudos de CONAMED.⁵⁸⁸

A mayor abundamiento, la historia natural de la enfermedad, en principio, es la que genera las afecciones del paciente, y no siempre es posible con los alcances de la medicina, evitar la progresión o las complicaciones inherentes al proceso patológico o bien los procesos se encuentran en periodo subclínico (sin signos y síntomas específicos), incluso en algunos casos, nunca llegan a dar problemas.⁵⁸⁹

Así también, es menester señalar que, en ocasiones, la propia historia natural de la enfermedad impide el uso de medios diagnósticos, terapéuticos y rehabilitatorios.⁵⁹⁰

De lo anterior se sigue que no siempre el estado de salud del paciente depende del acto médico, por ello sería indebido atribuir inopinada e invariablemente al personal de salud las manifestaciones orgánicas del paciente.⁵⁹¹

584. Marco Herrera.Óp.cit., p. 31

585. Ibid., p.31.

586. Ibid., p.31.

587. Ibid., p.32.

588. Ibid., p.32.

589. Ibid., p.32.

590. Ibid., p.32.

591. Ibid., p.32.

Para el correcto análisis de casos, ha de atenderse a los elementos objetivos del acto médico, y esto se reduce a la valoración de la idoneidad de los medios empleados, esto es, al análisis de los procedimientos instaurados en la atención para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios que el facultativo ofrezca.⁵⁹²

En esos términos, atendiendo al criterio aceptado por ministerio de la ley, cuando se obra ilícitamente o contra las buenas costumbres, (en el caso de atención médica dejando de observar obligaciones de medios o de diligencia y de seguridad) causando un daño a otro, se está obligado a repararlo; a menos que se demuestre que el daño se produjo a consecuencia de culpa, negligencia inexcusable de la víctima, caso fortuito o fuerza mayor, sin que se hubiera dado motivo al mismo (en donde se incluye las complicaciones o secuelas propias de la atención).⁵⁹³

592. Marco Herrera.Óp.cit., p. 32.
593. Ibid., p.32.

V. Propuesta de adhesión al artículo 288 del Código Penal Federal vigente en México.

Los elementos expuestos en la presente tesis, presentan de manera clara, que la actividad del profesional de salud implica de manera constante el infringir de forma directa una lesión sobre el paciente a su cargo y cuidado, toda vez que dicha lesión es un riesgo calculado por el profesional de la salud, cuyo objetivo único persigue en la mayoría de las ocasiones, mejorar el estado de salud del paciente; de tal suerte que visto desde el punto puramente jurídico el profesional de la salud caería en el supuesto establecido en el art. 288 del Código Federal de México, toda vez que su actividad causa una alteración en el estado de salud del paciente, dejando en la mayoría de las ocasiones una huella material sobre el cuerpo humano.

Dicha lesión causada por el profesional de la salud, aunque en caminata al bienestar bio-psicológico del paciente y en la mayoría de las ocasiones carente de intencionalidad dolosa de ocasionar daño, sigue siendo al final del acto una lesión, la cual dentro de la actividad del profesional de la salud conlleva una carga, desde el punto de vista penal, bastante importante la cual es atenuada únicamente en el momento de análisis del propio acto médico, cuando queda al descubierto la intencionalidad del mismo, toda vez que dicho actuar aunque cuenta con todos los elementos para definirlo como una lesión, desde el punto de vista penal, no debería ser visto como tal, ya que, a pesar de que efectivamente se puede causar una herida, una excoriación, contusión, fractura, dislocación, quemadura o alteración en el estado de salud del paciente, dicho acto es inspirado, en la casi totalidad de las ocasiones, con el fin de proporcionar un bienestar físico y psicológico al paciente que está a su cargo y custodia en ese instante, con el fin último de mejorar su estado general de salud. Ejemplo de lo anterior podría ser un supuesto, donde el paciente en quirófano es preparado para una intervención quirúrgica, donde al inicio de la misma, al momento de desinfectar la piel sobre al cual se practicara la herida quirúrgica para dar acceso al cirujano tratante, esta sufre una quemadura, al momento de aplicar la solución de yodo sobre la misma, toda vez que la piel del paciente es muy sensible a esta solución antiséptica, situación que el médico y el paciente desconocen hasta ese momento cuando terminado la intervención quirúrgica y en el postoperatorio se percatan del daño colateral que implicó el uso de esta solución en la técnica de desinfección del área a tratar; no cabe duda que esta es una lesión ocasionada por el profesional de la salud y en este caso el paciente tiene el derecho de iniciar un proceso penal en contra del personal de salud por la lesión ocasionada, ¿es esto lo correcto?.

Es sabido por el paciente adulto e incluso por aquellos pacientes muy jóvenes, que al ver al profesional de la salud, sueltan gritos desgarradores a sabiendas, pese a su muy temprana edad, que este profesional de la salud infringirá algún tipo de dolor sobre sus cuerpos, encontrando que el propio familiar se ase participe en complicidad al infligir en algunas ocasiones dolor al paciente, ejemplificando lo anterior, encontramos a la madre que en contra de la voluntad

y suplicas de su hijo lo somete a la fuerza para la aplicación de algún medicamento intramuscular el cual resultara doloroso en el paciente. Es ahí donde el profesional infringe una lesión sobre el paciente, pero dada la idiosincrasia del propio paciente o del familiar, dicha lesión es aceptada como parte del tratamiento cuyo objetivo es el restablecimiento del estado de salud del paciente.

Son muchas las situaciones que se podrían exponer, donde el profesional de la salud infringe una lesión sobre el paciente, al momento de buscar el restablecimiento bio-psicológico del mismo; se expuso con anterioridad que dicha lesión es un riesgo calculado por este profesional, pero que pese al objetivo último que tiene dicho acto, en muchas ocasiones puede ser no aceptado del todo por el paciente en cuyo cuerpo es infringida esta lesión y que por la misma historia natural de la enfermedad que padece o estados de complicación de esta misma patología aunado a que el paciente no vea resuelto su problemática de salud y observado desde su óptica particular que ha sido objeto de un daño, una lesión que no trajo en el ningún beneficio y por lo anterior, dentro de su lógica llega a la conclusión, que es un daño o una lesión que era innecesaria su existencia, por lo cual llega a la conclusión que ha sido agredido por este profesional de la salud, lo cual implica buscar por alguna vía –para el paciente- el resarcimiento de este daño.

Sería demasiado extenso el exponer el estado de vulnerabilidad jurídica en el que se encuentra el profesional de salud; esto podría explicar la razón por la que hoy día los seguros de protección jurídica que son contratados por los profesionales de la salud, se ha incrementado tangiblemente al igual que el número de demandas establecidas por los pacientes hacia los servicios de salud. Esto fue la inspiración encontrada para la realización del presente tema.

No es el fin último de la presente tesis, cambiar el procedimiento penal para mejorar y garantizar un equilibrio adecuado en la balanza de justicia aplicada al momento de enfrentar en el campo jurídico al profesional médico y al paciente, aunque esta realidad de falta de elementos jurídicos que garanticen a ambas partes antes mencionadas una equidad jurídica, es necesaria; sería materia no de un solo trabajo sino de una investigación exhaustiva por los conocedores del derecho que sentados a la mesa con estos profesionales de la salud pudieran discutir a fondo la problemática actual en la que nos encontramos en nuestro país, en cuanto a esta falta de elementos jurídicos de la que se ha hecho mención; la presente tesis queda lejos de cambiar todo este procedimiento jurídico ya que tendría que existir un cambio en toda la legislación tanto la civil, penal, sanitaria, entre otras para poder garantizar la adecuada aplicabilidad de justicia tanto al paciente como al profesional de la salud.

El presente trabajo intenta iniciar al profesional del derecho, a intentar comprender el campo de trabajo del profesional de la salud, dando inicio de primera cuenta a un cambio en la manera de ver y entender esta actividad del profesión de salud, por parte del profesional jurídico; de tal suerte el primer paso lógico a seguir sería cambiar la óptica al momento de hablar de lesiones

en el campo del profesional médico, por lo anterior se plantea el proyecto de creación u/o adición al artículo 288 del Código Federal de México, el cual sería el siguiente.

Titulo décimo noveno. Delito contra la vida y la integridad corporal. Capítulo I.

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

Artículo 288 BIS. No se consideraran lesiones, a todas aquellas que resulten secundarias a la actividad realizada por el profesional de la salud, siempre y cuando el acto realizado este apegado a la Lex Artis.

Con lo anterior se da fundamento para entender de mejor manera, que las lesiones deben de ser entendidas por el profesional jurídico de forma diferente cuando se habla del campo del profesional de la salud; sería menester mencionar, la imperiosa necesidad de determinar un órgano encargado de poder diferenciar si el acto realizado se encuentra dentro de la Lex artis medica o no; hoy día este órgano encargo de determinar dicha acción es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), que hasta el momento ha servido como árbitro regulador cuando se habla de materia médico-jurídica y como tercero en discordia cuando así se le es solicitado; pero que en el presente caso sería necesario que dicho órgano sirviese como filtro para determinar, de primera instancia si en materia médico-jurídica, se encuentran elementos suficientes para dar inicio a cualquier procedimiento penal y civil cuando se hable del campo del profesional de la salud. En tal suerte existe campo de investigación bastante amplio toda vía por analizar; la falta de elementos jurídicos cuando se habla del profesional de la salud y su actividad, es toda vía un campo muy fértil en donde aún no se andado los frutos esperados y en donde el presente trabajo desea ser una semilla que encuentre un adecuado desarrollo.

Bibliografía consultada.

- Aguirre Gas Héctor. Calidad de la atención médica. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, México. 1997. p.p 120-320
- Aristóteles, Ética Nicomaquea. Política; tr. Antonio Gómez Robledo. 12ª edición, Porrúa, colección "Sepan Cuantos..." No. 70, México 1989; p. 157.
- Bayer, R. (1984), Aspectos Legales y éticos relativos al SIDA. Puerto Rico. Editorial de la OPS. p.p. 390-399
- Berlinguer.G. (1994), Ética, Salud, y Medicina. Montevideo. Editorial Nordan.p.p. 28-56, 59-113.
- Bermejo J. Francisco (2004), Ética y Trabajo Social. Madrid. Editorial Universidad Pontificia Comillas. p.p 230-310, 360-370
- Cecil. Tratado de medicina interna, Cecil 18ª edición, volumen 1, interamericana, México 1991, p.p. 20-35, 80-115.
- Cossío Díaz, José Ramón. Estado Social y Derechos de Prestación. Centro de Estudios Constitucionales., Madrid, 1989. p.p. 235-250
- Cruz Parcero, Juan Antonio. "Los derechos sociales como técnica de protección jurídica". Derechos sociales y derechos de las minorías. Edlt OPS, p. p. 90 y 91.
- Drane, J. (1978), Gobierno y Bioética, Tomo I SMU. Montevideo. Editorial Nordan. p.p. 126-215
- Fernando Guzmán Mora, Eduardo Franco Delgadillo, Diego Andrés Rossellis Cock. La práctica de la Medicina y la Ley. (eds) 1999, Medellín. p.p 20-60
- Gimbernat, Enrique; estudios sobre el delito de omisión; instituto nacional de ciencias penales; México 2003; p.p 74.

- González, Jaime (2000), Prolegómenos para una ética profesional. Heredia. Editorial EUNA.p.p 118-198
- Hipócrates (2001), Tratados Médicos. Barcelona Anthopos Editorial. p.p. 05-47, 130-164.
- Maliandi, R. (2004), Ética: Conceptos y problemas. Buenos Aires. Editorial Biblos. p.p. 37-90
- Mendieta y Núñez, Lucio. El Derecho Social, 2ª ed., Porrúa, México, 1967, p.59.

- Moreno Hernández. Moisés; Política Criminal y Reforma Penal, algunas bases para su democratización en México; (eds.) ius poenale; cepolcrim; primera edición; México 1999. p.p. 129-190, 278-310, 318-450

- Muñoz Conde, Francisco y Mercedes García Arán; derecho penal parte general cuarta edición; (eds.) tiránt lo blanch libros; p.p 223.

- Piwoka, A. (1983), Saber bien para hacer bien. Puerto Rico. Editorial de la OPS. p.p 149-201

- Polaino, F. (1987), Tratado general de Bioética. Madrid. Editorial EUNSA. p.p 218-287

- Portillo, J. (1999), Ética y Salud. Barcelona. Editorial Paidos. p.p 128-136

- Río y Álvarez. (1988), Ética, Salud y Enfermedad. Madrid. Editorial M.SC. 92 Espiga 13, Enero-Junio, 2006 p.p 120-140

- Rivera, E. (2001), Ética y Trasplantes de Órganos. México. Fondo de Cultura Económica. p.p 36-57

- Román Quiroz, Verónica; la culpabilidad y la complejidad de su comprobación; editorial Porrúa; México 2000. p.p. 35-21, 69-80

- Sanabria, R. (1964), Ética. Madrid. Editorial Paidos. p.p 148-159
- Sánchez, A. (1980), Ética. México. Editorial Grijalbo.p.p 270-280

- Vid. Prieto Sanchís, Luis. "Los derechos sociales y el principio de igualdad sustancial." Ley, derechos, justicia. Madrid, Dykinson, 1998. p.p 12-37, 50-70, 120-150

- Villalpando, Waldo. "La cuestión de los derechos humanos con especial referencia a América Latina". Defensa de los Derechos Humanos, Ed. Tierra Nueva, Buenos Aires, 1976, p.p.12-53, 60-130

Revistas consultadas.

- Arturo Narro. Derecho sanitario. Revista de Ciencias Penales; Iter Criminis; número 4, segunda época; capítulo: por que los Jueces aún no han aprendido a valorar la prueba pericial.p.p.16-26

- Camacho O. El Ejercicio Médico. Revista CONAMED, Vol. 9, Núm. 2, abril - junio, 2004.p.p. 13-20

- Carlos Vázquez. Actividad médica. Revista CONAMED, Vol. 10 Núm. 1, enero-marzo, 2005-7 Memorias del IX Simposio Conamed.p.p.15-17

- De la Cruz P. Bioética. Revista CONAMED, Vol. 9, Núm. 2, abril - junio, 2004 p.p.32-36

- Franco I. La Iatrogenia Médica. Revista CONAMED, Vol. 9, Núm. 2, abril - junio, 2004, p.p.21

- Gusto P. Ética médica. Revista CONAMED, Vol. 9, Núm. 2, abril - junio, 2004p.p.32-36

- Julio Herrera. Acto Médico. Revista CONAMED, Vol. 9, Núm. 2, abril - junio, 2004.p.p.15-18

- Justo C. Derecho Sanitario. Declaración de Madrid, adoptada en octubre de 2004 por la Asociación Iberoamericana de Derecho Sanitario, previo acuerdo especial de los representantes de las Asociaciones Argentina, Chilena, Española y Mexicana. (Publicada en la Revista CONAMED Vol. 9, No. 4, octubre-diciembre, 2004)2 Vide. Casa Madrid Mata, Octavio.p.p.21-38

- Ignacio S. Ética Médica. Revista CONAMED, Vol. 9, Núm. 2, abril - junio, 2004 23 p.p.23

- Marco Herrera. El acto médico y el derecho sanitario. Memoria del Noveno Simposio CONAMED. Revista CONAMED. Vol. 10, No. 1, enero-marzo, 2005. p.p. 25-32

- Moreno Hernández, Moisés. Política Criminal.Revista de Política Criminal y Ciencias Penales; Agosto 1999; número especial 1; los elementos del tipo penal y de la responsabilidad en la legislación mexicana;

- Pablo Valle. Bioética. Oficina Panamericana de la Salud (1985), Revista de Bioética. Puerto Rico.p.p.32

- Palacios Ponce e. Bioética. La Revista Bioética, de la Oficina Panamericana de la Salud (1985:101 86 Espiga 13, Enero-Junio, 2006.p.p.12-14

- Vargas V. Acto Médico. Revista CONAMED, Vol. 9, Núm. 2, abril - junio, 2004 p.p.10-16

Páginas de internet consultadas.

- Acosta G. Filosofía Médica.www.filosofiaparalavida.com.ar/casos.htm.2-4

- Alfredo Garcia.iatrogenia.members.tripod.com/~rneuburger/iatrogenia.p28-31

- Berta A. Bioetica.mujeres.mural.com/columnas/Divan186/002141/ p.3

- Camargo R. psiconet.com/foros/salud mental/iatro1.htm.p. 3

- Efrén F. Salud Mental. [Psiconet.com/foros.iatro.p.3](http://Psiconet.com/foros.iatro.p3)

- Juan W.iatrogenia.www.acamedba.org/pagina/academia.p4.

- Matiu Hugo. Negligencias.com/012300.html p.3-5

- Peña Losa. Bio-psocologia.geocitenes.com/dmkarlibro.p.4.