



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA LEGAL**

“DICTAMEN DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

PRESENTADO POR:

DRA. PATRICIA TATIANA ZAMORA GÓMEZ

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA LEGAL**

DIRECTORA DE TESIS

DRA. LETICIA DE ANDA AGUILAR



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).

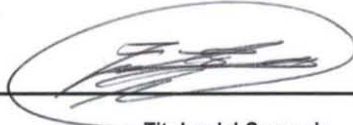
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

"DICTAMEN DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA"

Dra. Patricia Tatiana Zamora Gómez

Vo. Bo.

Dr. Víctor Hugo Soto Flores



Titular del Curso de
Especialización en Medicina Legal

Vo. Bo.

Dr. Antonio Fraga Mouret



DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

Director de Educación e Investigación

"DICTAMEN DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA"

Autor: Dra. Patricia Tatiana Zamora Gómez

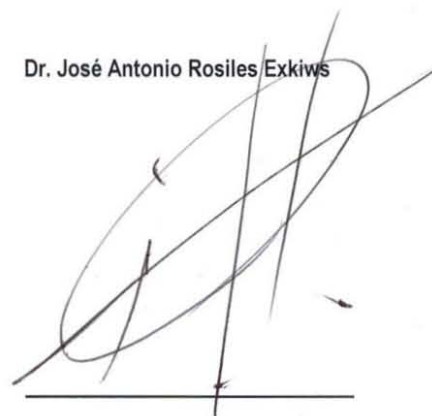
Vo. Bo.

Dra. Lucina Sánchez Ramírez



**Directora de Coordinación Pericial de la
CONAMED**

Dr. José Antonio Rosiles Exkiws



Directores de Tesis

**Director General de Arbitraje de la
CONAMED**

AGRADECIMIENTOS

La presente tesis se llevó a cabo por la fortaleza y capacidad que Dios me ha dado a través de mi vida y este logro es producto del esfuerzo, dedicación, constancia y sacrificio.

Agradezco a mis padres, hermanos y tía por apoyarme tanto moral y económicamente para continuar con mis estudios profesionales, aunque pareciera que después de 28 años de aprendizaje estos no acaban, espero poder retribuirles todo su apoyo en cualquier sentido.

Agradezco a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico por permitirme realizar esta investigación de suma importancia, a mis docentes, especialmente a la Dra. Martha Arellano González, la Dra. Lucina Sánchez Ramírez, al Dr. José Antonio Rosiles Exkiws y a la Dra. Rosario Mendoza Martínez por todas sus atenciones y enseñanzas que por supuesto he tenido y tendré siempre en consideración.

A mis amigos o todas aquellas personas que creyeron en mí, gracias.

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MATERIAL Y MÉTODOS.....	9
3. RESULTADOS.....	12
4. DISCUSIÓN.....	36
5. CONCLUSIONES.....	55
6. RECOMENDACIONES.....	58
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

RESUMEN:

Objetivo: Comparar las conclusiones formuladas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) con respecto a las conclusiones emitidas por diferentes instancias, a través del conocimiento de la mecánica racional y la elaboración detallada de los dictámenes en materia de Responsabilidad Profesional Médica.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, comparativo, retrospectivo y transversal, a través del censo de dictámenes de la CONAMED, correspondientes a los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2013. Para lo cual se elaboró un formato *exprofeso* que incluía 31 variables con opción de respuesta dicotómicas, que contiene los siguientes apartados: autoridad peticionaria, instancia involucrada, características de la población, área médica, motivo de queja o denuncia, diagnóstico nosológico, informes institucionales, informes periciales, conclusiones de otras instancias, notas médicas y estudios, hipótesis derivadas del caso, consideraciones técnicas, bibliografía, conclusiones de la CONAMED.

Resultados: Se obtuvieron 59 dictámenes institucionales periciales durante el período de estudio, el 70% fueron solicitados por la autoridad penal, donde la Procuraduría General de la República fue la de mayor petición. El sector social estuvo involucrado en el 60%, donde el Instituto Mexicano del Seguro Social fue la instancia de mayor queja o denuncia. El Distrito Federal y Jalisco estuvieron implicados en el 50% de los casos. El grupo de edad de 21 a 40 años y el sexo femenino fueron los más involucrados junto con la especialidad de Ginecología y Obstetricia. El motivo de queja en casi el 50% fue la deficiencia en la atención médica. En los informes médicos o institucionales obran pronunciamientos favorables para los médicos. La mayoría de las conclusiones de otras instancias emiten juicios o califican conductas. Existe una diferencia en el 20% entre otras instancias y la CONAMED en señalar si hubo mal praxis o no. Se observó en más del 70% no hay cumplimiento en las Normas Oficiales Mexicanas.

Conclusiones: La Procuraduría General de la República es la instancia que solicita mayor número de dictámenes de Responsabilidad Profesional Médica, donde el Instituto Mexicano del Seguro Social es la institución más involucrada. La especialidad de Ginecología y Obstetricia fue la más denunciada o con mayor número de queja. El sexo femenino constituyó la mayoría de los casos y el grupo de edad más afectado fue de 21 a 40 años. El principal motivo de queja fue la deficiencia en la atención médica, los padecimientos que se vieron implicados fueron los de resolución quirúrgica. En la mayoría de las conclusiones de otras instancias se emiten juicios o califican conductas, así mismo existe una diferencia significativa en relación a señalar si la práctica médica se ajustó o no a la *lex artis*, en comparación con las conclusiones emitidas por la CONAMED. Tanto en sector salud público, social o privado no hay cumplimiento en las Normas Oficiales Mexicanas.

Palabras claves: Responsabilidad Profesional Médica, acto médico, dictamen médico, *lex artis*, CONAMED.

1. INTRODUCCIÓN:

La **ética médica** es la base para generar confianza en el ejercicio de la medicina. Sin ella no es posible establecer, una satisfactoria relación médico- paciente. Así mismo cuando se habla de **ética** profesional en lo que se piensa es en una mezcla de tradiciones morales, mandamientos religiosos y obligaciones legales, que tienen la misma vigencia y la misma aplicación que para los enfermos, los sanos y el resto. La sociedad debe saber que los médicos responden a una ética y que por tanto aplicarán todo su conocimiento y experiencia para mantener, y en su caso, recuperar la salud de los miembros integrantes del cuerpo social. Además es necesario sostener que la ética médica no radica en un conjunto de normas, ni en un manual de procedimientos, ella debe ser una vivencia existencial de la que nazca un comportamiento humanista y solidario.^{1,2}

El **acto médico** incluye una acción en beneficio o búsqueda de provocar un bien; en esta acción el médico enfoca su acción o actuar hacia una persona que necesita su ayuda o la solicita, por lo que regular para preservar la vida o su salud. Se ha señalado que la relación médico- paciente es la base del acto médico, sobre todo si caracteriza de una adecuada empatía, comunicación humana y apego a los valores y estándares. Así mismo, la sola presencia de una buena relación médico- paciente explica 50% de los éxitos terapéuticos clínicos. No se debe olvidar que el acto médico se concreta en la relación médico- paciente. Independientemente de esto, el médico se compromete a colocar todos los medios a su alcance para efectuar un procedimiento (médico o quirúrgico) actuando con apoyo de sus conocimientos para aplicar acciones a fin de curar o aliviar los efectos de la enfermedad, sin poder garantizar los resultados, previa advertencia de los posibles riesgos y complicaciones inherentes al mismo. Mucho se ha señalado respecto a que el ejercicio de la profesión médica exige la observancia no sólo de las disposiciones de carácter general de su actividad, sino que debe cumplir un conjunto de normas jurídicas, técnicas y metodológicas de carácter específico del ejercicio de la medicina.

Además, el médico, en su forma de aplicar la ciencia médica como un arte, asume no sólo una elevada responsabilidad ética y social, sino también insoslayable responsabilidad legal. Por ello, ejercer un acto médico inadecuado y sin apego a los ya referidos estándares científicos, éticos y normativos trae consigo una mala práctica, pudiendo llegar a constituir una responsabilidad jurídica. Por tal motivo, la evaluación y análisis del acto médico como tal debe verse en su amplio contexto; es una relación médico- paciente, sí, pero en el marco de un sistema de salud que abarca tanto el ámbito público, como el privado, en el que se opera con reglas y normativas claras. Esta situación se da conforme a un modo, un tiempo, un lugar y en un ámbito cultural y social; es decir, es necesario considerar estos factores con la aplicación de la **lex artis** médica; medicina científica documentada, regla técnica de la actuación de una profesión, se emplea para referirse a la labor desarrollada por un profesional de modo que se logre determinar si la misma es correcta o no, se aplica a las actividades profesionales y se refiere a dos aspectos importantes de ésta: la diligencia desplegada por el actor

y el resultado producido. Por tanto el acto médico, se basa en los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, veracidad, honestidad y confidencialidad, asegurar una visión humanista, y considerar los aspectos deontológicos del deber ser de acuerdo con el contexto y cumplimiento normativo jurídico.

Es imprescindible señalar de qué manera se aplicó la **lex artis médica ad hoc**, conforme al modo, tiempo y lugar. Por ello es necesario un enfoque deontológico y normativo y evaluar que tanto ésta mala práctica es debida a la actuación del profesional o está asociada al sistema de salud. No se puede evaluar simplemente por resultados, pues por regla general no es de resultados la obligación del profesional; además puede haber una buena práctica con resultados indeseables, o bien una respuesta propia del individuo, porque la variabilidad biológica no queda escrita en ningún lado. El evento adverso debe analizarse también con la debida ponderación de los **riesgos inherentes** en todo procedimiento, accidentes que al estar reportados en la literatura médica integran un índice estadístico de posibilidad para su presentación. Por ello es necesario ponderar siempre las características del profesional, sus conocimientos y la ubicación del acto médico reclamado o revisado. Resulta, pues relevante revisar integralmente el acto médico, especialidad y pericia del médico que lo realiza. 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.³

Las demandas y los juicios son las principales causas de la actitud evasiva de los médicos, todo esto ha ocasionado el encarecimiento de la medicina y el surgimiento de lo que se ha llamado **Medicina Defensiva**, definida como el empleo de procedimientos diagnóstico - terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas por mala práctica, actualmente se define como cambios en la práctica del médico para defenderse de controversias y demandas por juicios en su ejercicio profesional. La Medicina Defensiva no es ética, es destructiva ya que deteriora la relación médico- paciente, propicia la pérdida de la credibilidad en el profesional de la salud, y este al examinar un enfermo, recurre a pruebas de laboratorio y gabinete en exceso, invasivas o costosas, para evitarse quejas, demandas o denuncias, incurre en actitudes defensivas que dañan al paciente. La mejor manera de actuar éticamente, es decir la verdad, aunque esto implique reconocer errores, también es importante, cuando se emiten juicios sobre la actuación del médico, hay que considerar que es un ser humano, cuya labor se desarrolla en gran medida en un ámbito de incertidumbre, se han de tener en mente en el ejercicio de la profesión, los lineamientos oficiales propuestos por la CONAMED.⁴

La conducta del profesional de la salud, no acorde con la **lex artis**, da lugar a los que se denomina **mal praxis**, desde el punto de vista jurídico- volitivo se ha considerado que deviene por culpa, en el contexto del acto médico, la culpa, “se singulariza como una falta, como un defecto de la conducta o de la voluntad o del intelecto,

una desatención o un descuido”, la carencia de los conocimientos científicos necesarios para el caso, o de la técnica aplicable. Estas limitaciones evidencian que no se previó lo previsible, o se le previó, pero no se observó la conducta para evitarlo.²

En este contexto, se requiere la participación de los peritos, para determinar la mal praxis, estos pueden actuar de varios modos: auxiliando al juez en la percepción de los hechos, indicándole los principios científicos o técnicos que permita deducir consecuencias de hecho indiscutibles al conocimiento de la verdad; deduciendo ellos mismos las consecuencias que de tales hechos derivan, al amparo de sus conocimientos especializados. El término **perito** encuentra su etimología en el latín *expertus*, “*hacer experiencia de*”, el perito, es seleccionado en razón de ser un experto y a efecto de reproducir, ante quien solicita su concurso, una experiencia de interés para el derecho, es decir, la prueba pericial; está dotada de un carácter fundamental para el proceso, se formula de manera objetiva y en congruencia a los principios científicos y técnicas aplicables, de igual suerte, cuando la pericia no se ajusta a los criterios señalados y a pesar de ello norma el criterio del juzgador, puede originar profundos errores e injusticias.⁵

Por lo que la prueba idónea, tanto para las responsabilidades penales como administrativas o civiles, es el dictamen de peritos, es decir la **prueba pericial**, que consiste, en la demostración que se hace en la exigencia de hechos materiales, o de actos jurídicos, conforme a las observaciones subjetivas, debe reunir dos condiciones en el médico: preparación técnica y moralidad, ya que el deber primario es la búsqueda de la verdad, será un problema científico, mientras que la relevancia es fundamentalmente moral. Así mismo también se puede optar por la **opinión técnica**, que es un mecanismo administrativo que materialmente se puede equiparar al peritaje. En ocasiones, el Ministerio Público fundamenta el ejercicio de la acción penal en los resultados de la opinión técnica, lo cual, es incorrecto por no ser un requisito legal de procedibilidad, por tal motivo la opinión técnica su objetivo al igual que el dictamen es esclarecer el acto médico, actuando de manera imparcial y sin emisión de juicios.^{2, 6}

Con respecto a la **Responsabilidad Profesional Médica**, se señala que es la obligación que tienen los médicos de reparar o satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones y errores dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión. Para determinar si existe o no responsabilidad profesional médica, las autoridades legales ya sean penales o administrativas/ civiles, requieren del **dictamen médico**, que es un documento médico legal, que consiste en el estudio de hechos anteriores al momento y cuyo resultado auxiliara a la autoridad correspondiente a emitir un fallo apegado a la justicia.

Cabe aclarar que en muchos casos el dictamen médico no lleva una secuencia lógica y mencionan negligencia solo porque el expediente no lleva el orden señalado en la norma y sin entrar en polémica, si el actuar del médico determinó las alteraciones en la salud o la muerte. El mencionar la palabra negligencia, impericia o

imprudencia por un proceso administrativo o penal es riesgoso, puesto que, al realizar un dictamen médico requiere de un análisis sistemático y metódico, por tanto es significativo destacar que la literatura nos marca la forma en cómo realizar dicho dictamen, pero la realidad es otra, y la mayoría de las veces se califican conductas, es decir, se emiten juicios, puesto que los médicos no estamos capacitados para calificar un delito, esto le corresponde a la autoridad determinarlo.

En un peritaje o en el dictamen de Responsabilidad Profesional en materia médica, el actuar debe ser sin discriminación, sin parcialidad, sin perjuicios, con total libertad académico científico sin sometimiento a presiones o influencias de cualquier índole, donde se haya estudiado correctamente la relación causal. Así mismo hay que destacar que si bien la labor pericial no tiene efecto vinculante, sino solamente consiste en contribuir a formar la convicción del juez. El juzgador podrá apartarse de los dictámenes periciales médico-forense cuando estos no den razón o fundamento a sus conclusiones, o cuando estas no armonicen racionalmente con las demás pruebas acercadas al proceso. Los dictámenes en esta materia se basan en el método científico o en el método inductivo- deductivo. Se entiende por el **método científico** en el sentido de una serie definida y rígida de reglas establecidas cuyo seguimiento garantiza que al final, invariablemente, se obtiene el conocimiento deseado. Sin embargo, la heterogeneidad de las ciencias parece oponerse a la existencia de un método científico único. En el caso del **método inductivo- deductivo**, se inicia con observaciones individuales, a partir de las cuales se plantean generalizaciones cuyo contenido rebasa el de los hechos inicialmente observados (inducción). Las generalizaciones permiten hacer predicciones específicas (deducción) cuya confirmación las refuerza y cuyo fracaso las debilita y puede obligar a modificarlas o hasta rechazarlas.^{7, 8, 9}

Al respecto se ha observado durante la práctica en la residencia en Medicina Legal, que las diferentes instituciones o instancias que elaboran los dictámenes de esta índole, tienen diferente manera de realizarlo, es decir, el desarrollo del dictamen puede ser distinto, pero la metodología es la misma, ya sea que utilicen el método científico o el método deductivo- inductivo, lo que conlleva a obtener aparentemente los mismos resultados o conclusiones, sin embargo se ha identificado que existe divergencia en estas conclusiones, entre una institución y otra, y en muchos casos a pesar de contar con los mismos elementos periciales. Por tal motivo es importante analizar esta circunstancia por medio de esta investigación y en su caso unificar parámetros o criterios para realizar o perfeccionar el dictamen de Responsabilidad Profesional Médica. Así mismo se ha visto, que al emitir diferentes opiniones y que estas se contrapongan con otras, genera conflicto y confusión, tanto para la autoridad solicitante como para los médicos que retoman el caso y por último crea inconformidad del usuario ya que no queda satisfecho con las conclusiones emitidas de los dictámenes. En nuestra formación como residentes de Medicina Legal este aspecto es de suma importancia puesto que al formar parte de cualquier institución pública o privada, es necesario tener el conocimiento adecuado para emitir opiniones sin

juicio, ser imparciales y sobre todo tener un sustento técnico- científico, para defender nuestra opinión y no creamos modos o maneras de realizar dicho dictamen a conveniencia o comodidad de cada instancia.

Para realizar el dictamen de Responsabilidad Profesional Médica, requiere de un estudio integral y el tiempo necesario para su resolución, ya que si no se tiene en cuenta esta particularidad, y en caso de que el dictamen no sea concluyente, el más afectado es el propio paciente, así como el médico. Por tanto el médico legista, al ser auxiliar de la justicia, y en su deber de realizar dictámenes de esta índole tiene que ser cuidadoso para no dar interpretaciones erróneas que traigan como consecuencia desde la privación de la libertad de algún colega como la suspensión de una licencia médica, es por esto la importancia de realizar un adecuada dictaminación, tratando de acercarnos a la verdad histórica de los hechos con imparcialidad, teniendo como base la *lex artis*, esta es la finalidad del estudio.

La metodología debe permitir un acercamiento a la realidad histórica, y dejar a la autoridad penal o civil que determinen si la conducta fue ilícita o no, es decir, no incluir estos términos calificativos ya que se pierde o se desvía el sentido estricto de nuestra labor. Por tanto, se formula esta investigación para perfeccionar la emisión de estos documentos, señalar apropiadamente y adecuadamente las conclusiones y detallar los parámetros que contienen un dictamen de Responsabilidad Profesional, esto a través del análisis de dictámenes institucionales, de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), instancia especializada a la resolución de los conflictos entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de los mismos, invariablemente actuando con imparcialidad, esto a través de la orientación, gestión inmediata, conciliación y arbitraje, así mismo emitiendo sus trascendentes opiniones médicas.⁷

Para el dictamen pericial será necesario el aporte de la totalidad de los elementos incorporados a la instrucción de causa de que se trate, pues en la reconstrucción técnica de un hecho histórico, con la peculiar dificultad, toda la información recabada resulta útil para evaluar su coherencia con las imputaciones concretas. Es fundamental el capítulo discursivo pericial donde el experto valora el **nexo de causalidad (nexo- causal)** entre las imputaciones realizadas en la denuncia y el presente daño causado. Aquí se impone la prudencia del perito, quien deberá manejar el arte de la medida en sus expresiones, y situarse en relación de persona, tiempo y lugar respecto al presunto ilícito, ya que el simple error diagnóstico no configura por sí solo el tipo delictivo. Cuando se pondera el mérito del proceso en un caso de responsabilidad médica para juzgar, como se procedió, es fundamental tener en cuenta que no se trata de una mera reconstrucción mecánica de hechos objetivos, sino de evaluar un proceso continuado de toma de decisiones. Lo que debe tomarse en consideración no es un paciente dañado, tratando de reconstruir para atrás en forma inversa el acaecimiento de los hechos, sino que quien pretende formarse un juicio debe colocarse el día y hora en que el profesional debió tomar una decisión, ver cuál era entonces el cuadro del enfermo, cuáles eran los elementos con que contaba o podía contar el médico o cuáles las opciones posibles. ³

Todo hecho o acto realizado con discernimiento (capacidad), intención (voluntad) y libertad genera obligaciones para su autor en la medida en que se provoque un daño a otra persona, es decir, el médico debe reparar el daño causado.¹⁰

En el momento que el prestador de servicios de salud con su actuación o no actuación, comete un hecho ilícito que se constituya como delito, esto es, que haya violado las normas jurídicas al producir un daño con su conducta, daño que lesione intereses sociales o bienes jurídicos tutelados, en ese momento tendrá que responder, ya sea en el terreno penal, civil, laboral y/o administrativo. En el área penal, al sujeto imputable (autor del daño) y que se halle jurídicamente culpable por su conducta delictiva se le impondrá alguna pena o medida de seguridad; en el primer caso privación de la libertad por determinado tiempo y en el segundo caso, suspensión temporal o definitiva del ejercicio profesional, de acuerdo a lo que determine el juez. En el área civil, básicamente se tiende a reparar el daño, cuando esto es posible, o bien, a pagar los daños y perjuicios ocasionados como consecuencia de acción u omisión del médico durante o con motivo de su ejercicio profesional. Al respecto la palabra **iatrogenia**, se define como lo producido por el médico o los medicamentos, del griego “*iatros*”; médico, y es toda alteración del estado del paciente producida por el médico, esto significa todo lo que el médico exprese, actúe o realice, produce una alteración en el paciente, es decir, que no hay nada que no modifique en el paciente, esta situación no es comprendida en su totalidad por la sociedad y sus autoridades, ya que se confunde iatrogenia con **iatropatogenia**, que son los efectos negativos o nocivos.^{7,11,12}

En cuanto a las **iatropatogenias** o iatrogenias negativas, no todas pueden originar problemas de responsabilidad profesional. Dentro de las iatropatogenias se dividen desde el punto de vista clínico y médico legal. Desde el punto de vista clínico, las iatrogenias negativas se dividen en necesaria e innecesaria. La iatrogenia negativa necesaria, consciente, con riesgo calculado o efecto secundario, se refiere al daño que las acciones médicas (que pueden ser por comisión u omisión), le causan al enfermo, pero que se realizan con pleno conocimiento de sus riesgos y sus posibles efectos, por la sencilla razón de que no hay nada mejor que ofrecer. Esto depende del nivel o estado de la ciencia médica en un momento determinado, acorde con las circunstancias y el conocimiento científico de esa época. La iatrogenia negativa innecesaria, también llamada inconsciente, estúpida o criminal, es la que se refiere al daño innecesario que las acciones médicas le causan al enfermo como producto de su ignorancia, pero de un forma de ignorancia éticamente inadmisibles e imperdonable, porque dados los conocimientos biológicos y médicos de la época, no tendría por qué ocurrir, esto es atribuible a la impericia del médico, precisamente por carecer de conocimientos básicos indispensables que se deben tener obligatoriamente en la profesión, por ejemplo cuando se opta por un tratamiento ineficaz, obsoleto o con graves efectos secundarios, existiendo otro u otros eficaces, con menos efectos indeseables. Desde el punto de vista médico legal, hace referencia a la responsabilidad profesional en el área médica, la cual obedece a situaciones de acción, omisión, descuido, olvido, inadvertencias, distracciones, imprevisiones,

morosidad, apatía, precipitación, imprudencia, este tipo de actitudes que en términos generales, los podemos resumir en: **negligencia, impericia, imprudencia e inobservancia**.

La negligencia, se define como la irregularidad del prestador de servicios de atención médica quien, conociendo los procedimientos que resultan convenientes para el diagnóstico o tratamiento del paciente, por indolencia, desidia, descuido, despreocupación u olvido, omite efectuarlos, ocasionando resultados desfavorables en la salud y/o la vida del enfermo, también se define como el incumplimiento de los elementales principios inherentes al arte o profesión; esto es, que sabiendo lo que se debe hacer, no se hace, o al inversa, que sabiendo lo que no se debe de hacer, se hace. Que teniendo la pericia, es decir, los conocimientos y la capacidad necesaria, no se pongan al servicio en el momento en que se necesitan. **La impericia** es carecer de los conocimientos técnicos o científicos en una persona obligada a tenerlos, **imprudencia** es la temeridad inexcusable, el sujeto actúa con exceso de confianza de manera que constituye una falta de previsión o de precaución en la acción y la **inobservancia** de reglamento, es una forma de acción culposa que se configura cuando, existiendo una exigencia u orden verbal o escrita, dispuesta con fines de prevención de un daño y ordenada por un superior responsable, el subalterno no le da cumplimiento, generando un resultado indeseable.^{12,13}

Con respecto a la emisión de dictámenes de Responsabilidad Profesional Médica, se hará de forma objetiva, imparcial, concreta, precisa y clara. En una peritación médico- legal deberá aplicarse siempre la lógica, pues nadie que aspira al conocimiento científico en cualquiera de sus dominios debe ignorar la lógica. Una de las formas descritas de emitir el dictamen, es la siguiente: 1. Destinatario, 2.Introducción, 3. Objetivo(s) de la peritación, 4. Antecedentes, 5. Comentarios, 6. Conclusiones, tiene la finalidad de dar cumplimiento a los objetivos del dictamen, deben ser claras, contundentes, precisas y sustentadas en los comentarios del dictamen; responder a las interrogantes o planteamientos consignados en el apartado de objetivos, en ellas no tipificarán delitos, ni se calificarán conductas, 7. La fecha y lugar de su emisión, 8. Nombre y firma de los peritos que lo elaboraron, 9. Bibliografía consultada. Cabe señalar que el tiempo utilizado por los peritos para elaborar un dictamen depende tanto de la complejidad del asunto como de que el expediente respectivo se encuentre o no integrado. ⁹

Debido a la importancia señalada del dictamen médico, es necesario que se cuenten con lineamientos específicos para emisión de esta prueba pericial, por lo que se ha observado no hay suficiente literatura para cada caso en particular, así mismo requiere ir bien sustentado y fundamentado con conocimientos técnico-científicos, y no sólo al leal saber y entender del perito o de alguna institución en particular. Así mismo al observar que en las conclusiones de los dictámenes médicos, se califican conductas o tipifican delitos, se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿Con qué frecuencia se concluyen en los dictámenes de Responsabilidad Profesional Médica con terminología calificativa? Este cuestionamiento es con el fin de no caer

en la misma conducta , ya que el dictamen debe dar respuesta a la petición de la autoridad con fundamento científico, concluyendo si existió o no mal praxis, es decir, identificando el acto médico y dar una opinión al respecto de esta evaluación, ya que, si en la elaboración del dictamen no cuenta con un fundamento lógico y con una metodología adecuada, el dictamen carecerá de los principios básicos, es decir, objetividad, imparcialidad y veracidad y sólo generará controversia con otras opiniones médicas y por tanto no se llegará a la proximidad de la verdad.

Por tal motivo el objetivo de esta investigación es comparar las conclusiones formuladas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) con respecto a las conclusiones emitidas por diferentes instancias, a través del conocimiento de la mecánica racional y la elaboración detallada de los dictámenes en materia de Responsabilidad Profesional Médica.

Al respecto, se tomó como punto de referencia la CONAMED ya que es un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud, que posee plena autonomía técnica suficiente, para recibir, investigar y atender las quejas que se presenten, lo que garantiza a las partes la conciliación, bajo los principios de imparcialidad y equidad, que cuenta con la atribución de elaborar dictámenes o peritajes médicos, que le sean solicitados por autoridades pertinentes, la cual no se limita e la emisión de dictámenes, sino que trasciende esta actividad, así mismo está facultada para ejercer como instancia arbitral, cuando aquéllas voluntariamente lo solicitan. Sus laudos cuentan con plena fuerza legal puesto que obligan a las partes y como toda sentencia arbitral en caso de incumplimiento, es ejecutable mediante el procedimiento de homologación de sentencias en la vía judicial. Así mismo, las partes en conflicto están en posibilidad de dejar a salvo sus derechos para buscar la satisfacción de sus pretensiones ante los tribunales del orden civil o penal, esta instancia presentada a los medios de comunicación en la Ciudad de México el 3 de junio de 1996.

2. MATERIAL Y MÉTODOS:

El diseño del estudio es de tipo observacional, comparativo, retrospectivo, transversal, a través del censo de dictámenes formulados por la CONAMED, correspondientes a los meses de octubre, noviembre y diciembre de

2013. Para lo cual se elaboró un formato *expresado* que incluía 31 variables con opción de respuesta dicotómicas, así mismo para la captura de resultados se procesó una base de datos en el programa Excel. Las variables de contexto o independientes a evaluar fueron las siguientes: características de la población (sexo y edad), autoridad solicitante, instancia involucrada, estado de la República Mexicana, área médica y diagnóstico nosológico. Las variables de tipo dependiente son las siguientes: motivo de queja o denuncia, informes institucionales, informes periciales, conclusiones de otras instancias, notas médicas y estudios, hipótesis derivadas del caso, consideraciones técnicas, bibliografía, conclusiones de la CONAMED.

Para la comparativa de variables entre diferentes instancias y la CONAMED, se realizó X^2 (*chi cuadrada*), así mismo en las variables que corresponden a la edad y fichas bibliográficas, se obtuvieron medidas de tendencia central, es decir media, al igual que medidas de dispersión, las cuales fueron desviación estándar y rango y en el resto de las variables se obtuvieron medidas de resumen, es decir, frecuencia y porcentaje. Desde el punto de vista bioético es un estudio que corresponde sin riesgo.

A continuación se describe cada una de las variables de contexto y las variables independientes:

1. Dictamen Institucional: Si: completo, No: incompleto, Ampliación.
2. Autoridad solicitante o peticionaria: Penal, Administrativa/ civil.
3. Autoridad Penal: PGR, CODHEM, Juzgado/ Distrito, PGJ/ DF, PGJ/ ESTATALES.
4. Autoridad Administrativa/ Civil: CONDUSEF, OIC/ IMSS, OIC/ PEMEX, OIC/ SSDF, OIC/ ISSSTE, OIC/ INSTITUTOS, OIC/ RECLUSORIOS, OIC/ SSESTATALES.
5. Instancia Involucrada: Pública, Social o Privada.
6. Instancia Pública involucrada: SSDF, Institutos, SSESTATALES, Reclusorios.
7. Social: IMSS, ISSSTE, PEMEX.
8. Privado: Personal (Individual) o Instancia (Hospital).
9. Estado de la República Mexicana.
10. Sexo: Femenino y Masculino.
11. Edad en años.
12. Especialidad: Urgencias, Ortopedia y Traumatología, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía General, Medicina Interna, Medicina Familiar, Cirugía Plástica, Angiología, Urología, Dos Especialidades: Medicina Interna y Nefrología/ Cirugía General y Urgencias/ Pediatría y Urgencias, Otra Especialidad o Subespecialidad: Neurología, Neurocirugía, Enfermería, Odontología, Anatomía Patológica, Otorrinolaringología, Oftalmología, Gastroenterología, Cirugía Pediátrica y Cirugía Oncológica.
13. Motivo de la queja: Diferimiento en la atención médica, Omisión de medios diagnóstico- terapéuticos, Negativa de la atención médica, Deficiencia en la atención médica, Otras: Discriminación, Gastos médicos, Dos motivos.

14. Diagnóstico nosológico.
15. Informes institucionales: *Favorable*: pronunciamientos médicos, que señalen que las alteraciones en el estado de salud, secuelas y/o fallecimiento, se deben a riesgos inherentes o complicaciones, así mismo que se deban a la evolución natural de la enfermedad propia, falta del deber de cuidado del paciente, que la atención médica fue oportuna y adecuada, que el médico tratante cuente con el aval necesario o la capacitación adecuada para realizar procedimientos médico quirúrgicos, por la complejidad del padecimiento a pesar de la técnica quirúrgica adecuada, además que señalen que no hay negativa de la atención médica, ni negligencia, *No favorable*: pronunciamientos médicos, que señalen que las alteraciones en el estado de salud, secuelas y/o fallecimiento, son derivadas a deficiencias en la atención médica, así mismo que señalen que se aplicó alguna sanción disciplinaria o administrativa al médico tratante o al personal de salud que determinen falta al deber de cuidado, técnica quirúrgica deficiente, que las señalen que las condiciones del paciente presentaban riesgo elevado para el procedimiento quirúrgico, donde señalen que la atención médica no estuvo apegada a la normatividad, o falta de apego a las guías de práctica clínica, *Ajeno a Responsabilidad Profesional Individual*: pronunciamientos médicos, que señalen que las alteraciones en el estado de salud, secuelas y/o fallecimiento, se deben a motivos estructurales o institucionales o No obran.
16. Informes Periciales: Certificado: nacimiento, de defunción y de estado psicofísico o de lesiones, Dictamen: de Responsabilidad Profesional Médica, de necropsia y/o Psicológico, Certificado y Dictamen, Certificado, Acta y Dictamen, Acta y Dictamen, Acta: de defunción o No obran.
17. Certificado/ Acta/ Necropsia: Causa no traumática: causa de muerte no traumática, es decir, se debe a enfermedad general y/o complicaciones, Causa traumática: causa de muerte violenta, es decir, no debida a enfermedad o que derivó de una causa médico- legal o No aplica: no aplica debido que no obran informes periciales.
18. Conclusiones de dictámenes de otras instancias u opiniones técnicas: A: No existió Responsabilidad Profesional Médica, B: El actuar médico fue conforme a la *lex artis*, se ajustó a la *lex artis*, no hay mala práctica, no hay mal praxis: C: Inobservancia o desatención a la normatividad sanitaria, D: Incurrió en Responsabilidad Profesional Médica, E: Riesgo inherente o propio de la enfermedad, F: No existió negligencia, omisión de medios diagnóstico- terapéuticos, impericia, falta al deber de cuidado, abandono de paciente o exceso de confianza, G: No hay elemento de iatrogenia, H: Existió mala práctica o mal praxis, I: Negligencia, impericia, imprudencia, J: Incapacidad o Responsabilidad Institucional, K: La atención médica fue oportuna o adecuada, L: Ameritó clasificación médico forense o No aplica: no aplica debido que no obran informes periciales.
19. Notas médicas: todos los dictámenes contienen notas médicas.
20. Estudios: A: El expediente contiene estudios de laboratorio, gabinete e histopatológico, B: El expediente contiene estudios de laboratorio, C: El expediente contiene estudios de gabinete, D: El expediente contiene estudios histopatológicos, E: El expediente contiene estudios de laboratorio y gabinete, F: El

expediente contiene estudios de laboratorio e histopatológico, G: El expediente contiene estudios de gabinete e histopatológico, H: No obran, el expediente no cuenta con estudios.

21. Hipótesis derivadas del análisis del caso: a) Si la atención médica otorgada se ajustó a la *lex artis*, así mismo si hubo cumplimiento de medios diagnóstico terapéuticos y si existía indicación y justificación del procedimiento médico quirúrgico b) Si el manejo de las complicaciones, derivadas por la práctica médica o por la enfermedad propia, se ajustó a la *lex artis*, c) Si existe nexo- causal entre elementos de mal praxis, complicaciones, secuelas y/o fallecimiento, d) Si derivado de mal praxis existen alteraciones en la salud a clasificar desde el punto de vista médico- forense. Las respuestas son: I: a+ b+ c+ d, II: a+ b+ c, III: a+ c, IV: a+ d, V: a+ c+ d, VI: a+ b, Otra.
22. Sustrato teórico y/o consideraciones técnicas: Si o No hay congruencia.
23. Bibliografía: número de fichas bibliográficas que contiene el expediente
24. Año de publicación de las fichas bibliográficas: de 1 a 5 años o de 6 a 8 años.
25. Congruencia: la bibliografía es congruente con el sustrato teórico: Si o No.
26. Conclusiones de la CONAMED, la atención médica se ajustó o no la *lex artis*: Si, No o No aplica.
27. Cumplimiento de medios diagnóstico- terapéuticos: Si, No o No aplica
28. Indicación y justificación de procedimientos médico- quirúrgicos: Si, No o No aplica.
29. Nexo- causal: A: Si se aprecia nexo- causal, B: No se aprecia nexo- causal, C: No se aprecia nexo- causal, las alteraciones en la salud se deben a riesgos inherentes o son propias de la evolución natural de la enfermedad de base, D: No se aprecia nexo- causal, sin embargo se aprecia mala práctica, E: Las alteraciones en la salud son propias de la evolución natural de la enfermedad, sin embargo la mala práctica contribuyó a la progresión de la enfermedad, F: No hay elementos para determinar si la mala práctica contribuyó a la progresión del padecimiento médico, G: Las alteraciones en la salud se deben a riesgos inherentes o complicaciones, sin embargo la mala práctica contribuyó a la progresión de las mismas.
30. Clasificación médico- forense: las alteraciones en la salud pueden o no ameritar clasificación médico forense por la práctica médica: Si amerita, No amerita, No hay elementos o No aplica.
31. Normatividad: Normatividad sanitaria aplicable al momento de los hechos investigados: Si, No, No aplica.

3. RESULTADOS:

Con respecto a los dictámenes concluidos por la CONAMED, de enero de 2013 a diciembre de 2013, en relación a la autoridad peticionaria, es decir, la PGR en sus diferentes delegaciones representó el 48.7%, en su conjunto los dictámenes emitidos a solicitud del Ministerio Público, Federal o Estatal representaron el 67.9%, los dictámenes emitidos a solicitud de los diferentes Órganos Internos de Control representaron el 27.7% y el resto

provino de diversas autoridades judiciales (CONDUSEF y a la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México). En el año 2013 los casos concluidos por la autoridad solicitante (PGR, PGJ-DF, PGJ-ESTATALES, OIC, JUZGADO DISTRITO, CONDUSEF, TRIBUNAL FISCAL) fueron de 249 casos. Siendo 712 solicitudes de dictámenes, de los cuales ingresaron 269, se concluyeron 249 casos, el 100% de los dictámenes que se entregaron fue en tiempo estándar.¹⁴

Se obtuvieron 59 dictámenes institucionales formulados por la CONAMED de los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2013, de los cuales 4 casos correspondieron a ampliaciones de dictámenes previos. La siguiente tabla muestra el total de casos a analizar:

DICTAMEN INSTITUCIONAL/ AMPLIACIÓN DE DICTÁMEN

TABLA I

DICTAMEN INSTITUCIONAL	No.	%
DICTAMEN INSTITUCIONAL	55	93.22
AMPLIACIÓN	4	6.78
Total	59	100

Fuente.- Archivo de CONAMED - 2013.

En la siguiente tabla se muestra cual fue la autoridad solicitante o peticionaria del dictamen institucional o de la ampliación del dictamen:

AUTORIDAD SOLICITANTE O PETICIONARIA

TABLA II

AUTORIDAD	No.	%
PENAL	40	67.79
ADMINISTRATIVA/ CIVIL	19	32.21
Total	59	100

Fuente.- Archivo de CONAMED - 2013.

Se identificó que 40 casos fueron solicitados por la Autoridad Penal, de los cuales 4 correspondieron a ampliaciones de dictámenes y los restantes 19 fueron solicitados por la Autoridad Administrativa o Civil. Con respecto a los dictámenes o ampliaciones solicitados por la **Autoridad Penal**, el **80%** (32) correspondió a solicitud de la **PGR**, el **10%** (4) fue a petición de la **PGJ/ ESTATALES**, el **5%** (2) por la **PGJ/ DF** y en el **2.5%** (1) fue solicitado tanto por la **CODHEM** como por el **JUZGADO/ DISTRITO** respectivamente. **PGR:**

Procuraduría General de la República, **PGJ**: Procuraduría General de Justicia, **OIC**: órgano Interno de Control, **CODHEM**: Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, **PGJ/ DF**: Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, **PGJ/ ESTATALES**: Procuraduría General de Justicia Estatal.

Así mismo, en cuestión de los 19 casos solicitados por la **Autoridad Administrativa/ Civil**: el **26.32%** (5) correspondió a solicitud del **OIC/ SSDF**, el **21.05%** (4) fue a solicitud del **OIC/ IMSS**, como es el mismo caso del **OIC/PEMEX**, el **15.79%** (3) fue solicitado por el **OIC/ INSTITUTOS** y el **5.26%** (1), fue a solicitud de **CONDUSEF**, como es el mismo caso del **OIC/ ISSSTE** y del **OIC/ RECLUSORIOS**. **CONDUSEF**: Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, **OIC/ IMSS**: Órgano Interno de Control del Instituto Mexicano del Seguro Social, **OIC/ PEMEX**: Órgano Interno de Control de Petróleos Mexicanos, **OIC/ SSDF**: Órgano Interno de Control de Secretaría de Salud del Distrito Federal, **OIC/ ISSSTE**: Órgano Interno de Control del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, **OIC/ INSTITUTOS**: Órgano Interno de Control de Institutos, **OIC/ RECLUSORIOS**: Órgano Interno de Control de Reclusorios, **OIC/ SSESTATALES**: Órgano Interno de Control de Secretaría de Salud de Estatales.

A continuación se representan en las siguientes figuras las diferentes Autoridades Solicitantes de los dictámenes institucionales:

Fig. 1 AUTORIDAD PENAL QUE SOLICITA EL DICTAMEN DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA

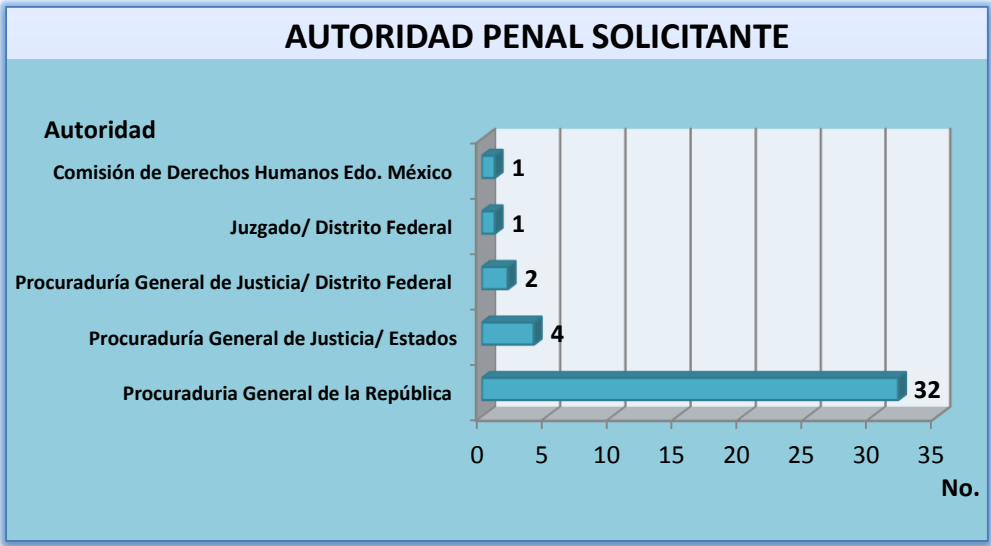
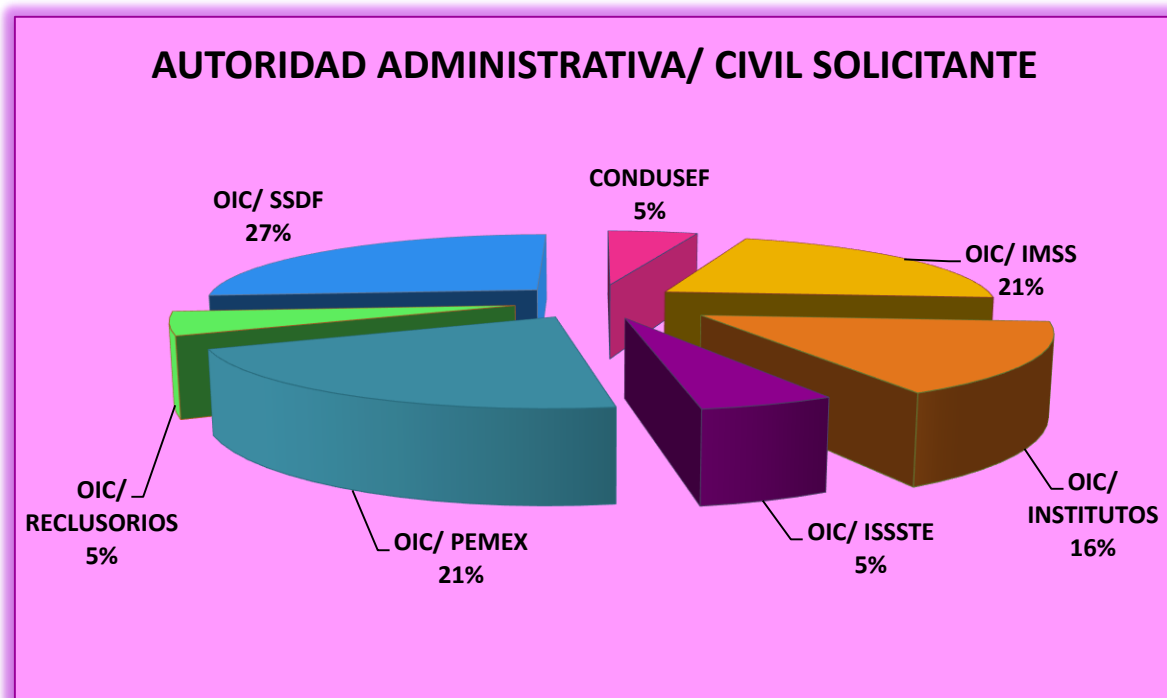


Fig. 1 AUTORIDAD ADMINISTRATIVA/ CIVIL QUE SOLICITA EL DICTAMEN DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA



Al respecto de las instancias que estuvieron involucradas en los casos a analizar, la instancia con mayor implicación fue la **social**, con el **61.01%** (36) de los casos, en segundo lugar con el **23.72%** (14) correspondió a la instancia **pública** y la instancia **privada** estuvo involucrada en el **15.25%** (9).

De las **instancias sociales**, es decir los **36 casos**, el **66.66%** (24) correspondió al **IMSS**, en el **19.44%** (7) los casos se suscitaron en el **ISSSTE** y en el **13.88%** (5) correspondieron a **PEMEX**.

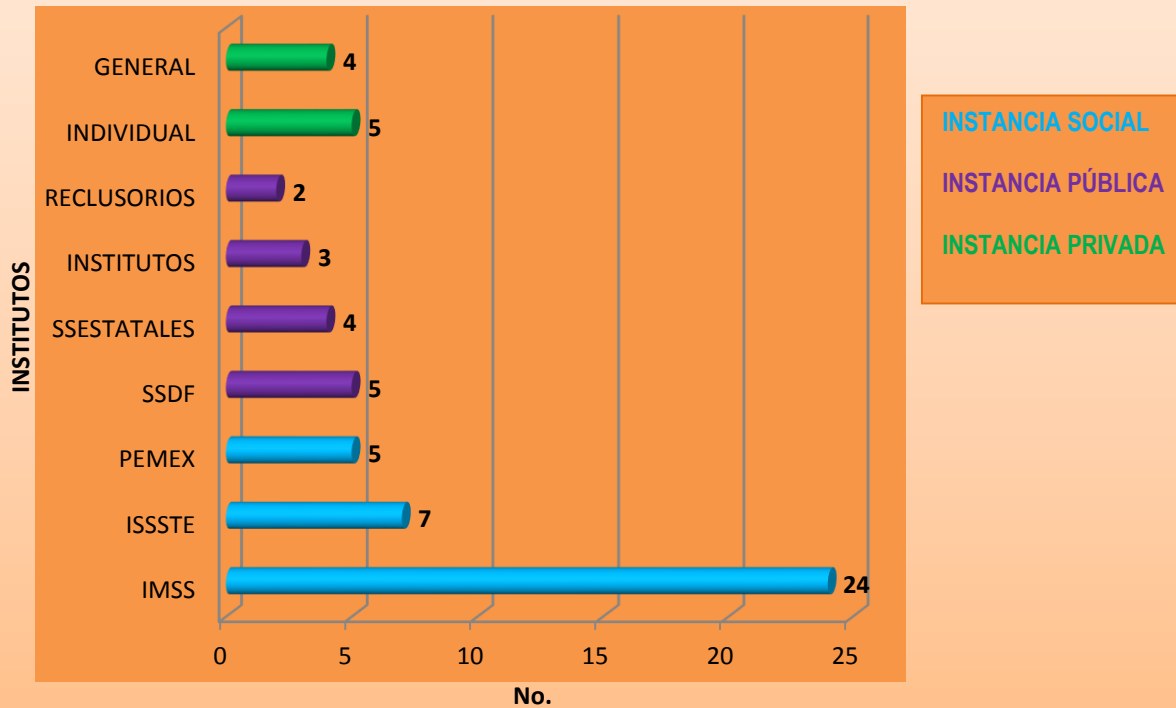
Así mismo en los **14 casos** de las **instancias públicas**, el **35.71%** (5) correspondió a la **SSDF**, el **28.57%** (4) fueron casos de la **SSESTATALES**, el **21.42%** (3) correspondió a los **INSTITUTOS** y por último el **14.28%** (2) se suscitó en **RECLUSORIOS**.

De los **9 casos** de las **instancias privadas**, el **55.55%** (5) la investigación de los hechos fue dirigida de manera **individual**, es decir, a un médico en particular y el **44.44%** (4) correspondió al **personal de salud** de la instancia privada.

En la siguiente figura se representan las instancias sociales, públicas y privadas involucradas en los dictámenes de Responsabilidad Profesional Médica:

Fig. 3 INSTANCIA O INSTITUCIÓN INVOLUCRADA EN LOS DICTÁMENES DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA

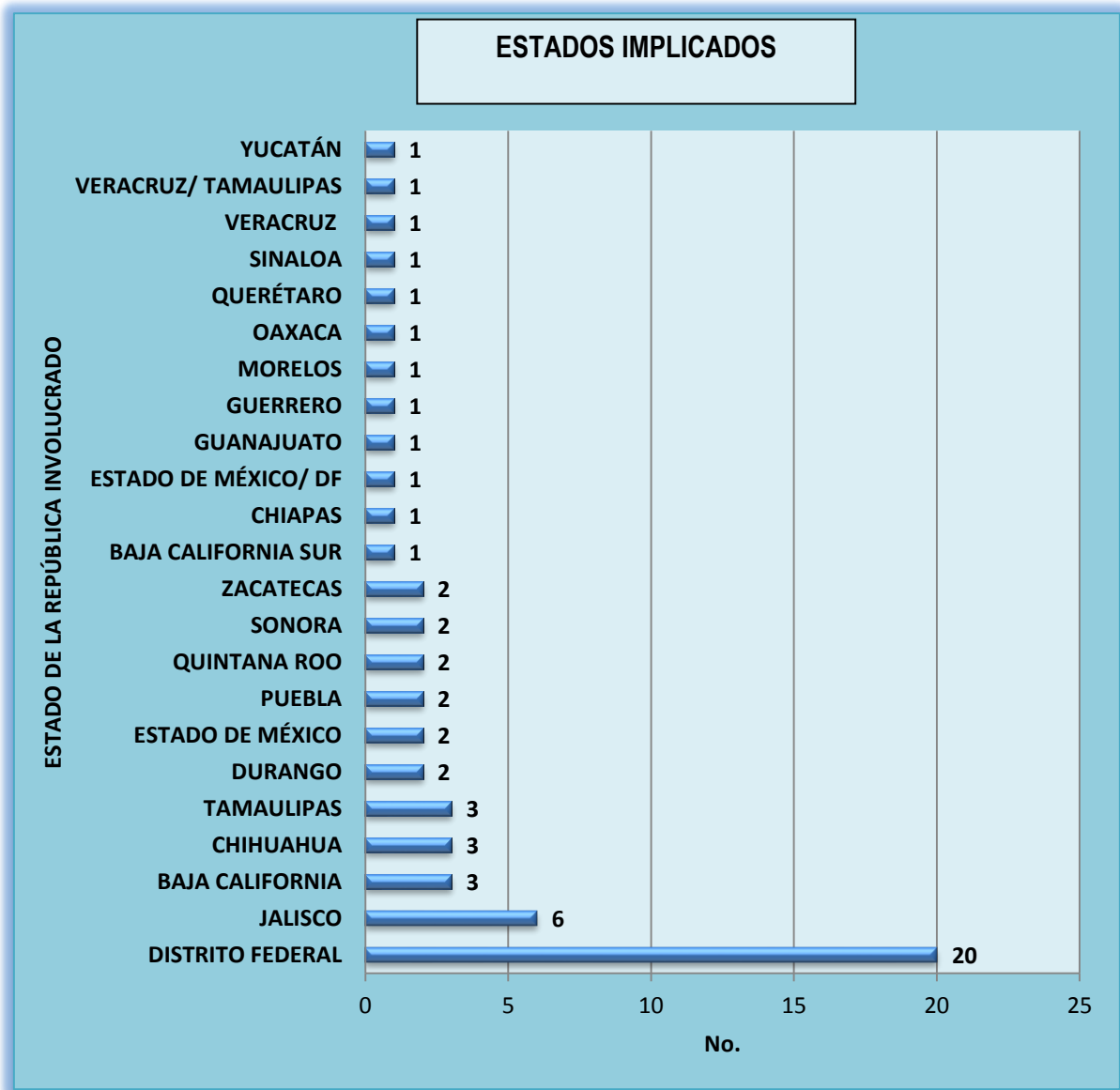
INSTANCIA INVOLUCRADA



En los casos de análisis estuvieron involucrados 21 estados de la República Mexicana incluyendo el Distrito Federal. Los primeros 5 estados que tuvieron mayor frecuencia fueron: **Distrito Federal con el 33.89%** (20), **Jalisco con el 10.16%** (6), **Baja California, Chihuahua y Tamaulipas, presentaron cada uno el 5.09%** (3). Durango, Estado de México, Puebla, Quintana Roo, Sonora y Zacatecas representaron cada uno el 3.38% (2), y Baja California Sur, Chiapas, Estado de México/ D.F., Guanajuato, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Querétaro, Sinaloa, Veracruz, Veracruz/ Tamaulipas y Yucatán, cada uno representó el 1.7% (1).

En la siguiente figura se muestra los 21 estados de la República Mexicana, que estuvieron implicados en los casos de análisis para el dictamen de Responsabilidad Profesional Médica:

Fig. 4 ESTADOS DE LA REPÚBLICA MEXICANA INVOLUCRADOS EN LOS DICTÁMENES DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA



En la siguiente tabla se identifican los estados de la República Mexicana involucrados con respecto al área médica/ especialidad o subespecialidad comprendida en los dictámenes institucionales de la CONAMED:

ESPECIALIDAD MÉDICA INVOLUCRADA EN LOS ESTADOS DE LA REPÚBLICA MEXICANA

TABLA III

ESTADO DE LA REPÚBLICA	ESPECIALIDAD												No.
	ANGIO	CG	CP	2 ESP	GYO	MF	MI	TYO	OTRA	PEDIA	URG	URO	
BAJA CALIFORNIA	1	2											3
BAJA CALIFORNIA SUR			1										1
CHIAPAS									1				1
CHIHUAHUA	1				1						1		3
DISTRITO FEDERAL			2	3	2		2	1	5		3	2	20
DURANGO					1				1				2
ESTADO DE MÉXICO					1			1					2
ESTADO DE MÉXICO/ DF					1								1
GUANAJUATO						1							1
GUERRERO							1						1
JALISCO		1			3			2					6
MORELOS									1				1
OAXACA								1					1
PUEBLA							1		1				2
QUERÉTARO		1											1
QUINTANA ROO			1		1								2
SINALOA		1											1
SONORA				1	1								2
TAMAULIPAS								1		1	1		3
VERACRUZ										1			1
VERACRUZ/ TAMAULIPAS					1								1
YUCATÁN									1				1
ZACATECAS					1	1							2
TOTAL	2	5	4	4	13	2	4	6	10	2	5	2	59

Fuente.- Archivo de CONAMED - 2013.

ANGIO: Angiología, C.G.: Cirugía General, C.P.: Cirugía Plástica, 2 ESP: Dos especialidades, GYO: Ginecología y Obstetricia, M.F.: Medicina Familiar, M.I.: Medicina Interna, TYO: Ortopedia y Traumatología, OTRA: Otra especialidad o subespecialidad o Enfermería u Odontología, PEDIA: Pediatría, URG: Urgencias, URO: Urología.

Se observó que el sexo más afectado fue el **femenino** representando **69.5%** (41 casos), y el **masculino** obtuvo **30.5%** (18 casos). El grupo de edad que constituyó mayor frecuencia fue el de **21 a 40 años con 18 casos**, posteriormente el grupo de edad de **41 a 60 años con 17 casos**, el de **0 a 20 años y de 61 a 80 años** obtuvieron

11 casos cada uno finalmente el grupo de edad menos afectado con 2 casos fue el de 81 a 100 años, como se muestra en la siguiente tabla IV:

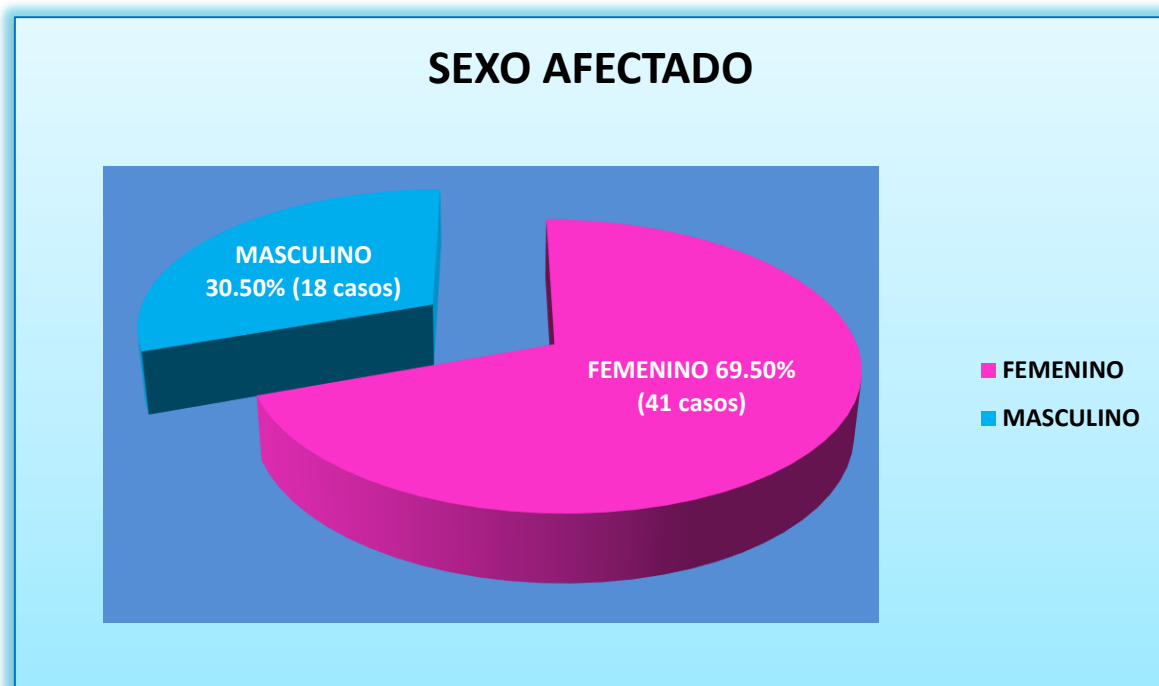
GRUPO DE EDAD AFECTADO CON RESPECTO AL SEXO

EDAD	FEMENINO	MASCULINO
0 a 20 años	4	7
21 a 40 años	13	5
41 a 60 años	13	4
61 a 80 años	9	2
80 a 100 años	2	0
TOTAL	41	18

Fuente.- Archivo de CONAMED - 2013.

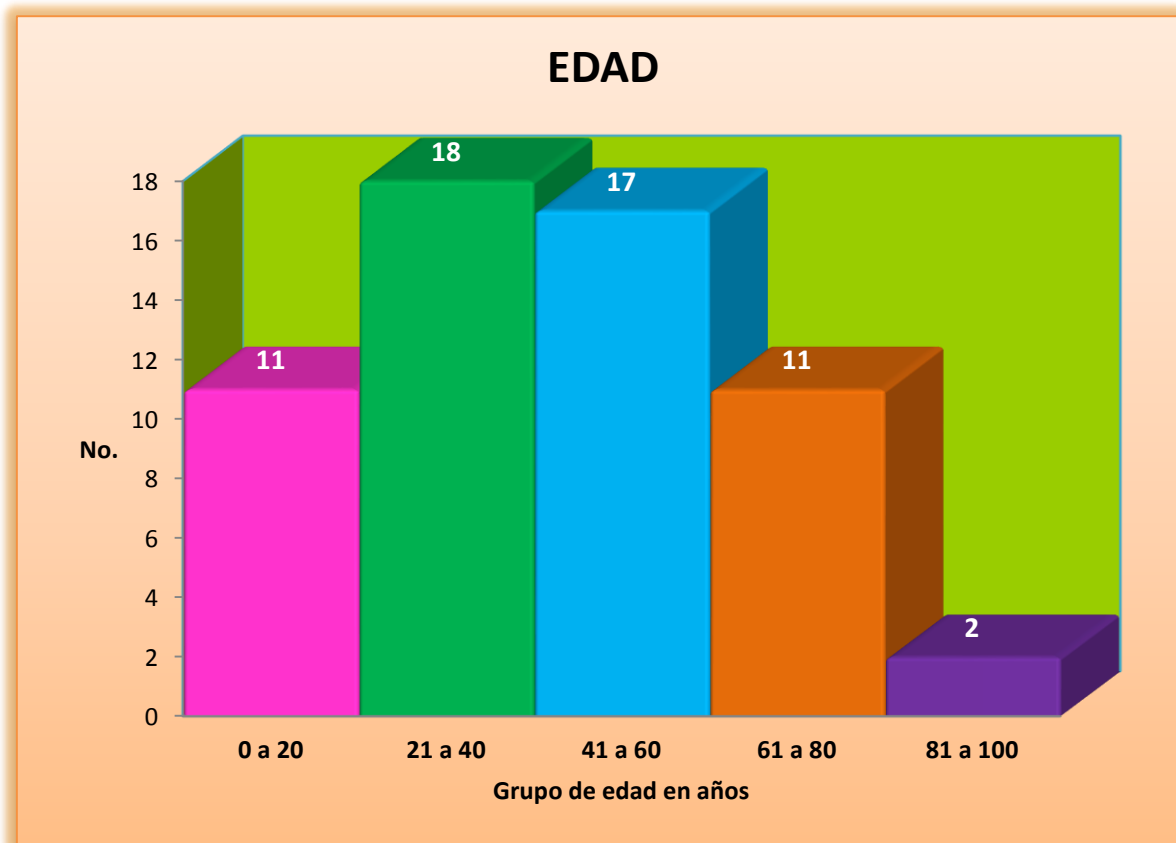
En la siguiente figura se muestra el sexo implicado en los dictámenes de Responsabilidad Profesional Médica:

Fig. 5 SEXO AFECTADO O IMPLICADO EN LOS CASOS DE ANÁLISIS



En la siguiente figura se destaca que el grupo de edad más afectado en los dictámenes de Responsabilidad Profesional Médica fue de 21 a 40 años con un 30.5% (18 casos).

Fig. 6 GRUPO DE EDAD AFECTADO O IMPLICADO EN LOS CASOS DE ANÁLISIS

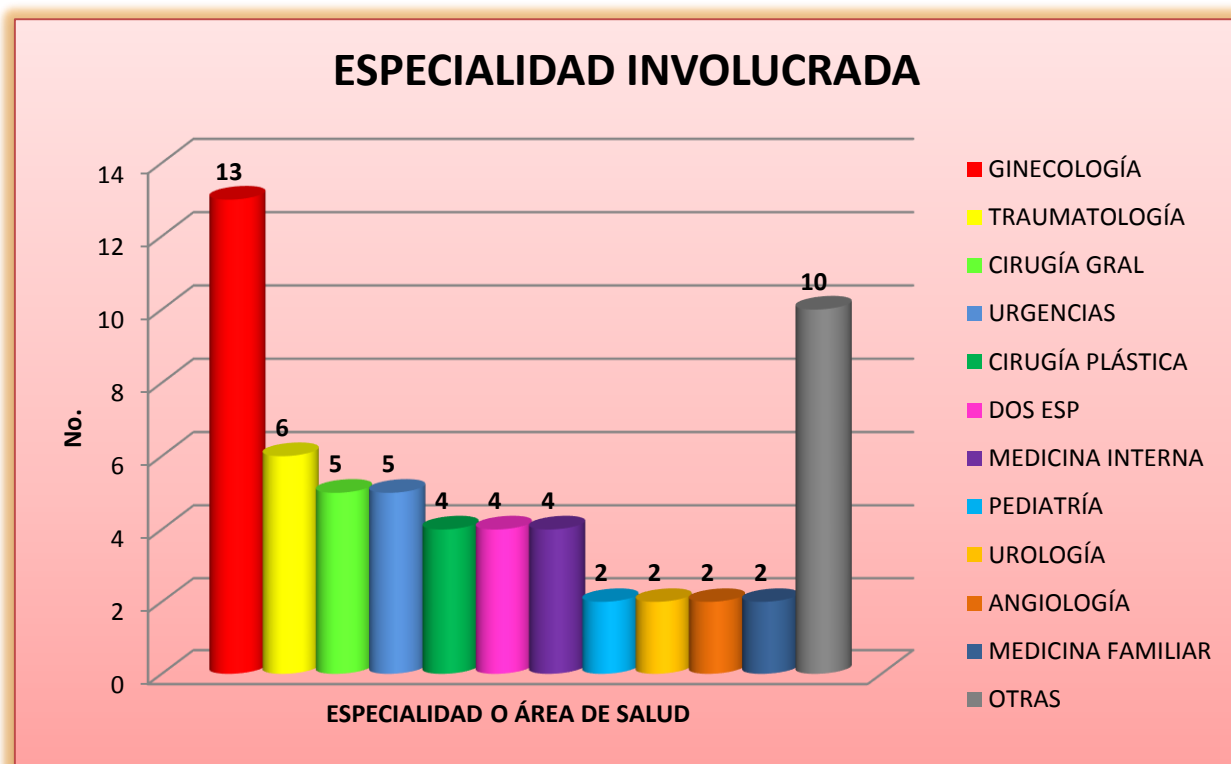


Con respecto a la edad de los afectados, se tuvo una media de 41.88 ± 21.78 años, con una edad mínima de un mes y una máxima de 92 años.⁷

Al respecto de la especialidad de mayor implicación fue **Ginecología y Obstetricia** con el **22.03%**, el **10.16%** lo obtuvo **Ortopedia y Traumatología**, en el **8.48%** fue la especialidad de **Cirugía General**, como es el caso de **Urgencias** con la misma frecuencia, en el **6.78%** estuvo involucrada **Cirugía Plástica**, el mismo porcentaje lo obtuvo **Dos especialidades**, es decir, Medicina Interna/ Nefrología, Cirugía General/ Urgencias, Pediatría/ Urgencias y Urgencias/ Cirugía General, también **Medicina Interna** se identificó con el **6.78%**, con el **3.39%** lo obtuvieron las siguientes especialidades: **Pediatría, Urología, Angiología y Medicina Familiar**. El **16.95%** correspondió en conjunto a **Otras Especialidades o áreas de salud**, es decir, Neurología, Neurocirugía, Enfermería, Odontología, Anatomía Patológica, Otorrinolaringología, Oftalmología, Gastroenterología, Cirugía Pediátrica Y Cirugía Oncológica.

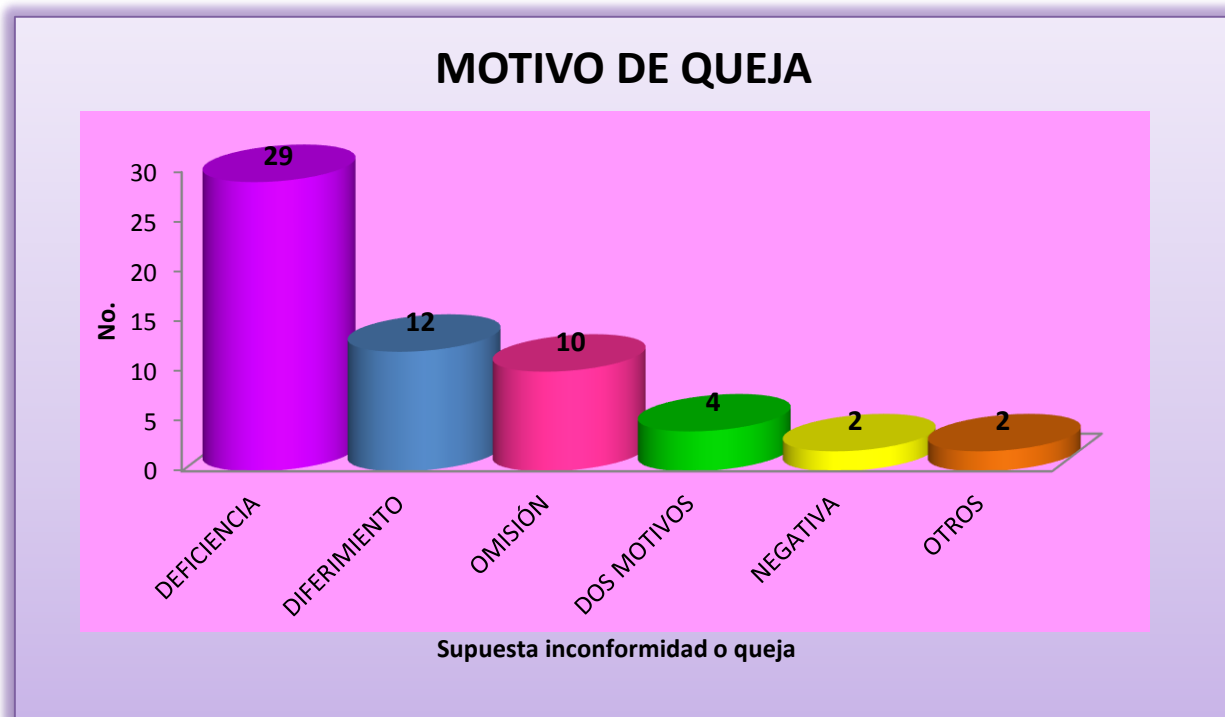
En la siguiente figura se observan las especialidades/ subespecialidades o área de salud involucradas en los dictámenes de Responsabilidad Profesional Médica:

Fig.7 ÁREA MÉDICA IMPLICADA



Con respecto al **motivo de queja** la **Deficiencia** en la atención médica presentó mayor frecuencia con **49.15%(29)**, ulteriormente el **Diferimiento** en la atención médica con el **20.34% (12)**, siguiéndole la **Omisión** de medios diagnóstico- terapéuticos o en la atención médica con el **16.95% (10)**, posteriormente **Dos motivos**, es decir, **Omisión y Diferimiento/ Omisión y Deficiencia** representaron el **6.78% (4)**, la **Negativa** de atención médica obtuvo el **3.39% (2)** y **Otros motivos**, es decir, **Discriminación o Gastos médicos**, también con el **3.39% (2)**, como se muestra en la siguiente figura:

Fig. 8 MOTIVO DE QUEJA O DENUNCIA ANTE EL PERSONAL DE SALUD O INSTITUCIÓN IMPLICADA



En la siguiente tabla se representan los padecimientos médicos identificados en los dictámenes institucionales:

PADECIMIENTOS MÉDICO- QUIRÚRGICOS

TABLA V

PADECIMIENTO	No.	%
PADECIMIENTOS QUIRÚRGICOS	23	39
PADECIMIENTOS GINECO- OBSTÉTRICOS	15	25.42
PADECIMIENTOS METABÓLICOS	8	13.56
PADECIMIENTOS ORTOPÉDICOS/ TRAUMÁTICOS	6	10.16
PADECIMIENTOS ONCOLÓGICOS	4	6.78
PADECIMIENTOS NEUROLÓGICOS	3	5.08
Total	59	100

Fuente.- Archivo de CONAMED - 2013.

A continuación se describen los diagnósticos nosológicos implicados en los dictámenes de Responsabilidad Profesional Médica de cada padecimiento:

PADECIMIENTOS ORTOPÉDICOS- TRAUMÁTICOS: Fractura de cadera, Fractura diafisiaria de fémur, Fractura metaepifisiaria de radio y cúbito, Lesión del manguito rotador, Osteomielitis hematógena aguda y Radiculopatía.

PADECIMIENTOS ONCOLÓGICOS: Adenocarcinoma de ovario, Carcinoma de vejiga, Hemangioma de hígado y Linfopitelioma.

PADECIMIENTOS NEUROLÓGICOS: Esclerosis múltiple, Mieloma múltiple y Neurocisticercosis/ Aracnoiditis.

PADECIMIENTOS GINECO- OBSTÉTRICOS: Atención de trabajo de parto: Asfixia neonatal, Endometritis por textiloma, uso de fórceps, sufrimiento fetal, desproporción céfalo- pélvica, prematuridad, Diabetes Gestacional: fetopatía diabética, Hemorragia obstétrica, Miomatosis uterina, Prolapso de órganos pélvicos, Quiste lúteo hemorrágico, Reflejo Bezold- Jarisch, Retención de restos placentarios y Ruptura prematura de membranas.

PADECIMIENTOS METABÓLICOS: Cardiopatía isquémica, Cetoacidosis diabética, Diabetes Mellitus tipo 1, Cirrosis hepática, Diabetes Mellitus tipo 2, Enfermedad coronaria, Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, Enfermedad de Pickwick, Pie diabético, Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión y Obesidad.

PADECIMIENTOS QUIRÚRGICOS: Apendicitis aguda, Atresia de vías biliares, Caries de tercer grado, Catarata, Cistoadenoma de ovario, Colecistitis crónica litiasica agudizada, Enfermedad diverticular con diverticulitis, Hernia diafragmática, Hernia inguinal, Hiperplasia prostática benigna, Laxitud del tejido abdominal, Litiasis urinaria, Mastopatía fibroquística, Ptosis mamaria con mamoplastía, Sangrado de tubo digestivo al y bajo, Trastorno dismórfico con Ptosis mamaria, Trombosis venosa profunda y Vólvulo intestinal.

Con respecto a los **informes institucionales**, se observó que el **74.57% (44)** de los dictámenes institucionales, contiene este tipo de informes, que constan de: informes médicos, notificación de sanción disciplinaria para el médico, opinión técnica o resumen clínico. De estos **44 informes institucionales**, el **65.9% (29)** realizan algún señalamiento **favorable** para el médico, en el **22.72% (10)** hacen algún señalamiento **no favorable** para el médico y en el **11.36%** señalan que las alteraciones en la salud se deben a **motivos estructurales o institucionales**, como se muestra en la siguiente tabla:

INFORMES INSTITUCIONALES INCLUIDOS EN LOS DICTÁMENES INSTITUCIONALES

TABLA VI

INFORMES INSTITUCIONALES	No.	%
Favorable: pronunciamientos o informes médicos, que señalen que las alteraciones en el estado de salud, secuelas y/o fallecimiento, se deben a riesgos inherentes o complicaciones, así mismo que se deban a la evolución natural de la enfermedad propia, falta del deber de cuidado del paciente, que la atención médica fue oportuna y adecuada, que el médico tratante cuente con el aval necesario o la capacitación adecuada para realizar procedimientos médico quirúrgicos, por la complejidad del padecimiento a pesar de la técnica quirúrgica adecuada, además que señalen que no hay negativa de la atención médica, ni negligencia.	29	49.15
No favorable: pronunciamientos o informes médicos, que señalen que las alteraciones en el estado de salud, secuelas y/o fallecimiento, son derivadas a deficiencias en la atención médica, así mismo que señalen que se aplicó alguna sanción disciplinaria o administrativa al médico tratante o al personal de salud que determinen falta al deber de cuidado, técnica quirúrgica deficiente, que las señalen que las condiciones del paciente presentaban riesgo elevado para el procedimiento quirúrgico, donde señalen que la atención médica no estuvo apegada a la normatividad, o falta de apego a las guías de práctica clínica.	15	25.42
Ajeno a Responsabilidad Profesional Individual: pronunciamientos o informes médicos, que señalen que las alteraciones en el estado de salud, secuelas y/o fallecimiento, se deben a motivos estructurales o institucionales.	10	16.95
No obran.	5	8.48
TOTAL	59	100
Fuente.- Archivo de CONAMED - 2013.		

El **66.1% (39)** de los dictámenes institucionales contienen **informes periciales**. De estos **39 informes periciales**, el **53.84% (21)** contiene **dictamen o dictámenes**, que pueden ser de Responsabilidad Profesional Médica, de Necropsia o Psicológico, el **33.33% (13)** contiene **certificado/s** de nacimiento, defunción, estado psicofísico o de lesiones y **dictamen**, el **7.7% (3)** contiene **certificado/s**, el **2.5% (1)** contienen **acta y dictamen**, y por último con el mismo porcentaje, el **2.5% (1)** contiene **certificado/ acta y dictamen**.

En la siguiente figura se observa la cantidad de informes periciales contenidos en los dictámenes institucionales, cada barra representa que tipo de documento médico- legal formulan estos informes:

Fig. 9 INFORMES PERICIALES INCLUIDOS EN LOS DICTÁMENES DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA



De los 39 informes periciales, en 12 casos, es decir el 30.76%, se identificaron certificados de defunción o acta de defunción o dictamen de necropsia, donde la causa de muerte en todos los casos, fueron causas no traumáticas o no violentas, es decir, que las causas de muerte fueron secundarias a padecimientos médicos propios o complicaciones de los mismos.

Con respecto al total de los dictámenes institucionales (59), el **56% (33 casos)** contiene **dictámenes de Responsabilidad Profesional Médica** de otras instancias.

La tabla VII muestra los 33 casos que contienen diferentes conclusiones emitidas de los dictámenes de Responsabilidad Profesional Médica de otras instancias, a las cuales se les asignaron letras para identificarlas con mayor facilidad, como se expresa de la siguiente manera:

CONCLUSIONES EMITIDAS EN LOS DICTÁMENES DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA DE OTRAS INTANCIAS

CONCLUSIONES	No.
B: El actuar médico fue conforme a la <i>lex artis</i> , se ajustó a la <i>lex artis</i> , no hay mala práctica, no hay mal praxis.	7
F: No existió negligencia, omisión de medios diagnóstico terapéuticos, impericia, falta al deber de cuidado, abandono de paciente o exceso de confianza.	4
F: No existió negligencia, omisión de medios diagnóstico terapéuticos, impericia, falta al deber de cuidado, abandono de paciente o exceso de confianza + B: El actuar médico fue conforme a la <i>lex artis</i> , se ajustó a la <i>lex artis</i> , no hay mala práctica, no hay mal praxis.	2
F: No existió negligencia, omisión de medios diagnóstico terapéuticos, impericia, falta al deber de cuidado, abandono de paciente o exceso de confianza + K: La atención médica fue oportuna o adecuada.	2
A: No existió Responsabilidad Profesional Médica + E: Riesgo inherente o propio de la enfermedad.	2
D: Incurrió en Responsabilidad Profesional Médica + I: Negligencia, impericia, imprudencia.	2
H: Existió mala práctica o mal praxis.	1
B: El actuar médico fue conforme a la <i>lex artis</i> , se ajustó a la <i>lex artis</i> , no hay mala práctica, no hay mal praxis + K: La atención médica fue oportuna o adecuada + E: Riesgo inherente o propio de la enfermedad.	1
I: Negligencia, impericia, imprudencia + C: Inobservancia o desatención a la normatividad sanitaria	1
D: Incurrió en Responsabilidad Profesional Médica + B: El actuar médico fue conforme a la <i>lex artis</i> , se ajustó a la <i>lex artis</i> , no hay mala práctica, no hay mal praxis.	1
C: Inobservancia o desatención a la normatividad sanitaria.	1
A: No existió Responsabilidad Profesional Médica + B: El actuar médico fue conforme a la <i>lex artis</i> , se ajustó a la <i>lex artis</i> , no hay mala práctica, no hay mal praxis.	1
I: Negligencia, impericia, imprudencia.	1
A: No existió Responsabilidad Profesional Médica.	1
J: Incapacidad o Responsabilidad Institucional + D: Incurrió en Responsabilidad Profesional Médica.	1
B: El actuar médico fue conforme a la <i>lex artis</i> , se ajustó a la <i>lex artis</i> , no hay mala práctica, no hay mal praxis + C: Inobservancia o desatención a la normatividad sanitaria.	1
L: Ameritó clasificación médico forense.	1
B: El actuar médico fue conforme a la <i>lex artis</i> , se ajustó a la <i>lex artis</i> , no hay mala práctica, no hay mal praxis + F: No existió negligencia, omisión de medios diagnóstico terapéuticos, impericia, falta al deber de cuidado, abandono de paciente o exceso de confianza + G: No hay elemento de iatrogenia.	1
F: No existió negligencia, omisión de medios diagnóstico terapéuticos, impericia, falta al deber de cuidado, abandono de paciente o exceso de confianza + J: Incapacidad o Responsabilidad Institucional.	1
E: Riesgo inherente o propio de la enfermedad.	1
TOTAL	33

Fuente.- Archivo de CONAMED - 2013.

En el **75.75% de las conclusiones emitidas de otras instancias**, es decir, en **25 casos**, fueron **coincidentes** las siguientes conclusiones: **B:** El actuar médico fue conforme a la *lex artis*, se ajustó a la *lex artis*, no hay mala práctica, no hay mal praxis, **F:** No existió negligencia, omisión de medios diagnóstico terapéuticos, impericia, falta al deber de cuidado, abandono de paciente o exceso de confianza, **A:** No existió Responsabilidad Profesional Médica, **E:** Riesgo inherente o propio de la enfermedad o **I:** Negligencia, impericia, imprudencia.

De los **33 casos** de conclusiones emitidas de dictámenes de Responsabilidad Profesional Médica de otras instancias, el **60.6% (20)** contienen conclusiones que califican conductas, y el **39.4% (13)**, fueron conclusiones imparciales, como lo muestra la siguiente figura:

Fig. 10 DICTÁMENES DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA DE OTRAS INSTANCIAS



La siguiente tabla muestra cuales son los términos utilizados en los dictámenes de Responsabilidad Profesional Médica de otras instancias, que concluyen de manera calificativa o imparcial, con su letra correspondiente:

CONCLUSIONES DE DICTÁMENES DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA DE OTRAS INSTANCIAS

TABLA VIII

CONCLUSIONES	No.	%
<p>CONCLUSIONES QUE CALIFICAN CONDUCTAS:</p> <p>F: No existió negligencia, omisión de medios diagnóstico- terapéuticos, impericia, falta al deber de cuidado, abandono de paciente o exceso de confianza.</p> <p>A: No existió Responsabilidad Profesional Médica.</p> <p>I: Negligencia, impericia, imprudencia.</p> <p>D: Incurrió en Responsabilidad Profesional Médica.</p>	20	60.60
<p>CONCLUSIONES IMPARCIALES:</p> <p>B: El actuar médico fue conforme a la <i>lex artis</i>, se ajustó a la <i>lex artis</i>, no hay mala práctica, no hay mal praxis.</p> <p>C: Inobservancia o desatención a la normatividad sanitaria.</p> <p>E: Riesgo inherente o propio de la enfermedad.</p> <p>H: Existió mala práctica o mal praxis.</p> <p>K: La atención médica fue oportuna o adecuada.</p> <p>L: Ameritó clasificación médico forense.</p>	13	39.4
TOTAL	33	100

Fuente.- Archivo de CONAMED - 2013.

De las 20 conclusiones de otras instancias que calificaron conductas o emitieron juicios, el **70% (14)** determinó que **no existió negligencia, ni imprudencia, ni impericia, omisión de medios diagnóstico- terapéuticos, falta al deber de cuidado, abandono de paciente o exceso de confianza, no existió Responsabilidad Profesional Médica**, es decir las letras F y A. El **30% (6)** determinó que **existía negligencia, impericia, imprudencia, incurrió en Responsabilidad Profesional Médica**, es decir las letras I y D.

De las 13 conclusiones de otras instancias que fueron imparciales el **77% (10)** concluyeron que la práctica médica **se apegó a la *lex artis***, es decir las letras B, E y K, y el **23% (3)** concluyó que **existía mal praxis**, es decir las letras C, H y L.

En el caso del **dictamen 19**, que **concluyó** con terminología calificativa, también se incluyó la siguiente conclusión: **G: “No hay elemento de iatrogenia”**. Así mismo en el caso del **dictamen 16**, que **concluyó** con términos calificativos además incluyó **J: “Incapacidad o Responsabilidad Institucional”**.

En las siguientes tablas se expresan las conclusiones de los 33 dictámenes de otras instancias, en comparación con las conclusiones que emitió la CONAMED de estos mismos casos:

CONCLUSIONES EMITIDAS DE OTRAS INSTANCIAS

TABLA IX

CONCLUSIONES DE OTRAS INSTANCIAS	No.	%
Conclusiones que interpretan que la práctica médica o institucional, si se ajustó a la <i>lex artis</i> , independientemente de la terminología utilizada.	24	72.72
Conclusiones que interpretan que la práctica médica o institucional no se ajustó a la <i>lex artis</i> , independientemente de la terminología utilizada.	9	27.27
TOTAL	33	100

Fuente.- Archivo de CONAMED - 2013.

CONCLUSIONES EMITIDAS POR LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

TABLA X

CONCLUSIONES DE LA CONAMED	No.	%
Conclusiones que señalan que la práctica médica si se ajustó a la <i>lex artis</i> .	18	54.54
Conclusiones que señalan que la práctica médica no se ajustó a la <i>lex artis</i> .	15	45.45
TOTAL	33	100

Fuente.- Archivo de CONAMED - 2013.

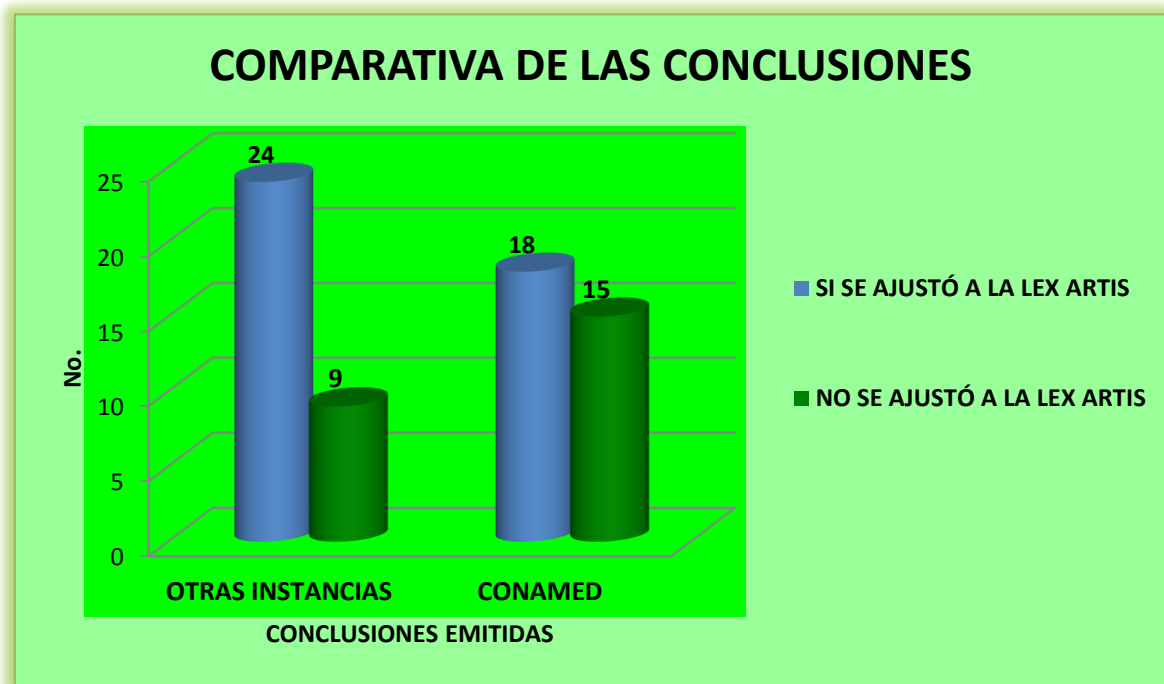
Se obtuvo X^2 (*chi cuadrada*) entre la **variable 18 y 26**, es decir, entre las conclusiones emitidas de otras instancias y las conclusiones emitidas por la CONAMED, donde el resultado fue el siguiente:

$$X^2 = 2.36$$

$$p = 0.12$$

Con respecto a la comparativa entre las dos variables mencionadas, existe una diferencia del 18.18% en relación al apego o no de la *lex artis*, como se muestra en la siguiente figura:

Fig. 11 COMPARATIVA DE LAS CONCLUSIONES EMITIDAS DE OTRAS INSTANCIAS Y LAS EMITIDAS POR LA CONAMED, CON RESPECTO A LA PRÁCTICA MÉDICA



En relación a la **comparativa** entre las **conclusiones de otras instancias y la variable 27**, se obtuvo en las otras instancias que el **72.72% (24)** la práctica médica **si se ajustó a la *lex artis***, independientemente de su terminología y la **CONAMED** señaló que el **48.48 % (16)** **si se cumplieron la obligación de medios diagnóstico- terapéuticos**, así mismo el **27.27%(9)** que concluyeron que la práctica médica **no se ajustó a la *lex artis*** independientemente de su terminología, en otras instancias, la CONAMED señaló que en el **51.51% (17)** **no se cumplieron la obligación de medios diagnóstico- terapéuticos**. Con esto se obtiene una **diferencia del 24.24%** entre las conclusiones emitidas de otras instancias y la CONAMED, en relación al cumplimiento de medios diagnóstico- terapéuticos.

Con respecto a la **comparativa entre las conclusiones de otras instancias y la variable 28**, se obtuvo que el **72.72% (24)** que concluyen en otras instancias que la práctica médica **si se ajustó a la *lex artis***, independientemente de su terminología, la **CONAMED** concluyó que en el **57.57% (19)** el **procedimiento médico- quirúrgico, si estaba indicado y justificado**, el **27.27% (9)** que concluyeron de otras instancias que la práctica médica **no se ajustó a la *lex artis*** independientemente de su terminología, la **CONAMED** señaló que el **6.06% (2)** **no estaba indicado, ni justificado el procedimiento médico- quirúrgico** y en el **36.36% (12)** el procedimiento médico quirúrgico, **no aplica** ya que en estos casos la **CONAMED** señaló que no se agotaron la obligación de medios diagnóstico terapéuticos y por tanto se omitió el procedimiento médico-quirúrgico. Así mismo la comparativa entre las **conclusiones de otras instancias y la variable 30**, se identificó que el **3.03% (1)** de las conclusiones de diferentes instancias señalaron que la práctica médica **ameritaban clasificación médico- forense**, mientras que la **CONAMED** señaló de estos casos, que el **30.30% (10)** **ameritaba clasificación médico forense**, el **54.54% (18)** no ameritó clasificación médico- forense, y en el **15.15% (5)** no hubo elementos periciales para determinar si ameritaba o no clasificación médico- forense. En cuestión con la **variable 19**, es decir, las notas médicas, cabe señalar que los 59 dictámenes institucionales contienen dichas notas.

De los 59 dictámenes institucionales el **84.74% (50)** cuenta con estudios de laboratorio o gabinete o histopatológicos o la combinación entre ellos. De los 50 dictámenes institucionales que contienen estudios, el **58% (29)**, contiene de **laboratorio y gabinete**, el **22% (11)** contiene de **laboratorio- gabinete- histopatológico**, el **10% (5)** contiene de **laboratorio**, el **4% (2)** contiene de **gabinete** y el **2% (1)** contiene: **histopatológico, laboratorio e histopatológico, gabinete e histopatológico** y por último **histopatológico**, como se muestra en la siguiente figura:

Fig. 12 ESTUDIOS CONTENIDOS EN LOS DICTÁMENES INSTITUCIONALES



De los 59 dictámenes institucionales, el **98.30% (58)** contienen hipótesis derivadas del análisis del caso. A las cuales se les asignó una letra y se agruparon por número romano como se muestran en la **tabla XI**:

HIPÓTESIS DERIVADAS DEL CASO A ANALIZAR	%	No.
III: a) Si la atención médica otorgada se ajustó a la <i>lex artis</i> , así mismo si hubo cumplimiento de medios diagnóstico- terapéuticos y si existía indicación y justificación del procedimiento médico quirúrgico + c) Si existe nexo- causal entre elementos de mal praxis, complicaciones, secuelas y/o fallecimiento.	35.59	21
IV: a) Si la atención médica otorgada se ajustó a la <i>lex artis</i> , así mismo si hubo cumplimiento de medios diagnóstico- terapéuticos y si existía indicación y justificación del procedimiento médico quirúrgico + d) Si derivado de mal praxis existen alteraciones en la salud a clasificar desde el punto de vista médico- forense.	28.81	17
V: a) Si la atención médica otorgada se ajustó a la <i>lex artis</i> , así mismo si hubo cumplimiento de medios diagnóstico- terapéuticos y si existía indicación y justificación del procedimiento médico quirúrgico + c) Si existe nexo- causal entre elementos de mal praxis, complicaciones, secuelas y/o fallecimiento + d) Si derivado de mal praxis existen alteraciones en la salud a clasificar desde el punto de vista médico- forense.	13.56	8
I: a) Si la atención médica otorgada se ajustó a la <i>lex artis</i> , así mismo si hubo cumplimiento de medios diagnóstico- terapéuticos y si existía indicación y justificación del procedimiento médico quirúrgico + b) Si el manejo de las complicaciones, derivadas por la práctica médica o por la enfermedad propia, se ajustó a la <i>lex artis</i> + c) Si existe nexo- causal entre elementos de mal praxis, complicaciones, secuelas y/o fallecimiento + d) Si derivado de mal praxis existen alteraciones en la salud a clasificar desde el punto de vista médico- forense.	8.48	5
VI: a) Si la atención médica otorgada se ajustó a la <i>lex artis</i> , así mismo si hubo cumplimiento de medios diagnóstico- terapéuticos y si existía indicación y justificación del procedimiento médico quirúrgico + b) Si el manejo de las complicaciones, derivadas por la práctica médica o por la enfermedad propia, se ajustó a la <i>lex artis</i> .	5.09	3
II: a) Si la atención médica otorgada se ajustó a la <i>lex artis</i> , así mismo si hubo cumplimiento de medios diagnóstico- terapéuticos y si existía indicación y justificación del procedimiento médico quirúrgico + b) Si el manejo de las complicaciones, derivadas por la práctica médica o por la enfermedad propia, se ajustó a la <i>lex artis</i> + c) Si existe nexo- causal entre elementos de mal praxis, complicaciones, secuelas y/o fallecimiento.	3.39	2
OTRA: Si los padecimientos médicos se tratan de una misma enfermedad (aseguradora) y si el médico acredita contar con lo establecido con la Ley General de Salud para realizar el procedimiento quirúrgico.	3.39	2
NO APLICA: no hay hipótesis del caso a analizar ya que se trata de una ampliación de dictamen.	1.69	1

Fuente archivo de la CONAMED 2013

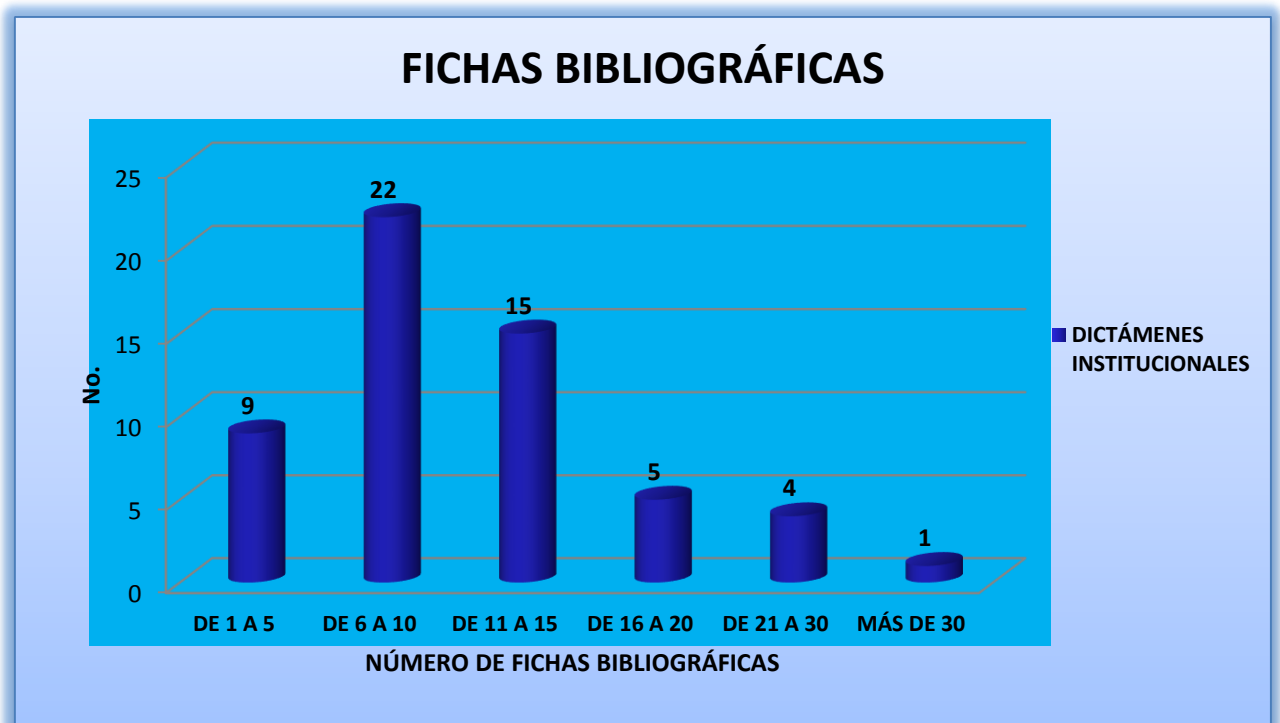
En todos los dictámenes institucionales, el sustrato teórico o las consideraciones técnicas, tienen congruencia con el caso a analizar.

En los 59 dictámenes institucionales, el **94.91% (56)** contienen **fichas bibliográficas** y el 5.1% (3) No aplica: se refiere que el caso de análisis corresponde a una ampliación que previamente ya se había entregado un dictamen institucional, por tanto no contiene bibliografía, ya que se rectifica el contenido del anterior dictamen.

Con respecto a la cantidad de fichas bibliográficas, se tuvo una media de 11.26 ± 7.58 , con un número mínimo de fichas bibliográficas de 4 y una máxima de 51.

En la siguiente figura se observa la cantidad de fichas bibliográficas incluidas en los dictámenes institucionales:

Fig.13 CANTIDAD DE FICHAS BIBLIOGRÁFICAS INCLUIDAS EN LOS DICTÁMENES INSTITUCIONALES



Con respecto a los dictámenes que contienen fichas bibliográficas el **92.85% (52)** dictámenes contienen fichas bibliográficas de **1 a 5 años** de anterioridad, tomando en cuenta el año en que sucedieron los hechos a investigar, el **7.14% (4)** contienen fichas bibliográficas de **6 a 8 años** de anterioridad con respecto al año que sucedieron los hechos a investigar y No aplica: se refiere que el caso de análisis corresponde a una ampliación que previamente ya se había entregado un dictamen institucional, por tanto no contiene bibliografía.

De los **56 dictámenes institucionales** que contienen fichas bibliográficas, el **100% es congruente** la bibliografía con el sustrato teórico o las consideraciones técnicas.

En el **98.30% (58)** de los dictámenes institucionales la CONAMED señaló conclusiones en función a la práctica médica y en el **1.7% (1) no aplica** ya que se concluyó en función si el padecimiento médico del asegurado se trataba de una misma enfermedad y así orientar a la CONDUSEF para el pago de gastos médicos.

En la siguiente tabla se muestran las conclusiones emitidas por la CONAMED, en relación a la atención médica otorgada al afectado:

CONCLUSIONES EMITIDAS POR LA CONAMED

TABLA XII

LA ATENCIÓN MÉDICA SE AJUSTÓ O NO A LA <i>LEX</i> <i>ARTIS</i>	No.	%
LA ATENCIÓN MÉDICA SE AJUSTÓ	32	54.24
LA ATENCIÓN MÉDICA NO SE AJUSTÓ	26	44.06
NO APLICA	1	1.70
Total	59	100

Fuente archivo de la CONAMED 2013

De los **58 dictámenes** que concluyó la CONAMED, el **50% (29)** señaló que en la atención médica **si hubo cumplimiento de obligación de medios diagnóstico- terapéuticos** y el otro **50% (29) no hubo cumplimiento de obligación de medios diagnóstico- terapéuticos.**

Con respecto a todos los dictámenes institucionales, en **35 se concluyó que si había indicación y justificación en el procedimiento médico- quirúrgico**, **17 no aplica** a esta conclusión, ya que en estos casos la CONAMED señaló que no se agotaron la obligación de medios diagnóstico terapéuticos y por tanto se omitió el procedimiento médico- quirúrgico y **7 no había indicación, ni justificación del procedimiento médico- quirúrgico.**

Así mismo en los dictámenes institucionales (42) que concluyó la CONAMED si había o no indicación y justificación de procedimiento médico- quirúrgico, en el **83.33% (35) si había indicación y justificación** de realizar el procedimiento médico- quirúrgico, en el **16.67% (7) no había indicación, ni justificación** del procedimiento médico quirúrgico.

En las conclusiones emitidas por la CONAMED, se identificó si había o no nexo de causalidad con la práctica médica y las alteraciones en la salud o secuelas o fallecimiento del afectado. Se asignó una letra a cada respuesta como se muestra en la siguiente tabla:

CONCLUSIONES EMITIDAS POR LA CONAMED EN RELACIÓN AL NEXO DE CAUSALIDAD

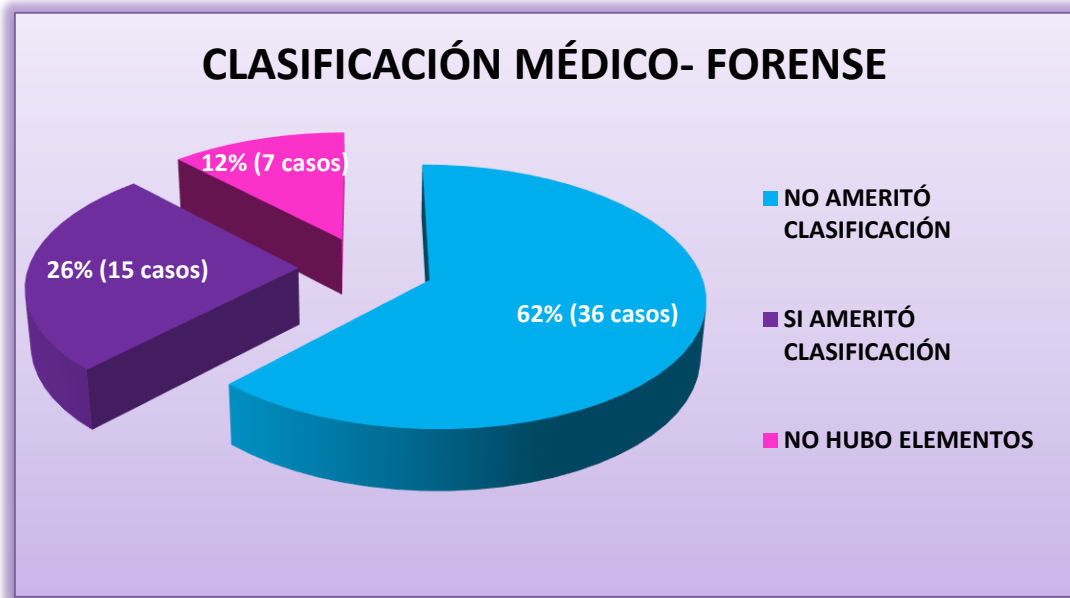
TABLA XIII

NEXO- CAUSAL	No.	%
B: No se aprecia nexo- causal.	16	27.11
C: No se aprecia nexo- causal, las alteraciones en la salud se deben a riesgos inherentes o son propias de la evolución natural de la enfermedad de base.	15	25.42
A: Si se aprecia nexo- causal.	13	22.04
F: No hay elementos para determinar si la mala práctica contribuyó a la progresión del padecimiento médico.	5	8.48
D: No se aprecia nexo- causal, sin embargo se aprecia mala práctica.	5	8.48
E: Las alteraciones en la salud son propias de la evolución natural de la enfermedad, sin embargo la mala práctica contribuyó a la progresión de la enfermedad.	4	6.77
G: Las alteraciones en la salud se deben a riesgos inherentes o complicaciones, sin embargo la mala práctica contribuyó a la progresión de las mismas.	1	1.7
Total	59	100

Fuente archivo de la CONAMED 2013

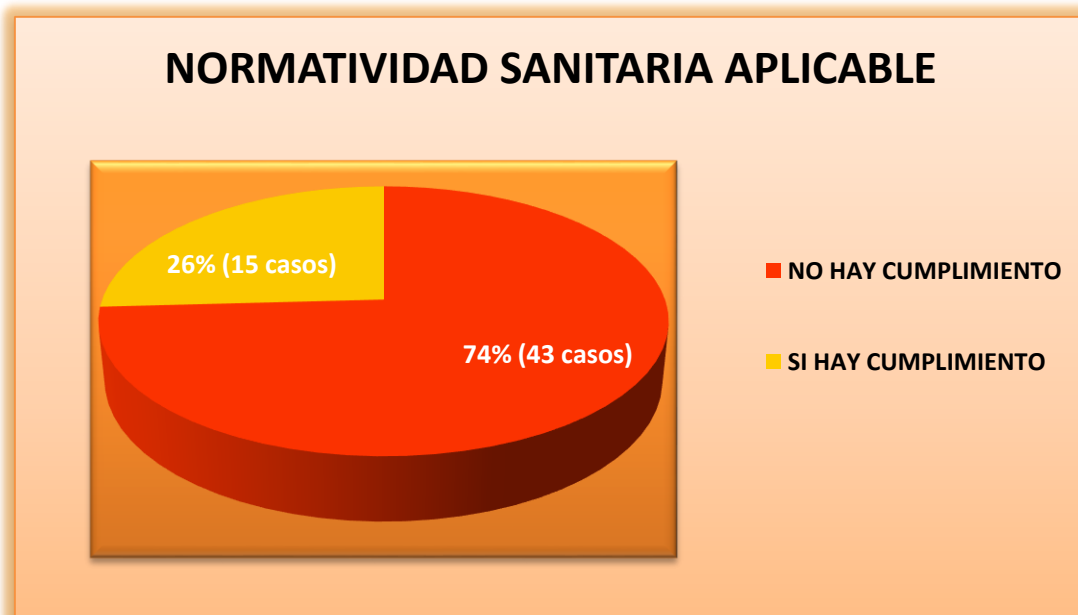
En la siguiente figura se observa el porcentaje de los dictámenes institucionales emitidos por la CONAMED que ameritaron o no clasificación médico- forense, o en su caso si no contaban con elementos periciales para realizar una clasificación médico- forense:

Fig. 14 CONCLUSIONES EMITIDAS POR LA CONAMED EN RELACIÓN A LA CLASIFICACIÓN MÉDICO-FORENSE



Con respecto al cumplimiento en la **Normatividad Sanitaria Aplicable** al momento de los hechos investigados, de los 58 dictámenes institucionales se concluyó por parte de la CONAMED lo siguiente:

Fig. 15 CONCLUSIONES EMITIDAS POR LA CONAMED EN RELACIÓN AL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD SANITARIA



4. DISCUSIÓN

Conforme a la literatura donde señala que la Responsabilidad Profesional, pasa por un periodo crítico para los médicos y sus pacientes. Ciertamente, la mala práctica médica es tan antigua, como la medicina misma, pero ha tomado importancia prácticamente de dos décadas a la fecha en nuestro país, lo que ha despertado la inquietud y el interés de los profesionistas médicos en sus diversas especialidades por conocer sobre este tipo de problemas, pues sabe que no está exento de tener una denuncia en su contra por Responsabilidad Profesional y eso despierta la preocupación y el interés sobre el tema. Ciertamente es que los médicos son un factor causal de responsabilidad profesional, por el riesgo “normal” de cometer errores, pero también es cierto, que en todo lo que hace el ejercicio profesional médico generador de diferentes opiniones válidas, muchas de las veces resulta difícil fijar límites precisos y exactos de entre lo que debió ser correcto y lo que no lo fue; por supuesto, no es imposible tratar de hacerlo, pero tampoco puede aceptarse que por la razón misma de la naturaleza humana nadie sea infalible.¹² Así mismo acorde con nuestra Carta Magna y el Art. 4to Constitucional, nace la Ley General de Salud, donde señala que en México la población tiene derecho a la protección de la salud, esto nos convierte al equipo médico, en parte de los prestadores de servicios de salud y a los pacientes en usuarios del mismo, por ello es conveniente delimitar la responsabilidad del equipo de salud, la de las instituciones que prestan servicios de atención médica y la de los pacientes o usuarios.¹⁵

La literatura señala que el dictamen pericial resulta ser una herramienta indispensable para que el juzgador, en los casos de responsabilidad civil o penal o la autoridad administrativa en los casos de arbitraje pueda decidir sobre la responsabilidad del médico cuya actuación se ha puesto en duda.¹⁴ En relación al trabajo de investigación, el dictamen pericial corresponde a la variable 1, es decir, el **dictamen institucional**, donde el 93.22% (55) de los casos analizados son dictámenes de Responsabilidad Profesional Médica y el resto son ampliaciones de dictámenes previos, estos son emitidos a la autoridad correspondiente con la finalidad evaluar la atención médica otorgada de alguna institución o del personal médico. Estos dictámenes o ampliaciones, pertenecen a la CONAMED y conforme a lo que marca la literatura la CONAMED es un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud, que posee plena autonomía técnica suficiente, para recibir, investigar y atender las quejas que se presenten, lo que garantiza a las partes la conciliación, bajo los principios de imparcialidad y equidad, que cuenta con la atribución de elaborar dictámenes o peritajes médicos, que le sean solicitados por autoridades pertinentes.^{2,6}

Acorde al artículo 2, del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), fracción VIII, el dictamen médico institucional es el “informe pericial de la CONAMED, precisando sus conclusiones respecto de alguna cuestión médica sometida a su análisis, dentro del ámbito de sus atribuciones. Tiene carácter institucional, no emitido por simple perito persona física y no entraña la resolución de controversia alguna; se trata de mera apreciación técnica del acto médico, al leal saber y entender de la CONAMED, atendiendo a las evidencias presentadas por la autoridad

peticionaria".^{14, 16} De lo anterior se desprende que el dictamen médico institucional recibe esa denominación ya que se atribuye a una institución y no a una persona física (perito) y se emite a solicitud de una autoridad.

Con respecto a la ampliación de dictamen, en el trabajo de investigación el 6.78%, es decir, 4 casos de los 59, corresponden a este término, conforme a la literatura una ampliación de dictamen es un detalle requerido, sobre algún punto o todos, posterior a la rendición del peritaje solicitado por las partes, antes de cierto tiempo (días), dado a conocer a las partes solicitadas, o a petición de oficio por el juez.¹⁷ En los 4 casos mencionados del estudio de investigación, previamente se había entregado un dictamen institucional, estas ampliaciones fueron ratificadas en todas y cada una de sus partes y entregadas en el tiempo estándar establecido.

Con respecto a la **Autoridad Solicitante o Peticionaria** del dictamen institucional, es decir, la variable 2 de estudio, se observó que en el 67.79% (40 casos de los 59), fueron solicitados por la autoridad penal y en el 32.21% (19 casos de los 59), los solicitó la autoridad administrativa o civil. Esto representa que el afectado, o los familiares que presentan la inconformidad, acuden inicialmente ante el órgano judicial, el Ministerio Público, para levantar una denuncia, con la finalidad de buscar a un culpable, desconociendo lo que implica, ya que la responsabilidad penal surge cuando una persona, en contravención a las normas que describen las conductas delictivas, comete en forma dolosa o culposa alguno de los ilícitos, entendiéndose por delito el acto u omisión que sancionan las leyes penales y de manera culposa, se refiere imprudencialmente.

Los dictámenes institucionales analizados en la investigación, son emitidos ante la autoridad correspondiente, que constituye un elemento pericial más para la búsqueda del delito, que en el caso de mérito sería culposos, es decir, el delito de Responsabilidad Profesional, esta investigación le corresponde directamente a la autoridad penal y en caso de la autoridad administrativa/ civil, se observó en el estudio de investigación, que en una tercera parte, es decir, en el 32.21% de los casos, la autoridad solicitante fue la administrativa/ civil, es decir, que la investigación se lleva a cabo por parte del Órgano Interno de Control, ante alguna queja emitida en dicha institución. La responsabilidad en el área administrativa; el prestador de servicios de salud que tenga el carácter de servidor público y por tanto, se rija por la Ley de Responsabilidades Administrativas de los servidores públicos, tendrá la obligación de conducirse conforme al reglamento en dicha ley, de lo contrario, podría hacerse acreedor de alguna de las sanciones administrativas fijadas, como la sanción económica e inhabilitación temporal para el desempeñar empleos, suspensión entre otras. En el caso de la responsabilidad en el área civil, básicamente se tiende a reparar el daño, cuando esto es posible, o bien a pagar los daños y perjuicios ocasionados como consecuencia de la acción u omisión del médico o personal de salud durante o con motivo de su ejercicio profesional.^{16, 18, 19}

El delito de Responsabilidad Profesional en el área médica, obedece a situaciones de acción, omisión, descuido, olvido, inadvertencias, distracciones, imprevisiones, morosidad, apatía, precipitación, imprudencia,

este tipo de actitudes que en términos generales, los podemos resumir en: **negligencia, impericia, imprudencia e inobservancia**, teniendo en cuenta que la negligencia es la omisión de realizar aquello a lo que se está obligado, pese a disponer de los medios necesarios para ello, la **impericia** es carecer de los conocimientos técnicos o científicos en una persona obligada a tenerlos, la **imprudencia** es la temeridad inexcusable, el sujeto actúa con exceso de confianza de manera que constituye una falta de previsión o de precaución en la acción y la **inobservancia** de reglamento, es una forma de acción culposa que se configura cuando, existiendo una exigencia u orden verbal o escrita, dispuesta con fines de prevención de un daño y ordenada por un superior responsable, el subalterno no le da incumplimiento, generando un resultado indeseable.^{12,13} **Esta terminología como profesionales de la salud debemos conocerla o identificarla, sin embargo no estamos facultados para determinarla en el actuar médico.**

Por lo que se reitera que el mencionar la palabra negligencia, impericia, imprudencia por un proceso administrativo/ civil o penal es riesgoso¹, ya que sólo la autoridad correspondiente interpretará las conclusiones emitidas y ellos determinarán la sanción correspondiente. Cabe mencionar que en los informes mensuales del área de Gestión Pericial de la CONAMED de enero a diciembre de 2013, se documentó que en relación a la autoridad peticionaria, la PGR en sus diferentes delegaciones, representó el 48.7%, en su conjunto los dictámenes emitidos a solicitud del Ministerio Público, Federal o Estatal, representó el 67.9%, sin cambios significativos respecto del año 2012 (69 versus 71, respectivamente) mientras que los dictámenes emitidos a solicitud de los diferentes Órganos Internos de Control representaron el 27.7%. El resto provino de diversas autoridades judiciales, CONDUSEF, y la CODHEM. Esto representa en la investigación que nos concierne, que la autoridad peticionaria de los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2013, fueron muy semejantes al porcentaje documentado de todo el año de 2013, es decir, prevaleciendo la emisión de los dictámenes institucionales a la autoridad penal. Así mismo se observó que al realizar la correspondencia o la **comparativa entre el dictamen institucional y la autoridad peticionaria** (variable 1 y 2), los 59 dictámenes institucionales emitidos, de los cuales 4 corresponden a las ampliaciones, fueron solicitados por la autoridad penal, de los 55 restantes, 36 fueron requeridos por la autoridad penal y 19 los solicitó la autoridad administrativa o civil.

En relación a la **Autoridad Penal peticionaria** (variable 3), se identificaron 40 dictámenes emitidos a esta autoridad. El 80%, es decir, 32 dictámenes correspondieron a solicitud de la PGR, el 10%, 4 dictámenes fueron a petición de la PGJ/ ESTATALES, el 5%, con 2 dictámenes, se emitieron a solicitud de la PGJ/ DF y en el 2.5%, 1 dictamen fue solicitado por la CODHEM y el otro 2.5% por el JUZGADO/ DISTRITO. Los 19 dictámenes restantes que fueron solicitados a petición de la **Autoridad Administrativa/ Civil**, (variable 4), de los cuales el 26.32%, 5 dictámenes fueron a solicitud del OIC/ SSDF, el 21.05%, 4 dictámenes, correspondieron a requerimiento del OIC/ IMSS, como es el mismo caso del OIC/PEMEX, el 15.79%, 3 dictámenes fueron

solicitados por el OIC/ INSTITUTOS y en el 5.26%, es decir 1 dictamen, lo solicitó CONDUSEF, el otro 5.26% por OIC/ ISSSTE y finalmente, el siguiente 5.26% lo solicitó el OIC/ RECLUSORIOS. Esto representa que la Secretaria de Salud del Distrito Federal (SSDF), y el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), representan casi la mitad de todas las indagaciones iniciadas por los Órganos Internos de Control.

En relación al trabajo de investigación, se dispuso a incluir, cuál es la instancia involucrada, agrupando las instituciones por sectores, es decir, sector público, social y privado. Con respecto al sector público, cabe mencionar que la atención médica se ofrece a través de organismos encargados de atender a la población abierta, en este apartado se incluyeron a los Institutos ya que son organismos que pertenecen a la Secretaria de Salud y ofrecen la atención secundariamente, así también se incluyeron a los Reclusorios o Penitenciarías, así mismo a la Secretaria de Salud del gobierno del Distrito Federal y la Secretaria de Salud de los estados de la República Mexicana. En el sector social, que son instituciones que otorgan el servicio de salud como una contraprestación bi o tripartita, este sector se agrupó como: IMSS, ISSSTE y PEMEX. En el sector privado, que son aquellas personas físicas o morales que de manera directa o a través de servicios de financiamiento otorgan los servicios de salud, como en el estudio de mérito, en un caso el dictamen institucional, está en caminado a orientar tanto a la aseguradora como al asegurado, para el pago de gastos médicos. Este sector se dividió en y particular, donde el término general, se refiere que la instancia o el hospital está involucrado y en relación con el término particular, se refiere que el médico o el personal de salud específico, de una instancia privada, está involucrado.

Atendiendo a las **instancias involucradas, es decir al sector social, público y privado**, (variables 5, 6, 7 y 8), se obtuvo que las instancias implicadas de los 59 dictámenes institucionales, fueron las siguientes: la mayor instancia involucrada fue la social, en el 61.01%, 36 casos, en segundo lugar con el 23.72% con 14 casos, correspondieron a la instancia pública y la instancia privada estuvo involucrada en el 15.25%, en 9 casos. De los 36 casos donde estuvieron involucradas las instancias sociales; el 66.66% con 24 casos, correspondieron al IMSS, en el 19.44% con 7 casos se suscitaron en el ISSSTE y en el 13.88%, con 5 casos, correspondieron a PEMEX. De los 14 casos que estuvieron involucradas las instancias públicas, la mayor correspondió en el 35.71%, con 5 casos, a la SSDF, en el 28.57%, con 4 casos, fueron de la SSESTATALES, en tercer lugar los institutos correspondieron al 21.42%, con 3 casos y por último el 14.28% con 2 casos, correspondieron a los RECLUSORIOS o PENITENCIARIAS. La instancia privada tuvo 9 casos en total, los cuales 5 de ellos, es decir, el 55.55% fueron a un médico en específico o el algún personal de salud específico, de una instancia privada, y el 44.44%, con 4 casos, se suscitaron en la instancia privada en general.

Con respecto al trabajo de investigación de Carrillo Fabela, el estudio fue un trabajo retrospectivo, longitudinal descriptivo, donde se revisaron 283 dictámenes médicos periciales rendidos en un lapso entre 1976 y 1992, archivos presentes en la PGR, por el delito de Responsabilidad Profesional Médica. Indica que el trabajo fue motivado principalmente por la creciente frecuencia de denuncias por responsabilidad profesional médica. Del mismo se desprende cuáles son las áreas médicas más denunciadas, la etapa de la atención médica en la que con mayor frecuencia el médico erró, la consecuencia originada en el paciente por ese error médico cometido durante su actuación profesional, el tipo de falta médica cometida y su frecuencia (negligencia, impericia e imprudencia), entre otras variables tomadas en consideración, salta a la vista también la falta o poco conocimiento por parte del médico y en general de los profesionales de la salud de la magnitud y realidad del problema legal, en el cual pueden verse en un momento dado inmiscuidos.¹²

A mayor abundamiento, en el apartado de instituciones involucradas en problemas de responsabilidad profesional médica, del estudio mencionado, se indicó que las principales fueron el IMSS con un 58.42%, siguiendo en frecuencia el ISSSTE, con 17.97% y dejando la restante quinta parte a otras instituciones de salud. Es menester señalar que en comparación con el trabajo de investigación que nos concierne, las instancias involucradas con mayor frecuencia, fueron las instancias sociales con un 61%, en segundo lugar con casi el 24% correspondió a la instancia pública y en la instancia privada estuvo presente en el 15%. El resultado de las instancias con mayor frecuencia, es decir, las sociales, se obtuvo que el IMSS representó más del 65%, coincidente y acorde con el estudio de Carrillo Fabela, donde señala que el IMSS representó las tres quintas partes de los casos estudiados, sin embargo en la investigación descrita se documentó sólo el sector social y público, ya que los casos de análisis pertenecieron a la PGR, es decir, asuntos del fuero federal, así mismo se documentó que algunos casos fueron del sector privado. En la investigación que nos concierne la finalidad, es tener una visión más amplia de cuáles instancias tienen mayor frecuencia y a cuál sector de salud pertenecen, y a pesar que la investigación citada es del año 1976 al año 1992, los resultados actuales son muy semejantes, es este apartado.

En el estudio de mérito, atendiendo a los **estados de la República Mexicana** (variable 9) que estuvieron involucrados en la investigación de los hechos en los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2013, se identificó que 21 estados incluyendo la capital, el Distrito Federal, fueron los que representaron la lista.

Los primeros 5 estados que tuvieron mayor frecuencia fueron; el Distrito Federal con el 33.89% con 20 casos, Jalisco con el 10.16%, en 6 casos, Baja California, Chihuahua y Tamaulipas, presentaron cada uno el 5.09% con 3 casos cada estado. Durango, el Estado de México, Puebla, Quintana Roo, Sonora y Zacatecas representaron cada uno el 3.38%, con 2 casos cada uno y Baja California Sur, Chiapas, Estado de México junto con el D.F., Guanajuato, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Querétaro, Sinaloa, Veracruz, Veracruz junto a Tamaulipas y Yucatán, cada uno representó obtuvo el 1.7% con un caso cada uno. Sin perjuicio de lo expuesto,

se aprecia que el Distrito Federal representa la tercera parte de todos los casos a investigar, esto en parte se puede atribuir que la población del Distrito Federal es mayor que muchos estados de la República Mexicana, ya que constituye la segunda entidad con mayor población.¹⁷

Por otro lado esto indicaría que el Estado de México, que es el estado que representa mayor cantidad de población, fuese el primero en la lista, sin embargo el Distrito Federal cuenta con mayor número de instancias hospitalarias, lo que conduce a mayor atención médica con respecto a cualquier estado de la República.

En la especie, con respecto al **sexo afectado y los grupos de edad implicados** (variable 10 y 11), el sexo femenino representó mayor frecuencia con 69.5%, 41 casos y el sexo masculino obtuvo el 30.5%, es decir 18 casos. El grupo de edad que constituyó mayor número de casos fue el de 21 a 40 años con 18 casos, representando el 30.5%, posteriormente el grupo de edad de 41 a 60 años simbolizó el 28.82%, con 17 casos, el grupo de edad de 0 a 20 y el de 61 a 80 años constituyeron el 18.64% cada uno con 11 casos respectivamente y finalmente con el 3.4%, es decir, 2 casos se observaron en el grupo de edad de 81 a 100 años. Se obtuvo media, la cual fue de 41.88, Desviación Estándar con 21.78, el rango máximo fue de 92 y el rango mínimo fue 0.08. Atendiendo al rango de edad de 0 a 20 años, corresponde a tres casos donde se identificaron un masculino de 28 días, otro masculino de 2 meses y un femenino de 30 días o un mes de nacimiento. Por lo tanto en los dos casos donde tienen 28 días y 30 días de nacimiento, se les otorgó la numeración de 0.08 de edad y en el caso de 2 meses le correspondió el número de 0.1, esto tomando en cuenta que 1 año de edad corresponde a 12 meses, por lo que se hizo la conversión respectiva para estos tres casos.

Conforme a los resultados de la investigación de Carrillo Fabela, en el apartado de "Género afectado", el femenino fue de mayor frecuencia así como se observó en los resultados del estudio de mérito. Se identificó que este resultado es acorde con la especialidad de mayor implicación, es decir, Ginecología y Obstetricia. Con respecto al grupo de edad que obtuvo mayor frecuencia fue el de 21 a 40 años con 18 casos, los cuales 13 correspondieron al sexo femenino y 5 al masculino, acorde con Carrillo Fabela ya que menciona que en este grupo de edad se encuentra la población de mujeres en edad fértil.¹²

Al respecto de la **especialidad médica u odontológicas o subespecialidad o personal de enfermería involucradas** (variable 12), se obtuvo que Ginecología y Obstetricia fue la especialidad con mayor frecuencia, con el 22.03%, posteriormente con 16.95% se debió a Otras Especialidades, es decir, Neurología, Neurocirugía, Enfermería, Odontología, Anatomía Patológica, Otorrinolaringología, Oftalmología, Gastroenterología, Cirugía Pediátrica Y Cirugía Oncológica, el 10.16% fue la especialidad de Ortopedia y Traumatología, en el 8.48% fue la especialidad de Cirugía General, como es el caso de Urgencias con el mismo porcentaje, con el 6.78% estuvo involucrada Cirugía Plástica, con el mismo porcentaje: Dos especialidades, es decir, Medicina Interna/ Nefrología, Cirugía General/ Urgencias, Pediatría/ Urgencias y Urgencias/ Cirugía General, también Medicina

Interna tuvo el 6.78%, 4 especialidades tuvieron el mismo porcentaje, es decir con el 3.39%, las cuales fueron, Pediatría, Urología, Angiología y Medicina Familiar. En este contexto, la especialidad médica que está involucrada en una quinta parte de todos los casos es Ginecología y Obstetricia, esto conforme con al estudio de Carrillo Fabela, donde expresa que Ginecología y Obstetricia fue la de mayor implicación. Así mismo en orden de frecuencia el término "Otra especialidad", se refiere a diferente especialidad médica u odontológica o subespecialidad o en el caso del personal de enfermería, que en conjunto representaron el 17%, sin embargo no significa que estas especialidades le sigan a Ginecología y Obstetricia, es decir, estos casos al ser únicos en los 59 casos analizados, se realizó la agrupación de esta manera. Al respecto, la especialidad en orden de frecuencia le corresponde a Ortopedia y Traumatología con el 10%, ulteriormente a Cirugía General le corresponde el tercer lugar con casi el 9% junto con Urgencias ya que es el mismo caso con casi el 9% y Cirugía Plástica que ocupa el quinto lugar con casi el 7%. Estas especialidades o subespecialidades son las principalmente involucradas en los casos de análisis.

Atendiendo al **motivo de queja o denuncia** (variable 13), se identificó que con mayor frecuencia fue: Deficiencia en la atención médica con el 49.15%, es decir, en 29 casos, ulteriormente, Diferimiento en la atención médica se observó en un 20.34%, consistentes en 12 casos, posterior se identificándose que la Omisión de medios diagnóstico- terapéuticos u Omisión en la atención médica estuvo presente en el 16.95%, con 10 casos, Dos motivos de queja se identificó en el 6.78%, con un total de 4 casos, así mismo, Negativa de atención médica obtuvo el 3.39%, con 2 casos y Otros motivos, es decir, Discriminación o Gastos médicos, de igual forma obtuvo el 3.39% también con 2 casos. Si bien, los motivos de queja deben considerarse relevantes, es menester señalar que las quejas son apreciaciones subjetivas de los hechos a investigar, ya que la verdad histórica de los hechos sólo la conocen las dos partes, es decir, el paciente, en caso dado y el médico o el personal de salud involucrados, de tal suerte que las partes involucradas sólo expresan su certeza y esto se debe documentarse en el dictamen de Responsabilidad Profesional Médica, en el apartado de síntesis de las denuncias o declaraciones hechas ante el Ministerio Público o el Órgano Interno de Control, para tener un panorama amplio de los supuestos hechos sucedidos, sin embargo no debemos basarnos en dichas declaraciones para emitir una opinión ya que nuestra herramienta principal es el Expediente Clínico. Atendiendo al motivo de queja de mayor frecuencia en el estudio de mérito, la "Deficiencia" en la atención médica fue casi en la mitad de los casos, esto indica que el paciente o el afectado o los familiares del fallecido, si reciben atención médica, pero probablemente no sea la esperada. En relación a la supuesta "Negativa" de la atención médica con 2 casos, en la documentación enviada análisis obran notas médicas referidas en los dictámenes institucionales, por tanto no se aprecia negativa en la atención médica y con respecto a la supuesta "Discriminación" en un caso, obra en la especie, la síntesis del acta circunstanciada del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), donde se expresa que el médico involucrado ofreció una disculpa por malos entendidos y no por discriminación como lo declaró el afectado, sin embargo no se llegó a conciliación.

En el estudio de mérito, con respecto al **diagnóstico nosológico**, (variable 14), en los dictámenes institucionales, se efectuó la agrupación de cada uno de los mismos, en unos casos con respecto a la especialidad involucrada y otros se incluyeron con respecto al tratamiento que requerían. Por tanto se obtuvieron los siguientes resultados: los padecimientos que requerían atención clínico- quirúrgica representaron el 39%, con 23 casos, en este apartado se integraron los diagnósticos que requerían para su atención el procedimiento quirúrgico, por tanto están involucradas varias especialidades clínico- quirúrgicas, a excepción de la especialidad de Ginecología y Obstetricia. En relación a los padecimientos gineco- obstétricos se presentaron en un 25.42%, con 15 casos, en esta agrupación, los padecimientos fueron tanto clínicos como los de resolución quirúrgica, así como se incluyeron 2 casos de los 15, uno por la atención del recién nacido, que no es correspondiente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia y el otro caso, donde la problemática se suscitó por la atención inicial del padecimiento, sin embargo el diagnóstico de base es un problema ginecológico. Llama la atención que de los 15 casos, 10 de ellos, es decir, casi el 67%, fueron padecimientos por la atención del trabajo de parto, ya sea pre, trans o posparto. Si bien en la actualidad se cuenta con los suficientes conocimientos para esta área, sin embargo los resultados no han tenido tanta modificación. En el 13.56%, 8 casos, fueron padecimientos metabólicos y es menester señalar que en casi el 40% de estos padecimientos estuvo involucrada la Diabetes Mellitus tipo 2 y en el otro 10% la Diabetes Mellitus tipo 1. En el 10.16%, es decir, 6 casos, correspondieron a padecimientos ortopédicos/ traumáticos, donde en casi el 70% de los casos fueron de causa traumática. En un 6.78%, que correspondieron a 4 casos, fueron padecimientos oncológicos con resolución quirúrgica o no y finalmente en el 5.08%, con 3 casos se identificaron padecimientos neurológicos. Conforme a la literatura un informe es un documento en el cual el perito expresa un hecho concreto, se utiliza frecuentemente para manifestar que se llevó a cabo una diligencia o un estudio.^{9, 20}

En el estudio de mérito, los **informes institucionales** (variable 15), representaron el 74.57%, es decir 44 casos de los 59 dictámenes institucionales, contienen este tipo de informes, y son llamados de esta manera ya que pertenecen a una instancia o institución y están emitidos por alguna autoridad en varias ocasiones de la instancia involucrada. A mayor abundamiento, estos informes, en su contenido incluyen la atención médica que recibió el paciente, o las áreas médicas por las que fue atendido, además pueden incluir opiniones con respecto a dicha atención. Así mismo, en este apartado pueden integrarse opiniones técnicas, donde acorde con la *lex artis* señala que la **opinión técnica** es un mecanismo administrativo que materialmente se puede equiparar al peritaje, aun cuando normativamente no está reconocido como ley. Como consecuencia, la opinión técnica en el proceso penal, “carece de valor probatorio” (pero a falta de un dictamen especializado, es consistente en prueba pericial), por su naturaleza administrativa, representando sin embargo para el juzgador, un indicio técnico, el cual habrá de complementar los peritajes presentados. Otra característica esencial de la opinión técnica es su origen institucional puesto que en la mayoría de los casos la suscribe el titular de la institución de salud emisora y no el personal que participó. En ocasiones, el Ministerio Público fundamenta el ejercicio de la

acción penal en los resultados de la opinión técnica, lo cual, además de ser incorrecto por no ser un requisito legal de procedibilidad, ha ocasionado que algunos abogados astutos soliciten al juez la ratificación del contenido de la misma a cargo del titular de la institución emisora, encontrándose este imposibilitado, al no contarle los hechos que originaron la denuncia, ante lo cual el juez seguramente procederá a desecharla.^{2, 6}

En el estudio de mérito, los informes institucionales correspondieron a: informes médicos, opiniones técnicas, resúmenes clínicos y en un caso se presentó una notificación de sanción disciplinaria emitida por un licenciado. Así mismo los informes también son denominados como pronunciamientos, expresan si en la atención médica hubo deficiencias, si las alteraciones en la salud son derivadas de complicaciones o riesgos inherentes, si estas complicaciones no fueron ajenas a la atención médica y dieron resultados por tanto negativos o si hubo deficiencias en el manejo de las complicaciones, por lo que en el estudio de mérito, se agruparon las expresiones mencionadas en lo siguiente:

- Favorable: pronunciamientos o informes médicos, que señalen que las alteraciones en el estado de salud, secuelas y/o fallecimiento, se deben a riesgos inherentes o complicaciones, así mismo que se deban a la evolución natural de la enfermedad propia, falta del deber de cuidado del paciente, que la atención médica fue oportuna y adecuada, que el médico tratante cuente con el aval necesario o la capacitación adecuada para realizar procedimientos médico quirúrgicos, por la complejidad del padecimiento a pesar de la técnica quirúrgica adecuada, además que señalen que no hay negativa de la atención médica, ni negligencia.
- No favorable: pronunciamientos o informes médicos, que señalen que las alteraciones en el estado de salud, secuelas y/o fallecimiento, son derivadas a deficiencias en la atención médica, así mismo que señalen que se aplicó alguna sanción disciplinaria o administrativa al médico tratante o al personal de salud que determinen falta al deber de cuidado, técnica quirúrgica deficiente, que las señalen que las condiciones del paciente presentaban riesgo elevado para el procedimiento quirúrgico, donde señalen que la atención médica no estuvo apegada a la normatividad, o falta de apego a las guías de práctica clínica.
- Ajeno a Responsabilidad Profesional Individual: pronunciamientos o informes médicos, que señalen que las alteraciones en el estado de salud, secuelas y/o fallecimiento, se deben a motivos estructurales o institucionales. Se realizó esta clasificación, en virtud que tales pronunciamientos o informes institucionales, puedan beneficiar o perjudicar al personal o medio involucrado, ya que acorde con lo que la literatura marca, en muchas ocasiones la autoridad toma una decisión legal, en base a estas opiniones, sin tener un dictamen de Responsabilidad Profesional Médica.

Cabe señalar que en algunos pronunciamientos se señalaron expresiones de índole legal o se utilizaron términos calificativos, cuestiones que no conciernen para un informe institucional, desviando la finalidad de dicho pronunciamiento, es decir, se expresó lo siguiente: “falta de cuidado, falta de conocimientos técnicos, técnica quirúrgica deficiente”, “deficiencia en la atención médica”, “las complicaciones son derivadas de la práctica médica”, “ sin negativa de la atención, ni negligencia”, “no existe responsabilidad institucional”, por lo

que difiere en su totalidad en la expresión de la terminología. De los 44 informes institucionales, el 65.9%, es decir 29 casos, realizan algún señalamiento favorable para el médico o el personal de salud involucrado, en el 22.72%, en 10 casos, hacen algún señalamiento no favorable para el médico o el personal de salud involucrado y en el 11.36%, en 5 casos, señalan que las alteraciones en la salud se deben a motivos estructurales o institucionales, es decir, ajenos a responsabilidad profesional individual.

Con respecto a los **informes periciales** (variable 16 y 17), con respecto a la prueba pericial, su función necesariamente debe reunir dos condiciones en el médico: preparación técnica y moralidad, ya que el deber primario es decir la verdad, la búsqueda de la verdad, será un problema científico, mientras que la relevancia es fundamentalmente moral.⁴ En este apartado se incluyen todos los informes periciales, es decir, certificados de nacimiento, defunción, de estado psicofísico o de lesiones, acta de defunción, dictámenes de necropsia, de Responsabilidad Profesional Médica, y Psicológicos. De los 59 dictámenes institucionales, el 66.1%, que corresponde a 39 casos contienen informes periciales, es decir, pueden contener certificados, acta de defunción o dictámenes. De los 39 informes periciales, el 53.84%, los cuales fueron 21 casos, contienen dictamen o dictámenes, que pueden ser de Responsabilidad Profesional Médica, de Necropsia o Psicológico, el 33.33% que corresponde a 13 casos contienen certificado/ s que pueden ser de: nacimiento, de defunción y de estado psicofísico o de lesiones, así mismo dictamen, el 7.7%, es decir, 3 casos, contienen certificado/ s, el 2.5%, que es 1 caso, contiene acta y dictamen, y en el mismo porcentaje contiene certificado/ acta y dictamen. Por tanto estos resultados indican que en más de 65% de los casos contienen informes periciales, de los cuales, en más de la mitad corresponden a dictámenes, que son pruebas periciales que aportan una perspectiva más específica sobre el caso a investigar, y por tal motivo deben tener un fundamento científico, para emitir una opinión y no sólo al leal saber y entender del médico quien lo realiza.

A mayor abundamiento de los 39 informes periciales, el 30.76%, es decir, 12 casos contienen certificados de defunción o acta de defunción o dictamen de necropsia, de los cuales, la causa de muerte en el 100% de los casos, que corresponde a 12, fue no traumática o no violenta. Esto implica que de primera instancia estos padecimientos médicos no son casos médico- legales y a partir de la inconformidad que muestra el familiar, estos casos toman otro enfoque.

En cuestión a las **conclusiones de los dictámenes de Responsabilidad Profesional de otras instancias**, (variable 18), se apreció que de los 59 dictámenes institucionales el 56%, es decir, 33 casos contienen conclusiones de dictámenes de Responsabilidad Profesional u opiniones técnicas de otras instancias, pertenecientes a los informes periciales. Al margen de lo expuesto, en los dictámenes institucionales de la CONAMED, se señalan únicamente las conclusiones de estos 33 casos. Por lo anterior a las diferentes respuestas se les asignó una letra a cada una y se agruparon de la siguiente manera: A: No existió Responsabilidad Profesional Médica, B: El actuar médico fue conforme a la *lex artis*, se ajustó a la *lex artis*, no

hay mala práctica, no hay mal praxis, C: Inobservancia o desatención a la normatividad sanitaria, D: Incurrió en Responsabilidad Profesional Médica, E: Riesgo inherente o propio de la enfermedad, F: No existió negligencia, omisión de medios diagnóstico terapéuticos, impericia, falta al deber de cuidado, abandono de paciente o exceso de confianza, G: No hay elemento de iatrogenia, H: Existió mala práctica o mal praxis, I: Negligencia, impericia, imprudencia, J: Incapacidad o Responsabilidad Institucional, K: La atención médica fue oportuna o adecuada y L: Ameritó clasificación médico forense, en algunos casos hubo la combinación de respuestas. Las respuestas identificadas de mayor frecuencia fueron: “B” encontrada en el 21.21%, es decir, en 7 ocasiones, “F” en el 12.12% que corresponde a 4 casos, “F+ B” en el 6.06% con 2 casos, “F + K” en el 6.06%, “A + E”, así mismo en el 6.06%, con la misma frecuencia la letra “D”. Las respuestas que se observaron con menor frecuencia y en la misma proporción, es decir con el 3.03% fueron: “H”, “B + K + E”, “I+ C”, “D+ B”, “C”, “A + B”, “I”, “A”, “J+ D”, “B + C”, “L”, “B+ F + G”, “F+ J” y “E”.

A mayor abundamiento de los 33 dictámenes u opiniones técnicas de otras instancias, en el 75.75%, es decir, en 25 casos, fueron coincidentes las siguientes conclusiones, ya sea por separado o combinación de las mismas: B: El actuar médico fue conforme a la *lex artis*, se ajustó a la *lex artis*, no hay mala práctica, no hay mal praxis, F: No existió negligencia, omisión de medios diagnóstico terapéuticos, impericia, falta al deber de cuidado, abandono de paciente o exceso de confianza, B+F, A: No existió Responsabilidad Profesional Médica + E: Riesgo inherente o propio de la enfermedad o I: Negligencia, impericia, imprudencia. Al margen de lo expuesto, **el 60.6%, que corresponde a 20 casos, contienen conclusiones que califican conductas o emitieron juicios:** F: No existió negligencia, omisión de medios diagnóstico- terapéuticos, impericia, falta al deber de cuidado, abandono de paciente o exceso de confianza, A: No existió, Responsabilidad Profesional Médica, I: Negligencia, impericia, imprudencia, D: Incurrió en Responsabilidad Profesional Médica.

El 39.4%, los cuales se observaron 13 casos, fueron conclusiones imparciales: B: El actuar médico fue conforme a la *lex artis*, se ajustó a la *lex artis*, no hay mala práctica, no hay mal praxis, C: Inobservancia o desatención a la normatividad sanitaria, E: Riesgo inherente o propio de la enfermedad, H: Existió mala práctica o mal praxis, K: La atención médica fue oportuna o adecuada, L: Ameritó clasificación médico forense. Así mismo los **20 casos que contienen conclusiones con términos calificativos o emisión de juicios, el 70% (14) determinó que no existía negligencia, omisión de medios diagnóstico- terapéuticos, ni impericia, falta al deber de cuidado, abandono de paciente o exceso de confianza, no existió Responsabilidad Profesional Médica,** es decir las letras F y A. El 30% (6) determinó que existía negligencia, impericia, imprudencia, incurrió en Responsabilidad Profesional Médica, es decir las letras I y D. Así mismo, **los 13 casos donde se identificaron conclusiones imparciales, el 77% (10) concluyeron que la práctica médica se apegó a la *lex artis*,** es decir las letras B, E y K, y el 23% (3) concluyó que existía mal praxis, es decir las letras C, H y L.

En el caso del dictamen 19, que concluyó con terminología calificativa, también se incluyó la siguiente frase: **“No hay elemento de iatrogenia”**, que corresponde a la letra G, en el caso del dictamen 16, que concluyó con términos calificativos además incluyó **“Incapacidad o Responsabilidad Institucional”**, correspondiente a la letra “J”. Al margen de lo expuesto, en los 33 casos, se observó que en el 72.72%, es decir, 24 dictámenes, independientemente de la terminología aplicada, se señaló que la atención médica se ajustó a la *lex artis* y en el 27.27%, con 9 casos, concluyó independientemente de la terminología utilizada, que la práctica médica no se ajustó a la *lex artis*. Atendiendo a lo expuesto, se difiere en la terminología aplicada, en las siguientes respuestas: “F, A, I, D” así como en la “G y J”, es decir, donde señalan: “No existió Responsabilidad Profesional Médica, No existió negligencia, omisión de medios diagnóstico terapéuticos, impericia, falta al deber de cuidado, abandono de paciente o exceso de confianza, Incurrió en Responsabilidad Profesional Médica, Negligencia, impericia, imprudencia, No hay elemento de iatrogenia, Incapacidad o Responsabilidad Institucional”.

Conforme a la *lex artis*, señala que la Responsabilidad Profesional Médica, se define como la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios, dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión, en el caso de la incapacidad o Responsabilidad Institucional las alteraciones en la salud o secuelas o fallecimiento del paciente se atribuyen directamente a la institución por falta de recursos materiales que mínimamente debería tener en dicha institución, así mismo por falta de personal médico, que también se puede atribuir al responsable sanitario, al igual que obligaciones de seguridad, se debe de analizar la responsabilidad de los otros prestadores de servicios de salud como son los establecimientos que prestan servicio de atención médica y para ellos analizar la cadena de errores que puede influir en el resultado no esperado de dicha atención. Para ello se menciona que existen dos tipos de error, el activo, que depende del médico directamente y tiene por lo general consecuencias inmediatas y el latente, fuera del actuar del profesional y relacionado con la estructura, los procesos, el mantenimiento de equipo e incluso con la capacitación al personal. La obligación de seguridad generalmente se refiere a las instituciones, pues son éstas las que deben garantizar el buen funcionamiento de los equipos y evitar siniestros.^{15, 21}

Así mismo indica que la negligencia es el incumplimiento de un deber, en una falta de preocupación, una omisión de la atención y la diligencia debida, en un sentido amplio, podemos decir que la negligencia es el incumplimiento de los elementales principios inherentes al arte o profesión, esto es, que sabiendo lo que se debe hacer o no hacer, y teniendo la pericia omite de hacer algo que debió prevenir, imprudencia; lo opuesto a la prudencia, se refiere a afrontar un riesgo sin haber tomado debidas precauciones para evitarlo, procediendo con apresuramiento innecesario, sin detenerse a pensar los inconvenientes que resultarán de esa acción u omisión, impericia: se define como la insuficiencia de aquellos conocimientos que se supone que una persona que ha efectuado estudios especiales en el ámbito de la medicina, es la falta de habilidades o los conocimientos

técnicos básicos e indispensables que se deben tener obligatoriamente en determinada profesión, iatrogenia sería toda alteración producida por el médico en el estado de salud del paciente, ya sea positiva o beneficiosa o bien negativa o nocivo.²²

Con respecto a las obligaciones de medios, es aquella en que el deudor (médico) se obliga a emprender o realizar una actividad sin garantizar un resultado, el deudor se libera haciendo lo humanamente posible y que no asegura un efecto determinado, sino tan sólo se compromete a poner en práctica la conducta que ordinariamente conduce a un determinado resultado, pero que bien puede no producirlo, es decir, se compromete a realizar una conducta diligente y prudente orientada a la obtención de un resultado, pero sin asegurarlo. En el caso a la falta del deber de cuidado, sobre el médico pesa indudablemente el esmerado deber de cuidado en el ejercicio de su profesión, estando obligado a impedir, con los recursos disponibles, aquellos acontecimientos adversos o fatales que sean consecuencia de su acción u omisión, en cuanto a la elección de medios y el método empleado. Al respecto al dictamen pericial su función necesariamente debe reunir dos condiciones en el médico: preparación técnica y moralidad, ya que el deber primario es decir la verdad, la búsqueda de la verdad, será un problema científico, mientras que la relevancia es fundamentalmente moral. Cuando el médico legista hace peritajes, está comprometido a actuar sin discriminación, sin parcialidad, sin perjuicios, con total libertad académica científica sin sometimiento a presiones o influencias de cualquier índole. Ante un dictamen del magistrado le asiste al sentenciado el derecho a reclamar los daños causados por dicha resolución si es que la considera injusta o ha sido elaborada sobre un informe incompleto, inadecuado e insuficiente, como podría ser un informe que no recoja todas las secuelas o todo los daños personales, **que no haya estudiado correctamente la relación causal**. Así mismo hay que destacar que si bien la **labor pericial**, no tiene efecto vinculante, sino solamente **consiste en contribuir a formar la convicción del juez. Podrá el juzgador apartarse de los dictámenes periciales médico-forense cuando estos no den razón o fundamento a sus conclusiones**, o cuando estas no armonicen racionalmente con las demás pruebas acercadas al proceso.^{3, 15}

El dictamen pericial que se emite de Responsabilidad Profesional Médica, es una materia muy específica, es decir, lo que se evalúa es el ejercicio del acto médico, no se encamina a determinar Responsabilidad Profesional, no busca la comisión de delitos, no infiere, ni deduce circunstancias, sin embargo logra la más de las veces dar congruencia de los elementos periciales para evaluar el acto médico, no las consecuencias, en ese ámbito la metodología debe permitir un acercamiento a la realidad histórica de los hechos, la cual es única y estricta, exclusivamente del proceso de atención médica, que será de gran utilidad para cuando el perito tenga que pronunciarse en esta materia.

Por tanto haciendo referencia a las conclusiones emitidas de otras instancias, el 60% de las conclusiones emiten juicios, califican conductas, es decir, expresan que el médico incurrió en negligencia, impericia, imprudencia,

falta al deber del cuidado, así mismo que presentó Responsabilidad Profesional, sabiendo que todas estas son desviaciones de la conducta, que como médico perito, no nos corresponde determinar, será la autoridad correspondiente quien juzgue o haga estos señalamientos. Así mismo en muchas de las veces se busca la causa de un padecimiento médico, es decir, se parte de la consecuencia al acto, y la finalidad del dictamen de Responsabilidad Profesional Médica, es partir de la atención médica inicial, no del diagnóstico que se emitió o se determinó de varios estudios realizados a lo largo del estudio del paciente, y originalmente que no se tenía en consideración el diagnóstico, puesto que la sintomatología presentada inicialmente era totalmente diferente y en ese momento probablemente se tenía que descartar otras causas. Cabe mencionar, si se identifica en el acto médico elementos de mal praxis o mala práctica, tiene que considerarse tiempo, modo y circunstancia antes de señalar la mala práctica, ya que no es sólo la confrontación de la teoría con el estado de enfermedad, no es el análisis desordenado y sistemático de los diagnósticos mencionados en la documentación clínica, así mismo no es la búsqueda de las causas ex-post de una de una consecuencia, es decir, parte la investigación del inicio a la consecuencia.

Ahora bien, al evaluar el acto médico, tienen que ponderarse las acciones realizadas en un paciente concreto, evaluar las circunstancias clínicas establecidas en diversos momentos en la evolución del paciente. Por otro debe efectuarse un análisis bibliográfico de los elementos clínicos destacados en la evolución, además la ponderación del cumplimiento de obligaciones determinadas por la *lex artis* o literatura ante imperativos impuestos por el estado clínico- evolutivo del paciente, evolución de la historia natural de la enfermedad y la respuesta misma al tratamiento médico o clínico- quirúrgico. Con lo anterior, se logra con la investigación de los elementos preexistentes vs la *lex artis*, es decir, es estudio de situaciones o circunstancias y estados clínicos, que se encuentran en el Expediente Clínico. Una vez determinados los elementos periciales fehacientes o no, debe señalarse la causalidad del desenlace, ya sea alteraciones en la salud, secuelas o fallecimiento y la mejor manera de hacer este análisis es a través de la razón, ya que hace suponer que existe escasa perspectiva, en la búsqueda de los motivos de una consecuencia, es decir, buscando Responsabilidad Profesional Médica, y esta no debería de ser la finalidad. Cabe decir, que se difiere en la emisión de la siguiente conclusión, donde señaló “No hay elemento de iatrogenia”, la *lex artis* nos marca que iatrogenia se define como lo producido por el médico o los medicamentos, del griego *iatros*; médico, y es toda alteración del estado del paciente producida por el médico, tradicionalmente se ha utilizado el término, para referirse únicamente a los aspectos negativos de la práctica de la medicina, por lo que no hay nada que el médico en su actuar modifique o altera al paciente, es decir, tan sólo la indicación de la modificación de la dieta, altera el metabolismo del paciente, y no es viable que se confunda este término con iatropatogenia, y aún en esos términos hay diferencia, ya que se subdivide en iatropatogenia necesaria o innecesaria ya citado en los antecedentes del estudio.

Con respecto a las **notas médicas y estudios** (variable 19 y 20) contenidos en los dictámenes institucionales, es decir, los 59 contienen notas médicas, y en el 84.74% (50) de los dictámenes institucionales cuenta con estudios de laboratorio o gabinete o histopatológicos o la combinación entre ellos, el resto que no contienen estudios, en parte se debe que los dictámenes corresponden a ampliaciones y por tanto no cuentan con estudios ya que la autoridad solicitante, puede enviar cuestionarios a responder o agregar algunas notas médicas faltantes, otra causa se debe que no se emitieron los estudios al expediente desde un inicio y con los elementos periciales que obran se tiene que realizar el dictamen institucional. De los 50 dictámenes institucionales que contienen estudios, el 58% (29), contiene de laboratorio y gabinete, el 22% (11) contiene de laboratorio-gabinete –histopatológico, el 10% (5) contiene de laboratorio, el 4% (2) contiene de gabinete y el 2% (1) contiene histopatológico, así como el que contiene de laboratorio e histopatológico, así mismo el que contiene de histopatológico y también el que contiene de gabinete e histopatológico. En más de la mitad de los casos cuenta con estudios de laboratorio y gabinete, esto indica que en las instancias involucradas cuentan con estos estudios.

En cuestión a las **hipótesis derivadas del caso** (variable 21), se identificó que de los 59 dictámenes institucionales, el 98.30% (58) contienen dichas hipótesis, el 1.7% (1) restante corresponde a una ampliación de dictamen, y no cuenta con hipótesis derivada del caso. De los 59 dictámenes institucionales el 35.59% (21) coinciden en las siguientes hipótesis: a) Si la atención médica otorgada se ajustó a la *lex artis*, así mismo si hubo cumplimiento de medios diagnóstico terapéuticos y si existía indicación y justificación del procedimiento médico quirúrgico y c) Si existe nexo- causal entre elementos de mal praxis, complicaciones, secuelas y/o fallecimiento, el 28.81% (17) coinciden con las siguientes hipótesis: a) Si la atención médica otorgada se ajustó a la *lex artis*, así mismo si hubo cumplimiento de medios diagnóstico terapéuticos y si existía indicación y justificación del procedimiento médico quirúrgico y d) Si derivado de mal praxis existen alteraciones en la salud a clasificar desde el punto de vista médico- forense. El 13.56% (8) contiene las siguientes hipótesis: a) Si la atención médica otorgada se ajustó a la *lex artis*, así mismo si hubo cumplimiento de medios diagnóstico terapéuticos y si existía indicación y justificación del procedimiento médico quirúrgico, c) Si existe nexo- causal entre elementos de mal praxis, complicaciones, secuelas y/o fallecimiento y d) Si derivado de mal praxis existen alteraciones en la salud a clasificar desde el punto de vista médico- forense. En el 8.48% (5) contiene las siguientes hipótesis: a) Si la atención médica otorgada se ajustó a la *lex artis*, así mismo si hubo cumplimiento de medios diagnóstico terapéuticos y si existía indicación y justificación del procedimiento médico quirúrgico, b) Si el manejo de las complicaciones, derivadas por la práctica médica o por la enfermedad propia, se ajustó a la *lex artis*, c) Si existe nexo- causal entre elementos de mal praxis, complicaciones, secuelas y/o fallecimiento y d) Si derivado de mal praxis existen alteraciones en la salud a clasificar desde el punto de vista médico- forense. En el 5.09% (3) contiene: a) Si la atención médica otorgada se ajustó a la *lex artis*, así mismo si hubo cumplimiento de medios diagnóstico terapéuticos y si existía indicación y justificación del procedimiento médico

quirúrgico y b) Si el manejo de las complicaciones, derivadas por la práctica médica o por la enfermedad propia, se ajustó a la *lex artis*. En el 3.39% (2) contiene: otra, es decir, Si los padecimientos médicos se tratan de una misma enfermedad (aseguradora) o si el médico acredita contar con lo establecido con la Ley General de Salud para realizar el procedimiento quirúrgico. En el 3.39% (2) contiene: a) Si la atención médica otorgada se ajustó a la *lex artis*, así mismo si hubo cumplimiento de medios diagnóstico terapéuticos y si existía indicación y justificación del procedimiento médico quirúrgico, b) Si el manejo de las complicaciones, derivadas por la práctica médica o por la enfermedad propia, se ajustó a la *lex artis* y c) Si existe nexo- causal entre elementos de mal praxis, complicaciones, secuelas y/o fallecimiento. Por último en el 1.69% (1) no aplica, es decir, no hay hipótesis del caso a analizar ya que se trata de una ampliación de dictamen.

En estos términos, cabe señalar que las hipótesis que deben incluirse en los dictámenes de Responsabilidad Profesional Médica, ajustándolas al caso a investigar, son, si la atención médica se ajustó o no a la *lex artis*, si el manejo médico de las complicaciones derivadas o no de mal praxis, se ajustaron a la *lex artis*, si existe nexo-causal entre elementos de mala práctica y las alteraciones en la salud, secuelas o fallecimiento y s derivado de mala práctica, existen alteraciones en la salud, secuelas o fallecimiento que amerita o no clasificación médico-forense, con estas hipótesis planteadas en el caso a investigar, se da respuesta al planteamiento del problema por parte de la autoridad solicitante, a pesar que se cuestione de otra manera. El médico tiene que dar respuesta a lo que la autoridad señale, sin embargo la literatura nos marca la forma de dar esa respuesta y no términos que juiciosos, que no le corresponden al médico. La autoridad tiene que interpretar las conclusiones emitidas, por tanto deben ser muy específicas, y señalar en todos los casos si existe nexo- causal entre la práctica médica y las alteraciones en la salud, o las secuelas o el fallecimiento, esto da respuesta al planteamiento de la autoridad correspondiente.

Acorde con la literatura señala que en el nexo de causalidad, es preciso asociar la conducta del agente, bajo todas las características con la producción del resultado, lesivo. Si no existe esa relación de causa-efecto, o de factor de consecuencia, nada podrá reprocharse al agente, por descuido, torpe o imperito, que hubiera sido en su comportamiento. Hay que establecer, en tal virtud, la conexión entre la conducta del sujeto y la producción de cierto resultado típico, ya que el comportamiento delictuoso genera una modificación en el mundo real, esto es, produce cierto resultado material, como son en las lesiones y en el homicidio culposo. Ese nexo, reclamado por la ley penal es la causalidad. Sin embargo para que haya responsabilidad penal no basta la causalidad, es necesario que el resultado pueda ser objetivamente imputado al sujeto.²³

En cuanto al sustrato teórico o consideraciones técnicas, fichas bibliográficas, año de publicación y congruencia de las mismas (**variable 22, 23, 24 y 25**) en todos los dictámenes institucionales, el sustrato teórico es congruente con el caso a analizar, así como las fichas bibliográficas, son congruentes con el caso con las consideraciones técnicas. En las fichas bibliográficas se identificó que el 92.85% (52) corresponden de 1 a 5

años de anterioridad, tomando en cuenta el año en que sucedieron los hechos a investigar, y el 7.14% (4) de los casos contienen fichas bibliográficas de 6 a 8 años de anterioridad con respecto al año que sucedieron los hechos a investigar, es decir, que en más del 90% fueron bibliografías de máximo 5 años de anterioridad, por tanto en el dictamen de Responsabilidad Profesional Médica, el fundamento científico debe estar actualizado, sugiriéndose en no más de 5 años.

Una vez analizadas las anteriores variables y conforme a los señalamientos efectuados por la CONAMED de los 59 dictámenes institucionales, se observó: la conclusión de 1 dictamen institucional, fue en base o con la finalidad de dar respuesta si los padecimientos médicos del asegurado, se trataban de una misma enfermedad o de diferentes padecimientos, y con esto orientar a la CONDUSEF, si le correspondía dar el pago al asegurado, es decir este dictamen no contiene las cuatro conclusiones a evaluar que son: Si la atención médica se ajustó o no a la *lex artis*, si hubo cumplimiento o no de obligación de medios diagnóstico- terapéuticos, si existe o no indicación y justificación del procedimiento médico- quirúrgico, y si amerita clasificación médico forense.

A mayor abundamiento en los 58 dictámenes institucionales restantes, se observó que el **55.17%**, es decir, 32 dictámenes, la atención médica **si se ajustó a la *lex artis***, y en el **44.82%**, correspondiente a 26 casos, se señaló que la atención médica **no se ajustó a la *lex artis***. Así mismo, se observó que los dictámenes donde obran conclusiones de otras instancias, es decir, los 33 casos mencionados, el **72.72%** concluyeron que la práctica médica, **sí se ajustó a la *lex artis***, independientemente de la terminología utilizada, mientras que la CONAMED señaló en el **54.54%** que la práctica médica **sí se ajustó a la *lex artis***. Así mismo en estos dictámenes, otras instancias señalaron que en el **27.27%**, la práctica médica **no se ajustó a la *lex artis***, independientemente de la terminología utilizada y la CONAMED señaló en estos casos que el **45.45%** **no se ajustó a la *lex artis***. Por tanto es menester señalar que se observó una diferencia de las conclusiones de otras instancias con la CONAMED, en casi del **20%** (18.18%) para señalar si la práctica médica se ajustó o no la *lex artis*. Conforme a la literatura donde nos señala que la **prudencia del perito, quien deberá manejar el arte de la medida en sus expresiones, y situarse en relación de persona, tiempo y lugar** respecto al presunto ilícito, **ya que el simple error diagnóstico no configura por sí solo el tipo delictivo**. A mayor abundamiento, la opinión que se emite en el dictamen de Responsabilidad Profesional Médica, sabemos que es criterio o perspectiva de cada perito o médico, puesto que la mayoría de los dictámenes en esta materia, señalan que se utilizó el método científico o deductivo- inductivo, sin embargo, la heterogeneidad de las ciencias parece oponerse a la existencia de un **método científico** único y en el caso del **método inductivo- deductivo**, se inicia con observaciones individuales, a partir de las cuales se plantean generalizaciones cuyo contenido rebasa el de los hechos inicialmente observados (inducción), las generalizaciones permiten hacer predicciones específicas (deducción) cuya confirmación las refuerza y cuyo fracaso las debilita y puede obligar a modificarlas o hasta rechazarlas. Con lo anterior afirmaríamos que independientemente de la metodología utilizada, se

llegaría a la misma conclusión, lo que en el estudio de mérito no se observó de esa manera, ya que hubo una diferencia significativa de casi el 20%, entre las resoluciones emitidas, por tanto se expone la unificación de criterios o parámetros a evaluar en el acto médico, tendiendo como sustento un organismo que posee plena autonomía técnica suficiente, para recibir, investigar y atender las quejas que se presenten, lo que garantiza a las partes la conciliación, bajo los principios de imparcialidad y equidad, que cuenta con la atribución de elaborar dictámenes o peritajes médicos, que le sean solicitados por autoridades pertinentes, la cual no se limita a la emisión de dictámenes, sino que trasciende esta actividad, así mismo está facultada para ejercer como instancia arbitral, cuando aquéllas voluntariamente lo solicitan, es decir la CONAMED. Así mismo es fundamental tener en cuenta **que no se trata de una mera reconstrucción mecánica de hechos objetivos, sino de evaluar un proceso continuado de toma de decisiones. Lo que debe tomarse en consideración no es un paciente dañado, tratando de reconstruir para atrás en forma inversa el acaecimiento de los hechos, sino que quien pretende formarse un juicio debe colocarse el día y hora en que el profesional debió tomar una decisión, ver cuál era entonces el cuadro del enfermo, cuáles eran los elementos con que contaba o podía contar el médico o cuáles las opciones posibles.**^{3,8}

Por otra parte, respecto a los 58 dictámenes institucionales, el **50%**, los cuales fueron 29 casos, señalaron que en **la atención médica si hubo cumplimiento de obligación de medios diagnóstico- terapéuticos** y en el otro **50%**, **no hubo cumplimiento de obligación de medios diagnóstico- terapéuticos**. Así mismo, en el 71.18%, es decir, 42 casos, fueron concluidos en relación si había o no indicación y justificación de procedimiento médico o clínico- quirúrgico, en base al motivo, objetivo y momento, ya que el 28.82%, constante en 17 dictámenes, no aplica esta conclusión, puesto que en estos casos la CONAMED señaló con anterioridad que no se agotaron la obligación de medios diagnóstico terapéuticos y por tanto se omitió el procedimiento médico- quirúrgico. De estos 42 dictámenes, en el **83.33%**, es decir, 35 dictámenes, **si había indicación y justificación de realizar el procedimiento médico- quirúrgico** y en el **16.67%**, constantes en 7 casos, **no había indicación, ni justificación del procedimiento médico quirúrgico**.

En cuestión de los casos que ameritan o no clasificación médico forense se observó que en el **62.06%**, es decir, 36, **no ameritaron clasificación médico- forense**, el **25.86%**, los cuales fueron 15 casos, **si ameritaron clasificación médico- forense** y el **12.06%**, que corresponde a 7 casos, **no hubo elementos periciales suficientes para determinar una clasificación médico- forense**.

Con relación al **nexo de causalidad**, en el **27.11%**, en 16 casos, correspondieron a la letra "B": **no se aprecia nexo- causal**, es decir, que la práctica médica se ajustó a la *lex artis*, y las alteraciones en la salud, o secuelas o fallecimiento, no tienen correspondencia con la praxis médica. El **25.42%**, que corresponden a 15 dictámenes, se observó la siguiente conclusión: letra "C": **no se aprecia nexo- causal, las alteraciones en la salud se deben a riesgos inherentes o son propias de la evolución natural de la enfermedad de base**. A mayor

abundamiento, en esta conclusión se especifica, el motivo de la no causalidad, ya que el padecimiento médico o en su el fallecimiento, se debe por riesgos inherentes o complicaciones, que se identificaron como tal y tuvieron la atención médica para resolver las complicaciones, en el otro caso, las alteraciones en la salud, se deben a la enfermedad como tal, a pesar que la práctica médica se ajustó a la *le artis*, no incidió a la buena evolución del paciente por la historia natural de la enfermedad. Así mismo en el **22.04%**, los cuales fueron 13 casos, se apreció la letra "A": **si se aprecia nexo- causal**. De lo anterior se desprende que la práctica médica incurrió a la mala evolución, secuelas o el fallecimiento del paciente, en su caso, por tanto se deduce que la mala praxis, incidió directamente a las alteraciones de salud.

En el **8.48%**, es decir, 5 dictámenes, corresponden a la letra "F": **no hay elementos para determinar si la mala práctica contribuyó a la progresión del padecimiento médico**. Es menester señalar que en este caso no obran los suficientes elementos periciales para señalar que la práctica médica tiene nexo- causal con las alteraciones en la salud, secuelas o fallecimiento, por tanto no es posible en ese momento determinarlo, si la autoridad ofrece otras pruebas, puede hacerse el análisis de las nuevas pruebas periciales, y con todos los elementos se manifiesta la opinión. Sin embargo, aunque existan o no diferentes pruebas, se puede llegar a la misma conclusión y la autoridad correspondiente normará la conducta. Por otro lado, se identificó en el **8.48%**, los cuales fueron 5 casos, presentaron la letra "D": **No se aprecia nexo- causal, sin embargo se aprecia mala práctica**. En este caso, se observó mal praxis, ya sea en la atención médica o en el cumplimiento de la normatividad sanitaria, pero no influyó en la evolución del paciente o en las alteraciones de salud, secuelas o fallecimiento, a pesar de la mala práctica, por tanto no hay nexo- causal, no se le puede atribuir las consecuencias de la mala práctica al padecimiento médico.

El **6.77%**, es decir, 4 dictámenes, se observó la siguiente respuesta: letra "E", **las alteraciones en la salud son propias de la evolución natural de la enfermedad, sin embargo la mala práctica contribuyó a la progresión de la enfermedad**. En el caso de mérito, cabe señalar, que la mala praxis, incidió directamente en el padecimiento médico, y por tanto existió progresión de la historia natural de la enfermedad, es decir, que si no hubiese existido mala práctica, muy probablemente el padecimiento médico no evolucionaría a las secuelas o complicaciones o en su caso el fallecimiento. Finalmente en el **1.7%**, con un dictamen, obtuvo la letra "G", **las alteraciones en la salud se deben a riesgos inherentes o complicaciones, sin embargo la mala práctica contribuyó a la progresión de las mismas**. En relación a lo mencionado, la mala praxis, incidió de manera negativa al padecimiento médico, es decir, en este caso las alteraciones en la salud, secuelas o fallecimiento, se identificaron como riesgos inherentes o complicaciones, sin embargo al no manejarlas adecuadamente, influyó en la evolución del paciente. Con respecto al cumplimiento de la normatividad en el 74.13% (43) no hubo cumplimiento de la normatividad sanitaria aplicable y en el 25.87% (15) de los casos si hubo cumplimiento de la normatividad sanitaria aplicable, esto indica que en casi el 75% existe mal praxis, por existir cumplimiento en

la normatividad sanitaria aplicable, sin embargo puede o no haber nexo causal con las alteraciones en la salud, o secuelas o fallecimiento. Los pronunciamientos expuestos en el análisis de esta investigación, se formularon con los elementos periciales que se contaban en ese momento. A mayor abundamiento la opinión mostrada por el médico en el dictamen, puede ampliarse o rectificarse, dependiendo qué elementos periciales muestre la autoridad correspondiente, en el momento de la solicitud del dictamen de Responsabilidad Profesional Médica, es decir, que si no se contaba en ese momento con alguna nota médica o algún elemento de relevancia, podría modificarse esta opinión pero no retraerse de lo mostrado con anterioridad.

5. CONCLUSIONES

La peritación médico- legal o médico- forense se refiere a las operaciones médicas que tienen por fin la determinación o el esclarecimiento de un hecho o probables consecuencias judiciales, esto a través de la prueba pericial, que en materia de Responsabilidad Profesional es el dictamen médico. Por tal motivo el dictamen de Responsabilidad Profesional Médica, tiene que ser coherente, categórico, metodológico y fundado en principios técnicos inobjetable, así mismo el perito debe actuar con imparcialidad, objetividad, veracidad, honestidad, responsabilidad respecto a su labor, prudencia y sentido común. El médico debe evaluar el acto médico, teniendo en cuenta que es un proceso de toma de decisiones y no sólo un momento de la atención médica, por lo que debe evitar emitir juicios o valorar conductas, ya que esa labor le concierne a la autoridad o juez correspondiente, puesto que el juzgador podrá apartarse de los dictámenes periciales médicos- forenses o legales cuando éstos no den razón o fundamento analítico a sus conclusiones, o cuando estas no armonicen racionalmente con las demás pruebas acercadas al proceso, esta es la implicación médico- legal o la consecuencia de emitir dictámenes sin adecuado fundamento.

Con respecto a la autoridad solicitante o peticionaria del dictamen de Responsabilidad Profesional Médica, la Procuraduría General de la República representó la mayor parte de las solicitudes, es decir, a esta autoridad se emitieron la mayor parte de los dictámenes institucionales. En relación a la instancia involucrada en más de la mitad de los casos, el sector social, específicamente el Instituto Mexicano del Seguro Social sigue representando la institución de mayor denuncia y demanda, es decir tanto en el ámbito penal como el administrativo/ civil. Así mismo el Distrito Federal junto con Jalisco abarcan cerca del 50% de la emisión de los dictámenes de Responsabilidad Profesional Médica. Por otro lado, la especialidad de Ginecología y Obstetricia, es la de mayor implicación en la investigación de Responsabilidad Profesional, aunado con el hecho que el sexo femenino constituyó poco menos de tres cuartas partes de los casos correspondientes, así mismo es congruente que el grupo de edad que se presentó en una tercera parte fue el grupo en edad fértil.

En el estudio de mérito el principal motivo de queja de los pacientes afectados o familiares fue la deficiencia en la atención médica, sin embargo no dejemos de lado, que esto es subjetivo ya que las versiones o declaraciones

tanto del paciente o familiar y del personal de salud involucrado pueden contraponerse. Los padecimientos que requirieron resolución quirúrgica y los padecimientos gineco- obstétricos fueron los más implicados en los casos de dictaminación de Responsabilidad Profesional Médica.

En relación a los informes institucionales o pronunciamientos, la mayor parte efectúan señalamientos en favor o favorables para el personal de salud, es menester señalar que al ser institucionales muchas de las veces son efectuados por el mismo personal involucrado por tanto se puede deducir que sean para su beneficio. En cuestión de los informes periciales, específicamente de los dictámenes periciales, se observó que en más de la mitad de los casos ya se contaba con al menos un dictamen de Responsabilidad Profesional Médica. Los dictámenes que contaban con certificado de defunción o acto de defunción o dictamen de Necropsia, todas las causas de muerte fueron padecimientos médicos, es decir, causa de muerte no traumática.

Por otro lado los casos que contienen conclusiones de dictámenes de otras instancias en el 60% concluyen con términos calificativos o emiten juicios, es decir, concluyen que en el personal de salud existió o no negligencia, omisión de medios diagnóstico- terapéuticos, impericia, imprudencia, falta al deber de cuidado, abandono de paciente o exceso de confianza, así mismo si existió o no Responsabilidad Profesional Médica. Se identificó que sólo en una minoría concluyó con términos imparciales, en base a la práctica médica. Así mismo se observó en cierto porcentaje que el médico confunde el actuar médico como iatrogenia con iatropatogenia, y se sigue usando en sentido estricto para referirse únicamente a los aspectos negativos, ya que se señaló en las conclusiones de otras instancias que no había elemento de iatrogenia.

En comparativa con las conclusiones de otras instancias y las conclusiones de la CONAMED, se observó una diferencia significativa, en relación a determinar si la práctica médica se ajustó o no a la *lex artis*, esto incluye si hubo o no cumplimiento de medios diagnóstico- terapéuticos, indicación y justificación del procedimiento médico- quirúrgico y si ameritaba o no clasificación médico forense, esto independientemente de la terminología calificativa utilizada en otras instancias. En todos los dictámenes institucionales se incluyeron notas médicas y la mayoría cuenta con estudios de laboratorio y gabinete. En cuestión a las hipótesis planteadas en los dictámenes institucionales emitidos por la CONAMED, se identificó que la mejor manera de evaluar el acto médico es que inicialmente se hagan un planteamientos de problema diferente a la que estamos acostumbrados que la autoridad nos asigne, es decir, analizar si la atención médica se ajustó o no la *lex artis*, así mismo si hubo o no cumplimiento de obligación de medios diagnóstico- terapéuticos, al igual que si existía o no indicación y justificación del procedimiento médico o clínico- quirúrgico y finalmente si las alteraciones en la salud, o secuelas o fallecimiento ameritaron la clasificación médico- forense, con estos planteamientos podemos dar resolución o dar contestación a la autoridad peticionaria, será labor del juez interpretar nuestras conclusiones y así evitar la emisión de juicios.

Para que el dictamen de Responsabilidad Profesional Médica tenga fundamento técnico- científico, las consideraciones técnicas, tienen que estar acorde o ser congruentes con el caso a analizar, así mismo, las fichas bibliográficas tiene que ser lo más actuales posibles, todo en relación al año en que ocurrieron los hechos a investigar, ya que pueden ser muy actualizadas pero no ser congruentes con el caso de análisis.

En relación con lo mencionado, se observó que en todos los dictámenes institucionales, el sustrato teórico o consideraciones técnicas son congruentes con el caso a analizar y las fichas bibliográficas corresponden al sustrato teórico, así mismo la bibliografía utilizada fue de 1 a 5 años de anterioridad, es decir, actualizada, conforme al año que pasaron los hechos del caso a analizar. Conforme a las conclusiones emitidas por la CONAMED se identificó en la mayoría que la práctica médica se ajustó a la *lex artis*, así como hubo cumplimiento de obligación de medios diagnóstico terapéuticos, al igual que sí había indicación y justificación del procedimiento médico- quirúrgico y así también en la mayoría no ameritaba clasificación médico forense.

Así mismo se observó que la mayoría de los casos no había nexo causal, o que las alteraciones en la salud, secuelas o fallecimiento eran propias de la historia natural de la enfermedad o se debían a riesgos inherentes o complicaciones, o que no existía nexo causal a pesar de la mal praxis. En el sector público, social o privado no hay cumplimiento en la Normatividad Sanitaria aplicable al momento de los hechos, es decir, no hay cumplimiento a las Normas Oficiales Mexicanas.

Los parámetros que se identificaron en los dictámenes de Responsabilidad Profesional Médica, descritos por la CONAMED fueron: **Introducción:** institución que emite el dictamen médico o a la que pertenece el perito, nombre del dictamen que se emitió, nombre de la persona quien solicita el dictamen, es decir, autoridad peticionaria, a que autoridad pertenece, si a la penal o administrativa, nombre del paciente o afectado, sector de salud implicado, instancia involucrada, estado de la República Mexicana involucrado, número de expediente o averiguación previa, lugar y fecha. **Antecedentes:** donde se realiza un resumen donde se explique panorámicamente la atención médica recibida. En este mismo apartado se capturan el motivo de queja, las declaraciones ante el Ministerio Público o ante el OIC, tanto del afectado o afectados como del personal médico involucrado, así mismo comparecencias, de todo esto lo más relevante, si obran informes institucionales, informes periciales, otros informes o resúmenes clínicos, al igual que se transcriben las notas médicas de mayor relevancia para el caso y si obran estudios de laboratorio, gabinete o histopatológicos se integran los de mayor importancia. **Análisis del caso:** donde se incluyen las hipótesis derivas del caso, el sustrato teórico o consideraciones técnicas, así mismo la discusión. **Bibliografía:** se citan las fichas bibliográficas. **Conclusiones:** las cuales son en base a las hipótesis derivadas al caso.

6. RECOMENDACIONES:

1. Unificar parámetros para la elaboración detallada del dictamen de Responsabilidad Profesional Médica.
2. Evitar utilizar términos calificativos o emitir juicios en las conclusiones de los dictámenes de Responsabilidad Profesional Médica o en las opiniones técnicas.
3. Incluir en los dictámenes de Responsabilidad Profesional Médica las siguientes hipótesis derivadas del caso: a) Si la atención médica otorgada se ajustó a la *lex artis*, así mismo si hubo cumplimiento de medios diagnóstico terapéuticos y si existía indicación y justificación del procedimiento médico quirúrgico b) Si el manejo de las complicaciones, derivadas por la práctica médica o por la enfermedad propia, se ajustó a la *lex artis*, c) Si existe nexo- causal entre elementos de mal praxis, complicaciones, secuelas y/o fallecimiento, d) Si derivado de mal praxis existen alteraciones en la salud a clasificar desde el punto de vista médico- forense, siempre y cuando apliquen al caso a analizar.
4. Contener en los dictámenes de Responsabilidad Profesional Médica fichas bibliográficas actuales, que vayan acorde al año en que sucedieron los hechos a investigar, es decir, que no sean de más 5 años de anterioridad y que contengan 11 fichas bibliográficas como mínimo.
5. Concluir en los dictámenes de Responsabilidad Profesional Médica en base a las hipótesis señaladas así como hacer énfasis si hay nexo de causalidad en la atención médica otorgada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Tamayo Ruy. **Notas Sobre la ignorancia médica y otros ensayos.** pp: 237- 239. 1991.
2. Vázquez Rodolfo. **Bioética y Derecho, fundamentos y problemas actuales.** pp: 114- 126. 2002.
3. Casa Madrid Mata Octavio. **Medicina asertiva, acto médico y derecho sanitario.** pp: 1- 257. 2008.
4. Paredes Sierra Raymundo y Rivero Serrano Octavio. **Ética en el ejercicio de la medicina.** pp: 223- 228. 2006.
5. Casa Madrid Mata Octavio. **La atención médica y el derecho sanitario.** pp: 1- 89. 2005.
6. Torres Ramírez Gloria Eugenia y Sánchez Tirado David. **Aspectos éticos y legales de la medicina.** pp: 15 y16. 2002.
7. Dobler López Irving. **La responsabilidad en el ejercicio médico.** pp: 88- 93. 2002
8. Pérez Tamayo Ruy. **Ciencia ética y sociedad.** pp: 37- 51. 2008.
9. García Garduza Ismael. **Procedimiento pericial médico forense.** pp: 20-103. 2012.
10. Ponce Malaver Moisés. **Responsabilidad médica.** Director de la División Central de Exámenes Médico Legales. Ejercicio de la Medicina. Artículo de revisión.
11. Pérez Tamayo Ruy. **Iatrogenia.** pp: 1- 12. 1994.
12. Carrillo Fabela Luz María Reyna. **La Responsabilidad Profesional del médico en México.** pp: 1- 127. , 2009.
13. Arellano González Martha. **Manual ético- legal de la práctica médica.** pp: 1- 61. 2005.
14. Informes mensuales de la Sala de Gestión Pericial de la CONAMED. 2013

15. Mariñelarena Mariñelarena Jorge Luis. **Responsabilidad Profesional Médica.** Rev Cirujano General. Vol. 33 Supl. 2 – 2011.
16. González Pérez Luis Raúl. **La Responsabilidad Profesional y el Dictamen Médico Institucional.** Rev IIDH, Instituto Interamericano de Derechos Humanos. No. 40, julio-diciembre 2004.
17. INEGI 2013. www.inegi.org.mx.
18. García Arellano Francisco. **El médico legista y la investigación de la responsabilidad profesional.** pp 1-11. 2008.
19. Ambrosio Ma. Teresa, Carrillo Fabela Luz, González Mora Bárbara. **La Responsabilidad del médico como servidor público en México.** Biblioteca virtual del Instituto de Investigaciones de la UNAM. www.juridicas.unam.mx. pp 497- 532.
20. Diccionario de la Real Academia Española. www.rae.es/recursos/diccionarios/drae. 2001.
21. Magal Georgina y Salas Gámez. **La responsabilidad profesional de los prestadores de servicio a la salud en México.** pp: 1- 33. 2006.
22. Pérez Espíndola Claudia. **La eficacia de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico para la exigibilidad de la responsabilidad médica.** Trabajo de investigación de la UNAM. 2008.
23. Guerra Vicente Luis. **La responsabilidad profesional médica en el código penal federal.** Trabajo de investigación de la UNAM. 2008.