



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

LA IMPORTANCIA DE LA BIOÉTICA EN LA RELACIÓN  
ODONTÓLOGO-PACIENTE.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

BEATRIZ ALEJANDRA RANGEL VILLA

TUTOR: Mtro. RICARDO ORTIZ SÁNCHEZ



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.

Agradezco a *Dios* por estar a mí lado en todo momento y permitirme finalizar una etapa importante en mi vida.

A *mi madre* porque siempre ha estado conmigo, apoyándome y ayudándome. Gracias a su esfuerzo y duro trabajo es que he llegado hasta donde estoy, sin ella mi sueño no hubiera podido ser posible. Te amo M.

Al *amor de mi vida*, que me ha regalado los mejores 7 años, llegaste a llenarme de amor y cariño, todo mi mundo cambio gracias a ti. Te amo Mish.

A *mi hermosa familia* por estar a mi lado, confiar en mí y ser mis pacientes.

A *mis amigos de la prepa*, con los que he forjado una gran amistad durante ya muchos años y que espero continúe así por mucho tiempo más.

A *mis amigas de la Facultad*, que hicieron que esta aventura fuera más amena y divertida, gracias por el apoyo, ayuda y su hermosa amistad.

Al profesor *Juan Carlos Flores Gutiérrez*, por ser un excelente profesor, gran ser humano y que se ha convertido en el doctor de mi familia.

Al profesor *Julio Morales González*, que además de ser un maravilloso profesor es una gran persona, gracias por el apoyo y ayuda que recibí de su parte, gracias por tan bonita amistad.

A *mi Facultad de Odontología* por brindarme los conocimientos para convertirme en Cirujana Dentista.

A *mi Universidad Nacional Autónoma de México* que me permitió formar parte de ella y ser un puma más.

A mi nana, mi segunda madre, que aunque ya no está conmigo físicamente me cuidó por muchos años y contribuyó a que fuera la mujer que soy ahora.

Sé que está observándome desde el cielo y está orgullosa de mí.

Te amo mamita

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>OBJETIVO.....</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO 1 BIOÉTICA.....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO 2 RELACIÓN ODONTÓLOGO PACIENTE.....</b>	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO 3 IATROGENIA.....</b>	<b>25</b>
3.1 Definición.....	25
3.2 Error médico.....	27
3.3 Simple ignorancia e Ignorancia atrevida.....	28
<b>CAPÍTULO 4 IATROPATOGENIA.....</b>	<b>30</b>
4.1 Definición.....	30
4.2 Por omisión.....	32
4.3 Por acción.....	33
4.4 Farmacológica.....	33
<b>CAPÍTULO 5 MAL PRAXIS.....</b>	<b>38</b>
5.1 Definición.....	38
5.2 Clasificación.....	39
5.2.1 Culpa.....	39
5.2.2 Imprudencia.....	42
5.2.3 Negligencia médica.....	43
5.2.4 Impericia.....	44
5.2.5 Impericia temeraria.....	45
5.2.6 Dolo.....	45

5.2.7 Error de diagnóstico o tratamiento.....	46
5.2.8 Falta de instrumental o técnica.....	47
5.2.9 Falla por confusión.....	47
5.3 Responsabilidad médica.....	48
5.3.1 Aspectos jurídicos.....	49
5.4 Responsabilidad civil.....	52
5.4.1 Aspectos jurídicos.....	53
<b>CAPÍTULO 6 MODELOS DE RELACIÓN.....</b>	<b>56</b>
6.1 Modelo paternalista.....	56
6.2 Modelo autónomo.....	57
6.3 Modelo responsable.....	57
6.4 Modelo de atención constitucional.....	58
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>60</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>61</b>

## INTRODUCCIÓN

Los grandes avances científicos y tecnológicos en el mundo han permitido alcanzar logros en nuestra vida diaria pero también es cierto que las relaciones sociales se han visto afectadas perdiéndose valores morales y culturales, esta situación se ve también reflejada en el trabajo profesional de la odontología, en específico en la relación odontólogo-paciente.

Por todo ello ha sido necesario retomar principios y valores, aplicándolos en la práctica médica. Es así como nace una disciplina llamada "Bioética".

El estudio de la bioética se manifiesta como una necesidad ante la presencia de conflictos éticos, especialmente relacionados con la salud, que ponen en riesgo la integridad del ser humano.

La bioética debe ser multidisciplinaria, además de médicos y profesionales de la salud deben integrarse abogados, filósofos, teólogos, antropólogos, etcétera.

La enseñanza de la bioética constituye un instrumento necesario para difundir correctamente los conocimientos de la bioética.

## **OBJETIVO**

Identificar la importancia de la bioética en la relación odontólogo-paciente en su práctica clínica.

## CAPÍTULO 1 BIOÉTICA

Hace tan solo treinta años, hasta 1970 nadie hablaba de bioética, no existía el término en lengua alguna. Por esto no sorprende que no exista una definición compartida de bioética y que existan muchas discusiones sobre su estatuto epistemológico. Incluso la historia de sus orígenes, a pesar de hallarse tan cercana a nosotros, es compleja y discutida en muchos de sus detalles.<sup>1, 2</sup>

El nacimiento de la bioética hay que reconocérselo a dos científicos clínicos, que en los años sesenta trabajaban en los Estados Unidos; el oncólogo Van Rensselaer Potter y el fisiólogo de embriología humana André Hellegers. Potter posee el mérito de haber forjado el término “bioética” y haber elaborado los rasgos esenciales de la fisonomía de esta nueva rama del saber. Por su parte, Hellegers “fue quien introdujo el término bioética y, con él, un campo de investigación de interés común en el mundo académico, en el de las ciencias biomédicas, en el gobierno y en los medios de comunicación”, aportando, además, cambios notables al modelo de bioética delineado por Potter.<sup>1, 2, 3</sup>

La aparición del término “bioética” tiene fecha y lugar precisos.<sup>1</sup>

En 1970 Potter publicó un artículo con el título Bioethics: The Science of Survival. El título, además de lanzar el nuevo término, proponía una concepción precisa de bioética; “ciencia de la supervivencia”.<sup>1, 2</sup>

Definición clásica de bioética “Estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y de la salud, examinada a la luz de los valores y principios morales”.<sup>1, 2</sup>

La bioética ha aparecido como una nueva materia de estudio que enlaza el conocimiento biológico con el conocimiento de los sistemas de valores humanos.<sup>1, 2</sup>

Esta ciencia de la supervivencia debe ser construida, desde luego, sobre las ciencias biológicas pero llegando más allá de sus confines tradicionales, es decir, incluyendo los elementos fundamentales de las ciencias sociales y antropológicas, con particular referencia a la filosofía en su sentido estricto de “amor a la sabiduría”.<sup>1, 2, 3</sup>

Su finalidad es no dejar solo en manos de biólogos, médicos e investigadores la gestión de los nuevos y siempre crecientes poderes sobre la vida, a los que se ha llegado con los rápidos y revolucionarios progresos científicos y técnicos.<sup>1, 2</sup>

La rapidez de la aceptación de la bioética en la sociedad contemporánea es un signo y una prueba evidente de que la bioética constituye la respuesta a una expectativa y una necesidad profunda y ampliamente difundida, aunque no sea explícitamente percibida por todos.<sup>1, 2, 3</sup>

## **Principios de Bioética de Beauchamp y Childress**

### **Autonomía**

Este principio se basa en la convicción de que el ser humano debe ser libre de todo control exterior y ser respetado en sus decisiones vitales básicas. Se refiere al respeto debido a los derechos fundamentales del hombre, incluido el de la autodeterminación. Es un principio profundamente enraizado en el conjunto de la cultura occidental aunque ha tardado en tener repercusiones en

el ámbito médico. Significa el reconocimiento de que el ser humano, también el enfermo, es un sujeto y no un objeto.<sup>2, 3, 4</sup>

El principio de autonomía significa, en el terreno médico, que el paciente debe ser correctamente informado de su situación y de las posibles alternativas de tratamiento que se le podrían aplicar.<sup>2, 3</sup>

La conclusión más concreta del reconocimiento del principio de autonomía en el enfermo se centra en el llamado *consentimiento informado*, que regula la relación entre el médico y su paciente.<sup>3, 4</sup>

No se refiere a la no interferencia con las decisiones del otro. Implica la obligación de crear y de mantener las condiciones para tomar decisiones autónomas al tiempo que se ayuda a despejar el temor y otras situaciones que destruyen o interfieren con las acciones autónomas. De este principio se desprende el deber de proteger a quienes no tienen esta capacidad.<sup>3, 4</sup>

## **Beneficencia**

En el ámbito médico, este principio obliga al profesional de la salud a poner el máximo empeño en atender al paciente y hacer cuanto pueda para mejorar su salud, de la forma que considere más adecuada. Es un principio ético básico que se aplica primariamente al paciente, aunque también a otros que pueden beneficiarse de un avance médico en particular. Es el principio ético primero de las actuaciones médicas y responde al fin primario de la medicina, que es el promover el bien para el enfermo y la sociedad; en él se han fundamentado los códigos médicos, desde el Juramento de Hipócrates.<sup>2, 3, 4</sup>

Tiene una dimensión positiva que implica el deber inquebrantable de llevar a cabo acciones específicas encaminadas a procurar el bienestar de las

personas, defender sus derechos, prevenir el daño, eliminar las condiciones que le generan riesgo, malestar y dolor, entre otras.<sup>3, 4</sup>

## **No-Maleficencia**

La práctica médica ha estado asociada con la máxima latina *primum non nocere*, “sobre todo, no hacer daño” que los médicos hipocráticos practicaban y enseñaban. Este principio es distinto a la beneficencia, ya que el deber de no dañar es más obligatorio que la exigencia de promover el bien, implica, sobre todo, el imperativo de hacer activamente el bien y de evitar el mal.<sup>2, 3, 4</sup>

El daño que se hace a una persona es más rechazable, en ciertas circunstancias, que el de no haber promovido su bien; la exigencia ética es más imperativa.<sup>2, 3</sup>

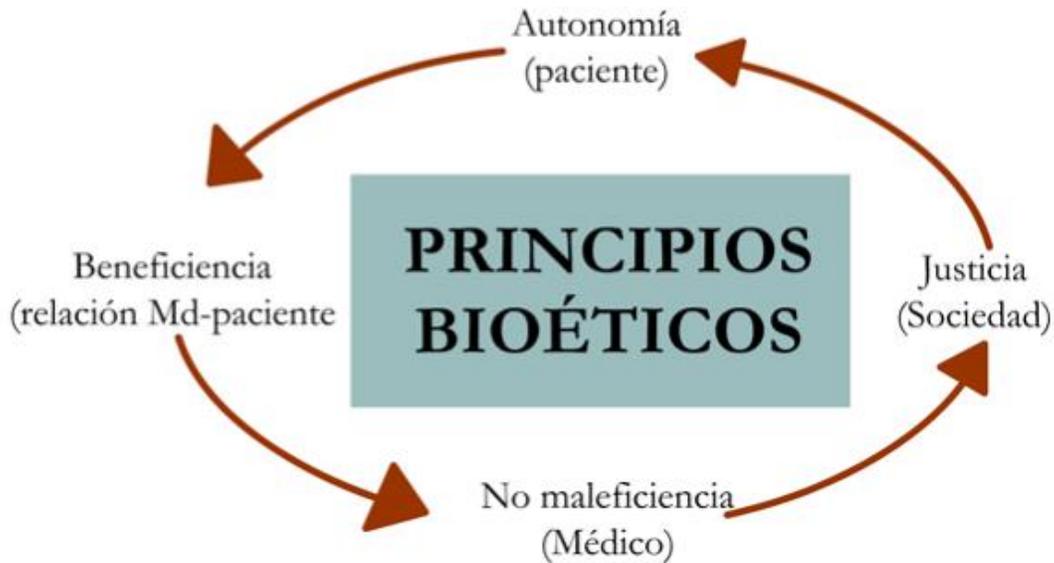
De este principio se derivan para el médico normas concretas como “no matar”, “no causar dolor”, etc.<sup>3</sup>

## **Justicia**

Se refiere a la obligación de igualdad en los tratamientos y, respecto del estado, en la distribución equitativa de los recursos para prestar los servicios de salud, investigación, etc.<sup>2, 3</sup>

Tradicionalmente, la justicia se ha identificado con la equidad, con dar a cada uno lo que le corresponde. Esta justicia o equidad no significa que se deba tratar a todos los pacientes de la misma forma, pero sí que cada uno tenga acceso a los servicios médicos adecuados, dignos y básicos.<sup>2, 3</sup>

Así mismo, en el trato con el paciente, el médico u odontólogo no deben anteponer juicios de valor ni hacer distinciones por origen racial, sociocultural o socioeconómico, creencias religiosas, ideológicas o de otra índole (Esquema 1).<sup>2,3</sup>



Esquema 1. Principios fundamentales de la bioética.

La bioética ha evolucionado hacia un movimiento internacional que abarca los aspectos tradicionales de la ética médica, la ética ambiental, los debates sobre los derechos de las futuras generaciones, el desarrollo sostenible, etc. La bioética es una instancia de juicio práctico que se ejerce en circunstancias concretas y a la que se le asigna una finalidad práctica a través de diferentes formas de institucionalización. La bioética se concibe como un campo interdisciplinario de especialistas y como un movimiento social y cultural de los ciudadanos.<sup>4,5</sup>

Es un área de conocimiento que se refiere a la moralidad de las nuevas formas de nacer, morir, curar y cuidar.<sup>4</sup>

La bioética es una disciplina:

- ❖ **Laica.** Busca acuerdos racionales entre personas de diferentes filiaciones religiosas o ateas. Es tolerante.<sup>4</sup>
- ❖ **Plural.** Reconoce y promueve la diversidad y trata de alcanzar acuerdos razonables entre diversas posturas dentro de una discusión que parta de mínimos compartidos. Reconoce la pluralidad no sólo como un hecho sino como un valor.<sup>4,5</sup>
- ❖ **Autónoma.** Es libre de influencias políticas, religiosas y económicas. Reconoce la capacidad de autorregulación del ser humano.<sup>4</sup>
- ❖ **Racional, filosófica y discursiva.** La realidad ética no se conoce *a priori* si no a través de la reflexión sobre las consecuencias de las decisiones.<sup>4,5</sup>
- ❖ **Universal.** Válida para todos, en cualquier lugar. Las decisiones deben ir más allá de los convencionalismos morales pues se aspira a decisiones responsables por vía del acuerdo intersubjetivo pero con base en acuerdos objetivos de mínimos como lo son los derechos humanos.<sup>4,5</sup>
- ❖ **Interdisciplinaria.** Comprende aspectos filosóficos, científicos, sociales antropológicos, psicológicos, técnicos, legales, del cuidado de la salud y de la investigación en salud.<sup>4,5</sup>

- ❖ **Intermediadora.** Promueve mecanismos razonados y racionales para la toma de decisiones difíciles y para resolver conflictos.<sup>4,5</sup>
  
- ❖ **Regulatoria o procedimental.** Apoyo a los protocolos, procedimientos, cuerpos colegiados.<sup>4</sup>
  
- ❖ **Aplicada.** Reflexiona y cuestiona problemas reales, cotidianos y concretos.<sup>4</sup>

Es obligación moral contemplar la tendencia humanista en la que se pondera la dignidad del hombre como ideal que compromete el derecho a la salud, sustentado en valores y prácticas orientadas hacia la igualdad, la justicia y la equidad, dentro de un marco de convivencia pacífica y solidaria.<sup>5, 6</sup>

En el transcurso de la historia, nuestro país se ha destacado por el compromiso moral y constitucional de otorgar servicios de salud de vanguardia con igualdad y conciencia, con su consecuente beneficio social.<sup>5, 6</sup>

Es así como se elabora el **Código de Bioética para el Personal Relacionado con la Salud Bucal**, que es un compendio de recomendaciones universales, basados en los principios básicos de la bioética: autonomía, beneficencia, no-maleficencia y equidad, con el firme objetivo de invitar a que el gremio reflexione y lo utilice como herramienta viable, comprensible y aplicable con beneficio científico, moral y social.<sup>5, 6, 7</sup>

La intención es que estas recomendaciones penetren entre los profesionales, para que estos actos médicos y morales se vuelvan naturales y se realicen simplemente por propia convicción para beneficio de pacientes, familiares, colegas, estudiantado y demás involucrado en la profesión odontológica.<sup>5, 6, 7</sup>

Otra de sus finalidades es armonizar el desempeño individual de los profesionales en la salud bucal en la búsqueda de la excelencia y que, a su vez, fortalezcan su identificación personal. También pretende prevenir conductas profesionales reprochables para favorecer la responsabilidad científica mediante un trato cálido, digno y justo, entre pacientes, colegas y demás integrantes relacionados.<sup>5, 6, 7</sup>

### **Código de Bioética: Principios generales**

- El personal de salud bucal debe reconocerse a sí mismo como ser humano, para posteriormente reconocer en el paciente al otro, a la persona que tiene una dignidad inalienable, poseedora de valores, que está inmersa en su medio ambiente, y no sólo como un individuo que busca y tiene necesidad de salud.<sup>6, 7, 8</sup>
- El personal de salud bucal debe cuidar y tratar con la misma conciencia y solicitud a todas las personas, sin distinción de raza, religión, ideas políticas, condición social, nacionalidad, género, preferencia sexual o cualquier otra circunstancia personal o social.<sup>6, 7, 8</sup>
- El personal de salud bucal debe evitar cualquier acto que pueda denigrar el honor o la dignidad del ejercicio de nuestra profesión, ya sea mentira, engaño o abuso, puesto que la práctica odontológica debe ser orientada bajo principios éticos, científicos y legales.<sup>6, 7, 8</sup>
- La calidad de la atención en los servicios de salud bucal que se otorgan a la población abierta, ya sean del sector público, privado o en instituciones educativas, debe ser la misma.<sup>6, 7</sup>

- No debe haber diferenciación de la atención entre una práctica institucional y la práctica en consultorio privado. Así mismo se debe evitar el aprovecharse de la práctica institucional para llevar pacientes a la propia práctica privada.<sup>6, 7, 8</sup>
  
- El personal de la salud bucal debe contar con las respectivas acreditaciones para llevar a cabo el ejercicio de su profesión, ya sea de práctica general o como especialistas, y no ostentar un grado académico con el que no se cuenta.<sup>6, 7, 8</sup>
  
- El personal de la salud bucal está obligado a guardar el secreto profesional, tanto del contenido de la historia clínica, así como también de todo lo que, por razón de su profesión, haya visto, escuchado y/o comprendido en relación con todos los pacientes. El secreto profesional debe mantenerse, aun cuando la relación profesional haya finalizado, ya sea de manera temporal o definitiva; este se podrá violar, solo si lo requiere alguna autoridad competente.<sup>6, 7, 8</sup>
  
- El personal de salud bucal debe asumir el compromiso para la educación continua y permanente en las áreas ética, científica y técnica, con el fin de brindar a sus pacientes el máximo de posibilidades de atención.<sup>6, 7, 8</sup>
  
- El personal de salud bucal debe efectuar tratamientos en los que cuente con el equipo necesario para realizarlo y esté científica y técnicamente capacitado. De no ser así, derivarlo al especialista indicado.<sup>6, 7, 8</sup>
  
- El cirujano dentista debe aplicar de manera responsable las nuevas tecnologías, fármacos, materiales de recién ingreso al mercado, y tener

conocimiento suficiente, basado en bibliografía científica confiable y no sólo en información proporcionada por el fabricante.<sup>6,7,8</sup>

- El cirujano dentista debe responsabilizarse y solucionar las iatropatogénias provocadas al paciente, ya sea por negligencia, impericia, imprudencia, abandono o accidente.<sup>6,7</sup>
- El cirujano dentista debe integrar un expediente clínico que incluya una historia clínica, así como un consentimiento válidamente informado.<sup>6,7</sup>
- Debe existir un respeto absoluto entre cirujanos dentistas y evitar comentarios negativos sobre la actuación profesional de otros colegas. Cuando se haya recibido a un paciente referido, se le realizará únicamente el tratamiento que fue solicitado y se contrarreferirá al colega al que nos lo envió.<sup>6,7,8</sup>
- El personal de salud bucal debe solventar sus diferencias de criterio, si existieran, ya sean científicas o éticas, en privado.<sup>6</sup>
- El personal de salud bucal debe fomentar y practicar la comunicación inter y transdisciplinaria para la atención integral de su paciente.<sup>6,7</sup>
- El cirujano dentista debe fomentar y practicar el respeto absoluto con el personal auxiliar y demás personas con las que se interrelaciona en su ámbito de trabajo, sin aprovechar su jerarquía.<sup>6,7,8</sup>
- El cirujano dentista debe respetar los honorarios pactados inicialmente con el paciente para llevar a cabo su tratamiento. En caso de modificación, será por mutuo acuerdo y deberá quedar asentado en el expediente clínico.<sup>6,7,8</sup>

- El cirujano dentista en su práctica privada establecerá sus honorarios de acuerdo con su competencia y grados de formación profesional, científica y técnicamente aplicadas, calidad de materiales e infraestructura instalada.<sup>6, 7, 8</sup>
- El personal de salud bucal no practicará la dicotomía en ninguna de sus modalidades. No aceptará ni dará comisiones u otra clase de retribución por remisión y aceptación de pacientes.<sup>6, 7, 8</sup>

La bioética se ha consolidado como un espacio de reflexión multidisciplinario necesario para abordar con éxito los problemas complejos suscitados en el ámbito específico de la atención sanitaria y ha ido ampliando progresivamente su enfoque para estudiar los factores naturales, tecnológicos y sociales que pueden tener repercusiones importantes sobre la salud humana y en la biosfera en su conjunto.<sup>8, 9</sup>

A pesar de ser una disciplina joven y en continuo desarrollo, se ha convertido en una herramienta fundamental para los comités y organismos que, con funciones predominantemente consultivas, son requeridos para elaborar informes, desarrollar tareas de formación de profesionales de la biomedicina e identificar los aspectos éticos en protocolos de investigación que implican a seres humanos.<sup>8, 9</sup>

## CAPÍTULO 2 RELACIÓN ODONTÓLOGO PACIENTE

Cuando un paciente entra en contacto con un médico y se establece una relación terapéutica, a expensas de ambos y de dicha relación, se desarrolla un sistema que tiene por objeto (finis operis) la interacción en el que tanto uno como el otro, se han de encontrar comprometidos en una causa que promueve a ambos en la consecución de un fin (finis operantis).<sup>9,10</sup>

Tanto el paciente como el médico buscan el bien; es decir, buscan promover y promoverse; y de la promoción del uno depende la promoción del otro.<sup>10, 11</sup>

En la relación médico-paciente se tiene como fin inmediato restaurar la salud del enfermo: lograr para él que sus funciones se acerquen lo más posible a la línea de trayectoria que en su naturaleza se representa como óptima. En otras palabras, que el paciente logre una integridad y totalidad de su realidad biológica con sus necesidades emocionales, con su entorno social y familiar y con su trascendencia espiritual. El acto conjunto del paciente y del médico en la búsqueda de dicho objetivo, promueve tanto al uno como al otro en la consecución de un bien que se ha elevado a fin y que perfecciona a ambos en un movimiento metafísico de actualización.<sup>9, 10,11</sup>

En función de tal situación, la relación médico-paciente conlleva responsabilidades tanto para uno como para el otro. El médico tiene responsabilidad con el paciente y consigo mismo; el paciente, de la misma manera, tiene responsabilidades con el médico y consigo mismo.<sup>9, 10</sup>

Este interjuego de compromiso tipifica la relación médico-paciente como una relación de sinergia.<sup>9</sup>

Las relaciones médico-paciente, como otras relaciones sociales, reflejan los valores generales de la moralidad humana en una sociedad. Estos valores se fundan en las creencias ontológicas básicas acerca de la naturaleza del hombre y de la sociedad. El carácter de las relaciones entre los médicos y sus pacientes apoyan o amenazan las creencias básicas que se mantienen en la sociedad.<sup>10, 11</sup>

Las habilidades y el compromiso de la medicina están enfocados hacia el restablecimiento de los seres humanos. Los conceptos de salud y enfermedad son biológicos y valorables. Por lo tanto, la medicina no se puede entender sin atender a la relación clínica. Más aún, la fuerza moral de la medicina esta aplicada y se deriva en la necesidad del cuidado de los pacientes.<sup>10, 11</sup>

Desde los inicios de la profesión médica, se ha pedido del paciente una obediencia ciega y una fe absoluta, no solo en el tratamiento que se considera más adecuado, sino también en la capacidad y en la virtud del médico. Sin embargo, el tiempo de los pacientes silenciosos y obedientes ha terminado y se vuelve cada día más necesaria su participación en los problemas que les atañen directamente. Exigen más información sobre su diagnóstico y acerca de las alternativas de tratamiento para tomar la decisión que más les convenga. Cuando no son adecuadamente informados, protestan. En la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, el 80% de las quejas son por la falta de comunicación adecuada de los médicos hacia los pacientes.<sup>9, 10, 11</sup>

La ciencia y la tecnología han logrado fabricar los mejores utensilios para establecer diagnósticos rápidos y precisos y la terapéutica ha tenido avances impresionantes para el alivio o la curación de enfermedades, pero los médicos hemos prestado muy poca atención en aprender a comunicarnos mejor con los pacientes. La confianza basada en la fe ciega, en la entrega pasiva, debe diferenciarse de la confianza que se gana después de haber dado a conocer

y de compartir con la otra persona lo que uno sabe y lo que no sabe, sobre la decisión que está por tomarse. Aunque esta confianza mutua es difícil de lograr y de sostener, importa muchísimo luchar x ella.<sup>9, 10, 11</sup>

Compartir decisiones no va muy de acuerdo con el criterio profesional de que los pacientes son tan ignorantes en cuestiones médicas y están tan ansiosos por su enfermedad que no se encuentran en condiciones de tomar decisiones que afecten su situación.<sup>10, 11</sup>

Estas creencias, profundamente arraigadas, hacen dudar de la capacidad de los pacientes en cuanto a tener una conducta autónoma. Es peligroso afirmar que para la práctica de arte y ciencia, basta que los médicos se atengan a sus intenciones benévolas, a sus actividades para juzgar que debe hacerse, o a sus capacidades para llevar a cabo su tarea con humanidad, paciencia, prudencia y sabiduría, todo aquello adquirido, se supone, a lo largo del ejercicio de su profesión. No es así de fácil. La medicina es una profesión compleja y también son complejas las interacciones entre médicos y pacientes.<sup>9, 10, 11</sup>

Los problemas en la relación médico-paciente, no son culpa solamente del médico. También los pacientes tienen una buena parte de la responsabilidad en esta falla de comunicación; olvidan su historia de enfermedades, no informan todos sus síntomas, ocultan aquellos que no les conviene decir, no piden aclaraciones cuando no entienden algo de lo que se les dice y, lo más común, no manifiestan que están en desacuerdo con el plan de estudio o de tratamiento que se les propone y simplemente no lo siguen.<sup>10, 11, 12</sup>

Este no es un problema nuevo. Hace más de dos milenios, Aristóteles escribió en su *Ética a Nicomaco*, el siguiente párrafo: “de manera parecida a los

enfermos que escuchan atentamente a sus médicos, sin hacer nada de lo que se les ordenan”.<sup>11</sup>

En estudios publicados acerca de la relación médico-paciente, el problema principal en esta relación es la incapacidad del médico para establecer la comunicación adecuada con sus pacientes. Generalmente los tratan con amabilidad y con interés pero no fueron instruidos para percibir y tolerar las dudas y las preguntas de sus enfermos, ni saben establecer la comunicación adecuada que permita al paciente comprender lo que está pasando en su organismo y cuáles son las alternativas para recuperar la salud. Es más acentuado el problema cuando el médico no sabe lo que le pasa a su paciente y se lo quiere hacer saber.<sup>10, 11, 12</sup>

Es siempre importante que (los enfermos) proporcionen a los miembros del equipo de salud toda la información necesaria para el diagnóstico y el tratamiento. El paciente desempeña un papel esencial, así como el equipo de salud, en asegurar que el diálogo mutuo se desarrolla correctamente.<sup>11,12</sup>

En la relación médico-paciente, el médico debe estar consciente de que el paciente no tiene dañado solo un órgano, si no que enferma de manera integral.<sup>11,12</sup>

En ocasiones se padece mucho más de lo que se está enfermo y no debe olvidarse que cuando un paciente enferma de algo grave, enferma con él la familia. Por todo ello no es vano recordar aquella vieja conseja médica que señala: “El médico pocas veces cura, algunas sana, pero siempre debe consolar”.<sup>10, 11, 12</sup>

Reconociendo que la relación médico-paciente ha existido siempre, surge la pregunta de si es importante que subsista aún en los tiempos actuales en que

la medicina se sustenta en la utilización cada vez más excesiva de métodos de diagnóstico y tratamiento que parecen ser el paradigma de la medicina actual. Los nuevos procedimientos enriquecen los recursos del médico, pero no sustituyen el poder terapéutico de una buena relación, que incluso debe servir para ayudar a médico y paciente en el uso de estos procedimientos, que son un indiscutible avance, pero que han cambiado los objetivos y paradigmas de la medicina y necesariamente cuando son utilizados en demasía sin criterio clínico adecuado y lo que es más triste olvidando que la razón de ser de nuestra profesión, debe ser y buscar el bienestar del enfermo.<sup>11, 12, 13</sup>

Los pacientes tienen el derecho de ser ampliamente informados sobre su estado de salud y sobre el aspecto médico de su condición, sobre la terapia médica propuesta, con la indicación de los riesgos potenciales y de los beneficios de cualquier terapia y sobre las alternativas posibles a la terapia propuesta, indicando también cuáles pueden ser las consecuencias si falla el tratamiento, el diagnóstico, el pronóstico y la evaluación del tratamiento.<sup>11,12,13</sup>

La comunicación al paciente debe hacerse de manera apropiada de tal forma que éste pueda comprender fácilmente y evitar el uso de una terminología demasiado técnica y poco comprensible.<sup>11, 12, 13</sup>

La relación médico paciente se está complicando con la cibermedicina que implica una relación que ya no es tan directa y que ya de por sí se había complicado con la medicina telefónica. El médico debe de plantearse como responsable de todo lo que sucede en esa relación y hay que cuidar si existe una relación asimétrica; entre más asimétrica más debemos de cuidar al paciente y cuidarlo hasta de mí mismo, es decir, que yo como médico no le vaya a imponer situaciones que no son convenientes para él.<sup>11, 12, 13</sup>

A veces el médico es el enemigo más peligroso de su paciente si no se hacen estas consideraciones.<sup>12</sup>

¿Qué se pone en juego en una relación médico-paciente? <sup>12</sup>

Estando frente a otra existencia humana se debe reconocer que ese individuo es autónomo, que debe de seguir siendo autónomo en sus decisiones y que el médico debe de generar una situación llamada empatía; debe de plantearse la posibilidad de que, primero, ese otro es otro yo, diferente a mí y en segundo lugar que ese otro yo vive en una situación que desencadena afectos, así que si se caen mal, no será su mejor médico ni él su mejor paciente. Deben de plantearse las necesidades desde la perspectiva de “si yo estuviera en su lugar, qué está pasando, qué está interpretando el paciente”.<sup>11, 12, 13</sup>

La relación médico paciente es una relación ética por definición, que siempre debe mantener una dinámica reflexiva, responsable, basada en que, entre mejores médicos existan mejor relación médico paciente se tendrá.<sup>12, 13</sup>

## CAPÍTULO 3 IATROGENIA

### 3.1 Definición

Del griego iatros: médico; geno: producido.

Dícese de toda alteración del estado del paciente producido por el médico.<sup>12,13</sup>

La lesión generada a un paciente a consecuencia de una atención legítima a la solicitud, a título de riesgo calculado en términos de la *lex artis* médica, siendo un mal necesario para proteger su salud.<sup>13, 14, 15</sup>

En resumen se refiere a los efectos nocivos del enfermo en su contacto con la medicina.<sup>14</sup>

Como lo menciona el maestro doctor Ruy Pérez Tamayo en su libro “*IATROGENIA*” estas pueden ser positivas o negativas.

Iatrogenia positiva: No daña al paciente.<sup>14, 15, 16,</sup>

Alteración, lesión o enfermedad que, por su ejercicio profesional correcto y sin culpa, produce un médico directa o indirectamente, a raíz de acciones o actitudes que intentan o logran beneficiar en otros aspectos, dado que se han utilizado métodos corrientes, usualmente idóneos, con indicación apropiada al caso. De ahí que sus acciones, aparecen en el curso de un método de diagnóstico, de un procedimiento preventivo o de una maniobra terapéutica.<sup>15,16, 17</sup>

La iatrogenia resulta sanitaria y jurídicamente fortuita e inevitable: el daño se produce más allá de toda previsión lógica en el caso, impidiendo obtener el

resultado o trastornando la aplicación de los medios comprometidos como objeto de la obligación medical. Se trataría pues del caso fortuito de la medicina. Se excluyen pues de la iatrogenia, a partir de esta definición, los casos donde hay culpa y dolo.<sup>14, 15, 16</sup>

El origen puede estar en una predisposición o idiosincrasia del individuo, estados patológicos anteriores o circunstancias posteriores (concausa); el estado de necesidad; los accidentes; reacciones adversas desconocidas de medicamentos, tóxicas, inmunológicas o alérgicas; el hospitalismo.<sup>14, 15,</sup>

Algunas actitudes médicas pueden provocar iatrogenias y sin ser imputables por falta de antijuridicidad, son reprochables desde el punto de vista ético; indicaciones innecesarias, como exceso de reposo; apendicectomías y amigdalectomías prematuras; uso abusivo de antibióticos o medicación sintomática; dolor; sufrimiento y molestias inútiles (uso prolongado de vía venosa, procedimientos y controles permanentes; encarnizamiento terapéutico, medicina defensiva); invasiones de la privacidad y al pudor, como en algunas recorridas de salas con alumnos; investigación clínica de escaso valor, actitudes, gestos o expresiones ambiguas o susceptibles de mala interpretación por el paciente; cierta complacencia con pedidos de pruebas diagnósticas o métodos terapéuticos, instados por familiares o por el propio enfermo.<sup>14, 15, 16, 17</sup>

La tendencia general es considerar la iatrogenia en este marco de inculpabilidad e inimputabilidad para con el profesional; sin embargo un número de autores asimilan la iatrogenia a actos o actitudes médicas intempestivas, incorporándola a la culpa profesional o mala praxis.<sup>16, 17</sup>

Por ello ante el daño, será necesario documentar las pruebas que asignan responsabilidad, tanto de parte del damnificado como del profesional actuante, que evidenciará su actuar según la *lex artis*.<sup>16, 17</sup>

Para evitar los desórdenes iatrogénicos se debe promover la investigación y la educación y organizar la promoción de estas tareas, fundamentalmente encarando la prevención de las complicaciones, registrarlas; promover la discusión permanente sobre estos temas, con intercambio de experiencias interdisciplinarias, anexando abogados especializados.<sup>15, 16, 17</sup>

### **3.2 Error médico**

Es la conducta inadecuada del profesional de la medicina que supone una inobservancia técnica, capaz de producir daño a la vida o agravio a la salud mediante impericia, imprudencia o negligencia.<sup>15, 16</sup>

El error implica un equívoco o desacierto. En la práctica médica puede ocurrir por la realización de acciones innecesarias, por la ejecución inadecuada de maniobras útiles y necesarias, y por la omisión de ciertas intervenciones potencialmente benéficas para el paciente.<sup>15, 16, 17</sup>

Es común atribuir un error médico a una conducta negligente (con descuido, irresponsabilidad o desinterés). Si bien esto puede ser aplicable en ciertos casos, se pierde de vista que, detrás del error y la negligencia, habitualmente existen condiciones desfavorables para las labores de los médicos. Es más, no es raro que, al deslindar responsabilidades en supuestos errores médicos, no sea posible identificar negligencia y sí, en cambio, encontrar condiciones inapropiadas para que los médicos cumplan con su trabajo en forma óptima.<sup>16,17, 18</sup>

Eh aquí algunas de ellas: bajas remuneraciones al trabajo médico; falta de materiales para el diagnóstico o tratamiento de las enfermedades; tendencia a la “rutinización” de las tareas, desprovistas así de creatividad e iniciativa; obstáculos diversos para la reflexión, el análisis, la crítica y la autocrítica por parte de los mismos médico; carencia de estímulos al trabajo de alta calidad y compromiso; responsabilidades excesivas por la complejidad o la cantidad de las tareas asignadas; burocratismo en la tramitación de los servicios requeridos y en la ejecución de las decisiones de los médicos; supervisión insuficiente o inadecuada del cumplimiento de las tareas y sus resultados; lucro desmedido en la prestación de servicios médicos privados.<sup>16,17, 18</sup>

Los errores deben verse mucho más como el efecto de las condiciones de trabajo que como una actitud deliberada y mal intencionada por parte del médico. Es obvio que puede ocurrir negligencia aún en condiciones de trabajo cercanas a lo ideal, pero lo importante es reconocer que el error hunde sus raíces en las condiciones desfavorables donde el médico actúa.<sup>17, 18</sup>

### **3.3 Simple ignorancia e Ignorancia atrevida**

**Ignorancia.** (Del lat Ignorantia). f. Falta de ciencia, de letras y noticias, general o particular. **Del derecho.** f. Der. Desconocimiento de la ley, el cual a nadie escusa, porque rige la necesaria presunción o ficción de que, promulgada aquella, han de saberla todos. **Invencible.** f. La que tiene alguien de algo, por no alcanzar motivo o razón para desconfiar de ello. **Supina.** f. La que procede de negligencia en aprender o inquirir lo que puede y debe saberse. **No quita pecado.** expr: U. Para explicar que la **ignorancia** de las cosas que se deben saber no exime de culpa. **No pecar alguien de-.** fr. Hacer algo con conocimiento de que no es razón el hacerlo, o después de advertido de que no lo debía hacer. **Pretender alguien-.** fr. Alegarla.<sup>15, 16, 17</sup>

**Simple.** (Del lat. simple, adv. De simplus). Adj. **Sin composición.** 2. Sencillo, sin complicaciones ni dificultades.<sup>16</sup>

**Atrevido,da.** (Del part. De atrever). Adj. **Que se atreve.** 2. Hecho o dicho con atrevimiento.<sup>16</sup>

**Atrevimiento.** m. Acción y efecto de atreverse (determinarse a algo arriesgado). 2. Acción y efecto de atreverse (insolentarse).<sup>16</sup>

En situaciones donde se genera un daño al paciente es competencia de las Normas oficiales en materia de salud (NOMS) intervenir para verificar si el actuar del médico o de la institución respectiva se ajustaron a ellas.<sup>16, 17</sup>

La norma que aplica en la atención médica odontológica es:

NOM-013-SSA2-2015. Para la prevención y control de enfermedades bucales.<sup>16, 17</sup>

## CAPÍTULO 4 IATROPATOGENIA

### 4.1 Definición

La lesión generada a un paciente, consecuencia de impericia, temeridad, negligencia o dolo del personal de salud.<sup>16</sup>

Esta palabra viene a significar el daño, o los daños, que un médico puede provocar en su paciente. Etimológicamente procede de “iatros”, que significa médico, en griego; “phatos”, enfermedad, daño; y “genos”, producir, engendrar. A veces se emplea el vocablo de “iatrogenia”, que no es muy adecuado porque sólo expresa “lo que procede del médico”, y de éste procede también, generalmente, la salud y la curación de sus enfermos.<sup>16, 17, 18</sup>

Por ello, para expresar las enfermedades que pudiera originar el médico por su mala actuación, nos quedamos con la palabra “iatropatogenia”, como más adecuada.<sup>16, 17, 18</sup>

Las causas de la iatropatogenia son múltiples, pero vamos a intentar agruparlas de acuerdo a las circunstancias que pueden provocarla.<sup>16, 17</sup>

#### **Iatropatogenia verbal**

El médico, con sus palabras, puede llegar a dañar al enfermo que no entiende los conceptos expresados por aquél. El enfermo queda confuso y deprimido al no poder evaluar lo que las palabras del médico significan.<sup>16,17</sup>

De ahí la importancia de que el médico cuide sus palabras, y no solamente sus palabras, sino también sus gestos y actitudes, y hasta el propio tono de su voz, para no contribuir a que el enfermo caiga en situaciones de angustia o confusión.<sup>16, 17</sup>

Ni subestimar, ni crear estados de tensión sobre la situación de un paciente. La prudencia debe extremarse aún más con enfermos propensos a la depresión.<sup>16, 17</sup>

### **Iatropatogenia quirúrgica**

Cuando en cirugía se cometen errores culpables estamos ante un caso de iatropatogenia quirúrgica.<sup>17</sup>

Es el resultado negativo secundario a un procedimiento quirúrgico, generado por descuido, desconocimiento o falta de destreza.<sup>17</sup>

### **Iatropatogenia en cascada**

Muchas veces hemos escuchado “que mala suerte tiene ese paciente, todo se le complica” y esto es debido a una serie de eventos ligados unos a otros que llevan implícita una acción iatropatogénica.<sup>16, 17</sup>

Durante toda la vida se ha esperado que el médico sea infalible en su ejercicio profesional, pues se ha considerado al médico como un ser sobredotado, con poderes fuera de la humanidad, al grado de considerarlo, algunos, como semidiós, lo que le da un halo mágico, que puede y debe resolver todos los problemas de salud de sus pacientes.<sup>16, 17, 18</sup>

Este concepto equivocado, surge en la población dada la rigurosa formación del médico, su desempeño disciplinado y la selección estricta de la mayoría de los médicos, pero los errores médicos harán su aparición a pesar de su formación profesional, si no tiene el cuidado de vigilar todos los puntos vulnerables, realizar las medidas de cuidado, contar con los insumos necesarios para realizar la práctica médica, pues de lo contrario puede causar un daño y cuando este es evidente, el médico queda obligado a una reparación económica y moral.<sup>16, 17, 18</sup>

## 4.2 Por omisión

Cuando el médico no explora sistemáticamente o si no realiza el diagnóstico y la terapéutica necesaria.<sup>16</sup>

Un acto médico puede ser iatrógeno tanto por “cometerse” o hacerse algo más o menos inconveniente, como por “omitir” algo necesario.<sup>16, 17</sup>

Una vez que la medicina ha comprobado una acción definitivamente útil y a la vez generalizable, su omisión durante la actividad médica que la haga necesaria puede ser considerada como una *omisión iatrógena*. El acto médico iatrógeno por omisión es algo más que un aparente juego de palabras y, por el contrario, puede ser una real y concreta fuente de iatropatías: no controlar el número de gases o apósitos introducidos en la cavidad abdominal es una omisión iatrógena cuando da como resultado una complicación que puede llegar a hacer mortal.<sup>17, 18, 19</sup>

En la escala de posibilidades, un extremo sería la ausencia más o menos acentuada de medidas antisépticas o la omisión de comprobar la correcta intubación esofágica antes del lavado gástrico o de la alimentación por sonda en un comatoso. En el otro extremo está la omisión lisa y llana del acto médico

global, flagrante en los hospitales donde se rechaza a pacientes que no constituyen material clínico interesante.<sup>17, 18, 19</sup>

### **4.3 Por acción**

Las acciones imprudentes, precipitadas e irracionales pueden conducir a daño grave del enfermo.<sup>17</sup>

### **4.4 Farmacológica**

Se ha planteado que no existe ningún medicamento absolutamente seguro y cada día hay más medicamentos, lo que favorece la confusión de quien prescribe y más aún si hay necesidad de combinar varios de ellos en el mismo paciente.<sup>17, 18, 19</sup>

La iatrogenia por medicamentos es el capítulo de la medicina interna que se va configurando en su real importancia a medida que se conoce mayor número de fármacos, y en relación directa al empleo de éstos por el médico general.<sup>17,18, 19</sup>

Ogilvie investigó especialmente las reacciones adversas a las drogas durante un periodo de doce meses, en los internados del Montreal General Hospital, y comprobó que el 18 por ciento de los pacientes sufrieron consecuencias indeseadas, por el uso de medicamentos.<sup>18, 19</sup>

Estas reacciones fueron la causa del 25 por ciento de las muertes ocurridas en ese servicio. De las 193 iatrogenias que se computaron, la mayoría fueron provocadas por drogas que se utilizan en gran escala desde hace muchos años, tales como digitálicos, quinidina, antimicrobianos, insulina y diuréticos.<sup>18,19</sup>

McEvilla, por su parte, señala que en su serie el 33 por ciento de las reacciones adversas fueron producidas por penicilina, ampicilina, tetraciclinas, nitrofurantoína y fenobarbital, y que el 59 por ciento de los efectos iatrógenos respondían a una patogenia alérgica.<sup>18, 19</sup>

En una completa enumeración de los factores implicados en la iatrogenia por medicamentos, Lorenzo Velázquez menciona como los más importantes:

- Conocimiento incompleto o erróneo de la acción farmacodinámica de las drogas y de la terapéutica clínica.
- Errores posológicos.
- Evaluación incorrecta de las condiciones del enfermo.
- Hipersensibilidad.
- Farmacogenética.
- Factores paramédicos (personal auxiliar, farmacia, etc).<sup>18, 19</sup>

La personalidad del médico y del paciente tienen también suma importancia en la determinación de la iatrogenia, así como la relación médico-paciente.<sup>18</sup>

Otros factores que deben tenerse en cuenta son la duración del tratamiento, la vía de administración del fármaco, la edad, el sexo, el peso corporal, los diversos estados fisiológicos, las condiciones del medio ambiente, la administración conjunta de otras drogas, etc. Un factor determinante de importancia es el desconocimiento por parte del médico de las drogas contenidas en los diversos preparados comerciales.<sup>18, 19, 20</sup>

Los distintos mecanismos de producción de la iatrogenia por medicamentos han sido enunciados por Meyler como sigue:

- 1) Dependientes de la toxicidad de la droga.

- a. Por sobredosis: se presentan en cualquier paciente que tome una dosis excesiva de la droga.<sup>19</sup>
  - b. Por sobredosis relativa: en pacientes con alteraciones en la eliminación de la droga (nefropatías, hepatopatías, etc.), o en diversas condiciones patológicas que exageran la respuesta a los medicamentos (morfina en los pulmonales crónicos o en hipotiroidismo; bloqueantes beta adrenérgicos en asma bronquial).<sup>19, 20</sup>
  - c. Respuesta exagerada o modificada por alteración genética (hemólisis por antipalúdicos sintéticos en personas con déficit de la glucosa-6-fosfato deshidrogenasa; polineuritis por isoniazida en inactivadores lentos de la droga).<sup>19, 20</sup>
  - d. Interacción de drogas: potenciación diuréticos y digitálicos; I.M.A.O. y simpaticomiméticos; fenilbutazone y sulfonamidas hipoglucemiantes; ácido acetilsalicílico y anticoagulantes, y antagonismo (barbitúricos) y anticoagulantes; antihipertensivos e imipramina.<sup>19, 20, 21</sup>
  - e. Diferencias sexuales (virilización por andrógenos; agranulocitosis por cloranfenicol, tres veces más frecuente en la mujer que en hombre).<sup>19,20</sup>
- 2) Dependientes de la acción farmacológica secundaria de la droga (taquicardia por anorexígenos; somnolencia por antihistamínicos; estreñimiento por hipnoanalgésicos; impotencia por antihipertensivos; úlcera péptica por corticoides; sobre infección por antibióticos).<sup>19, 20, 21</sup>

- 3) Dependientes de la sugestión (efectos secundarios por placebos; síntomas inducidos por el médico, etc.)<sup>19</sup>
  
- 4) Dependientes de la hipersensibilidad alérgica. Es la causa más importante de iatrogenia (urticaria, edema, angioneurótico y shock anafiláctico, por penicilina; arteritis por sulfonamidas; shock tiamínico; agranulocitosis, trombocitopenia, anemia hemolítica por diversas drogas).<sup>19, 20, 21</sup>

Las manifestaciones de la iatrogenia por medicamentos en los diversos aparatos y sistemas es variada y consiste en:

- 1) Reacciones de hipersensibilidad.  
Fiebre, leucocitosis, artralgias, reacciones cutáneas, rinitis, asma, shock anafiláctico, depresión de la función hematopoyética, necrosis hepática, ictericia obstructiva, degeneración tubular renal, vasculitis, fotosensibilidad, eosinofilia, adenopatías.<sup>19, 20, 21</sup>
  
- 2) Efectos sobre la sangre.  
Leucopenia, granulocitopenia, anemia aplásica, anemia hemolítica, trombocitopenia, trastornos de los factores de la coagulación.<sup>19</sup>
  
- 3) Hepatotoxicidad celular-colesterosis intrahepática.<sup>19</sup>
  
- 4) Nefrotoxicidad-daño glomerular y tubular.<sup>19</sup>
  
- 5) Efectos teratogénicos.<sup>19</sup>

- 6) Efectos sobre el sistema nervioso central y periférico. Trastornos de la conducta y modificaciones de la atención. Modificaciones de los reflejos, coordinación motora, etc.<sup>19, 20</sup>
  
- 7) Hábito y adicción.<sup>19</sup>
  
- 8) Efectos sobre el tracto gastrointestinal.  
Prácticamente todos los medicamentos administrados por vía bucal pueden provocar náuseas, vómito o diarreas.<sup>19, 20</sup>
  
- 9) Efectos sobre el aparato cardiovascular.  
Taquicardia, arritmias, hipotensión, hipertensión.<sup>19, 20</sup>
  
- 10) Efectos sobre el aparato respiratorio.  
Taquipnea, bradipnea, tos, etc.<sup>19</sup>
  
- 11) Efectos endócrinos y metabólicos.<sup>19</sup>

Por lo general las manifestaciones iatrógenas no se limitan a un solo aparato u órgano y los medicamentos pueden originar diversos efectos.<sup>19,20</sup>

## CAPÍTULO 5 MAL PRAXIS

### 5.1 Definición

Se define como una violación de los principios médicos fundamentales y no como una diferencia de opinión. La inobservancia de los señalamientos de la Lex Artis, la deontología médica o de las normas o leyes para el ejercicio profesional, conduce necesariamente a la mala práctica.<sup>21, 22, 23</sup>

La obligación del médico o del profesional de la salud no es de resultados, si no de medios, o sea que el prestador de la atención médica está obligado a ofrecer a su paciente los conocimientos de su ciencia y pericia, actuar con prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que sufre su paciente o de la no curación de este. En suma, el médico no está obligado a ofrecer curación, solo tiene la obligación de medios, y solo podrá ser obligado a responder de sus actos cuando se demuestre que incurrió en culpa por haber abandonado o descuidado al enfermo o por no haber utilizado diligentemente en su atención sus conocimientos científicos o por no haberle aplicado el tratamiento adecuado a su dolencia a pesar de que sabía que era el indicado.<sup>21, 22, 23, 24</sup>

Omisión por parte del médico, de prestar apropiadamente los servicios a que está obligado en su relación profesional con el paciente, omisión que da por resultado un cierto perjuicio para éste.<sup>21, 22</sup>

En términos generales, es el ejercicio inadecuado de cualquier profesión y en la actividad sanitaria se relaciona con un acto propio de la disciplina de que se trate, que, por no ceñirse a las normas de práctica médica (lex artis) esperadas

de él y, como resultado de ello, provoca un perjuicio, determinándose entre ambos una relación causa efecto, verificándose un accionar culposo (negligencia, imprudencia, impericia) por parte del profesional actuante<sup>21, 22, 23</sup>

Se exige pues un autor profesional, que por un acto propio de su arte, en relación causal y con algún grado de culpa, produce un daño mayor o menor a la estructura o al funcionamiento del organismo o a la salud de una persona.<sup>21, 22, 23</sup>

La mala praxis genera responsabilidad civil y/o penal.<sup>22</sup>

## **5.2 Clasificación**

### **5.2.1 Culpa**

La culpa se puede definir como una omisión de cálculo. Como una falta de previsión de un resultado desastroso. La culpa se puede derivar de la imprudencia, impericia o negligencia del facultativo. En la culpa falta la intención de dañar, pero habiendo existiendo una conducta negligente o con impericia o bien imprudente, con lo que se produce perjuicio a otro o que frustra el cumplimiento de una obligación, esta debe ser imputada a quien la causa. De esta manera se puede considerar a la culpa, fuente de responsabilidad.<sup>22,23,24</sup>

Se le define genéricamente como una falta de mayor o menor gravedad, cometida voluntariamente y con conocimiento.<sup>22</sup>

Jurídicamente tiene un concepto amplio, que significa cualquier violación a una obligación jurídica, inclusive intencional o dolosa. En sentido restringido

excluye al dolo, de tal manera que se le considera como “la violación dañosa del derecho ajeno, cometida con libertad, pero sin malicia, por alguna causa que puede y debe evitarse”.<sup>22, 23</sup>

Este tipo de culpa, que genera los cuasidelitos, significa la no prevención o falta de previsibilidad de un evento que es perfectamente previsible en el momento en que se manifiesta la voluntad del agente.<sup>22, 23</sup>

Se entiende como previsible aquello que se pudo o se debió prever poniendo el debido cuidado. Si no se puede prever, o si previsto no se pudo evitar, de trataría del caso fortuito. Por ello se dice que la culpa es un estado intermedio entre el dolo y el caso fortuito o fuerza mayor. Lo característico de la culpa, pues, es una inadvertencia, un descuido, una torpeza, es decir, una negligencia (usado a veces como sinónimo de culpa); una imprudencia o una impericia.<sup>22,23, 24</sup>

El agente que obra con culpa no tiene la intención de causar un daño, pero estaba obligado a prever las consecuencias de sus actos, de advertir el resultado producido. Ello obliga a repararlo y le ocasiona responsabilidad. En este sentido, diferente es el régimen de responsabilidades si la culpa está ligada a un contrato, es decir, una obligación preestablecida, o si se trata de un daño provocado a un extraño, fuera de toda relación convencional, simplemente por transgresión al deber que pesa sobre toda persona de no dañar a otro.<sup>22, 23, 24, 25</sup>

## **Culpa Civil**

Considerada la culpa como una infracción a una obligación preexistente fijada por la ley o por el contrato, y existiendo como presupuesto de la norma jurídica,

la norma moral que prohíbe hacer daño a los demás, nuestro Código exige la reparación conforme a la naturaleza y extensión del perjuicio.<sup>22, 23, 24</sup>

La definición del artículo 512 de la culpa del deudor en el cumplimiento de la obligación como “la omisión de aquellas diligencias que exigiere la naturaleza de la obligación y que correspondiesen a las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar”, determina una forma de apreciación de la culpa que se refiere concretamente a la calidad del sujeto y a las circunstancias del caso.<sup>22,23, 24</sup>

### **Culpa concurrente**

Existe cuando el daño resulta de la conexión de la culpa del autor y la del damnificado. Ambas acciones deben ser relevantes en ocasionar el daño y autónomas, no derivar una de la otra, no derivar una de la otra.<sup>22, 23</sup>

El autor sólo debe ser obligado a reparar el daño en la medida en que se ha contribuido a causarlo; es decir, que la culpa concurrente atenúa la responsabilidad del autor, debiendo indemnizar en menor proporción que la que le hubiere correspondido de no mediar la falta de la víctima y hace que ésta reciba una reparación más baja de la que hubiera recibido caso contrario.<sup>23, 24, 25</sup>

### **Culpa del enfermo**

Se trata de daños producidos por exclusiva conducta del paciente, por no acatar la prescripción médica, apartarse del tratamiento o abandonar al médico.<sup>22</sup>

En caso de ser demandado, el profesional deberá probar que la relación se ha extinguido por voluntad unilateral del enfermo, que dejó el tratamiento, que no volvió a la consulta.<sup>23, 24</sup>

## **Culpa penal**

Constituye una de las dos especies de la culpabilidad. La otra es el dolo.<sup>23</sup>

## **Culpa profesional**

Es la que cometen los profesionales en el ejercicio libre o bajo relación de dependencia, vinculada con las tareas que han convenido, las que deberán realizarse con cuidado, diligencia y de acuerdo a las reglas de su disciplina o *lex artis*.<sup>23, 24</sup>

La falta de idoneidad (impericia), la imprudencia, la negligencia o las contravenciones a las normas de la actividad, determinarán la exigencia de culpa y es fuente de responsabilidad, es decir, deber de reparar.<sup>23, 24</sup>

Se regula por los principios generales de la culpa y no por principios propios.<sup>24</sup>

### **5.2.2 Imprudencia**

Es la falta de prudencia. Negligencia inexcusable y punible en soslayo de las preocupaciones dictadas por el sentido común.<sup>24</sup>

Nuestra ley penal utiliza el término imprudencia como sinónimo de la no intención. La culpabilidad en su modalidad culposa consiste esencialmente en la no previsión de un resultado previsible. Falta de reflexión y cuidado.<sup>24,25, 26</sup>

En si es una acción temeraria que se efectúa a pesar de haberse previsto el resultado adverso que ocasionara el daño en el enfermo. Esto equivale a efectuar un acto médico sin las debidas precauciones.<sup>24, 25</sup>

Omisión de cautelas que la común experiencia de la vida enseña que se deben tomar en el cumplimiento de algunos actos y en el uso de ciertas cosas.<sup>24, 25</sup>

Es realizar un acto con ligereza, sin las adecuadas precauciones. Es conducta positiva consistente en una acción de la cual habría que abstenerse o realizada de manera prematura o precipitada, sin prever las consecuencias en que podría desembocar su acción, de por sí reflexiva.<sup>24, 25</sup>

### **5.2.3 Negligencia médica**

Es el acto en que incurre un prestador de servicios de salud cuando al brindar sus servicios incurre en descuido de precauciones y atenciones calificados como necesarios en la actividad profesional médica, o sea que se puede configurar un defecto de la realización del acto o bien una omisión.<sup>25, 26, 27</sup>

Se habla de negligencia cuando a pesar del conocimiento de lo que debe hacerse, no se aplica y se provoca un daño. Equivale a descuido u omisión.<sup>25,26</sup>

Podemos considerar un gran número de posibilidades entre las que se incluyen todos los registros defectuosos en las historias clínicas, inobservancia de las Normas Oficiales y la Ley General de Salud, la delegación del cuidado del paciente a personal no calificado o sin suficiente preparación; el abandono del paciente, o vigilancia deficiente del paciente de acuerdo a sus condiciones clínicas. Someter al paciente a tratamientos nos sustentados en la Lex Artis o cuando no se pondera el riesgo benéfico.<sup>25, 26, 27</sup>

Conducta omisiva, descuido, falta de aplicación, contraría a las normas que imponen determinado comportamiento, atento y precavido, específico y preocupado; constituye con la imprudencia (con la que a veces se confunde) y la impericia, una de las figuras clásicas de la culpa.<sup>26, 27</sup>

#### **5.2.4 Impericia**

El diccionario la define como torpeza, falta de maestría e impericia. Se habla de impericia cuando falta la capacidad total o parcial de pericia; esta es de conocimientos técnicos y prácticos, de experiencia y conocimientos de quien emprende un tratamiento médico, y trae como consecuencia un daño al paciente. En suma consiste en la incapacidad técnica para el ejercicio de la profesión médica. En los tratamientos de tipo quirúrgico o invasivo, se debe tener en cuenta el riesgo/beneficio, diagnóstico preoperatorio, la técnica utilizada, el conocimiento de las variaciones anatómicas, y la experiencia ante tales situaciones y el manejo postoperatorio entre otros muchos.<sup>26, 27, 28, 29</sup>

Podemos incluir los errores de diagnóstico que suelen deberse usualmente a la impericia del médico tratante, lo que conlleva a un tratamiento inadecuado o lesivo para el paciente, como consecuencia de deficiente conocimiento o inexperiencia del médico. La impericia en sí refleja una carencia de ética médica y una falta de respeto a la integridad del paciente, o sea no reconocer sus limitaciones e inexperiencia en aquellas situaciones que sobrepasan su nivel de preparación o falta de actualización en sus conocimientos o habilidades técnicas.<sup>27, 28, 29</sup>

Falta de conocimientos necesarios, elementales, suficientes y falta de habilidad, torpeza e ineptitud en la ejecución del acto profesional; no posesión de la preparación o capacidad requeridas o ineptitud o ignorancia para ejercer una profesión; el desconocimiento de las exigencias de la *lex artis*, mediante

un comportamiento inadecuado, conforme a las normas, medios y deberes de la profesión; incapacidad técnica para el ejercicio de una función determinada, profesión o arte.<sup>27, 28, 29</sup>

### **5.2.5 Impericia temeraria**

El sometimiento a riesgos innecesarios a causa de falta de conocimiento.<sup>28,29</sup>

### **5.2.6 Dolo**

Maquinación o artificio para dañar a otro o para engañarlo o perjudicarlo en su salud. En términos éticos, el médico se prepara para garantizar el derecho a la protección de la salud y no existe en su actuar la intención de causar daño o muerte a su paciente. No obstante, existen circunstancias en que se puede presentar este tipo de delitos dolosos, los cuales ocurren cuando el prestador de los servicios de salud viola a conciencia la ley y está enterado de las consecuencias que dicha conducta trae consigo.<sup>28, 29, 30</sup>

Un ejemplo claro de los mismos son: el aborto criminal, la charlatanería, la inducción del suicidio; cirugías simuladas o innecesarias o tratamientos médicos no justificados con fines de lucro. Se debe ser sumamente escrupuloso con un supuesto de este tipo, y deben ser probados plenamente.<sup>28, 29,30</sup>

Se usa con distintos significados, aunque poseen en común la actitud positiva y consiente o la intencionalidad en el accionar tanto en el delito civil como en el penal.<sup>29, 30</sup>

En el primer caso se denomina de esa manera al hecho ilícito cometido a sabiendas (con conocimiento y deliberadamente, con previsión del resultado)

y con intención de dañar (con propósito expresamente maligno). De esa manera en el delito civil, el sujeto actúa voluntariamente, ejecutando un acto reprobado por la ley, del que se sigue un daño querido por el agente.<sup>29, 30, 31</sup>

Si el dolo es sustituido por la culpa, el acto sigue siendo ilícito pero como cuasidelito.<sup>30</sup>

En el ámbito penal es una de las formas de culpabilidad: obra con dolo quien tiene conciencia de la criminalidad del acto; cuando el autor sabe lo que hace y hace lo que quiere; produce un resultado típicamente antijurídico, con la conciencia de estar quebrantado un deber, con voluntad de realizar el acto y con representación del resultado que quiere o consiente.<sup>29, 30, 31</sup>

El dolo puede ser directo cuando existe la voluntad concreta de dañar. Indirecto o eventual cuando no se tiene la voluntad concreta de dañar pero no descarta que pueda producirse el daño y a pesar de ello, continua adelante; este último caso no queda aprehendido en el dolo civil, porque la motivación no es lograr el daño producido.<sup>29, 30, 31</sup>

### **5.2.7 Error de diagnóstico o tratamiento**

Consecuencia de una pobre semiología y de una exploración física superficial y que puede establecer un diagnóstico erróneo y por consiguiente un tratamiento equivocado que generará consecuencias al paciente.<sup>29, 30, 31</sup>

Es fundamental considerar el sitio donde se presta la atención médica, las circunstancias personales del profesional, las causas o hechos que pudieron influir en el resultado.<sup>30, 31</sup>

Este daño puede ser causado por un mal diagnóstico que origina la prolongación de la enfermedad, haciendo surgir complicaciones en el curso de la misma que podrían haber evitado haciendo a tiempo exámenes completos y exactos del paciente.<sup>30, 31</sup>

Un mal diagnóstico lleva consigo un tratamiento inadecuado que no va a conducir nunca a la mejoría del paciente.<sup>31</sup>

### **5.2.8 Falta de instrumental o técnica**

Las lesiones o daños surgidos con el uso de equipos por fallas técnicas del operador o del propio equipo utilizado. Incapacidad para poder realizar una técnica que haya contribuido al daño o muerte del paciente.<sup>31, 32</sup>

### **5.2.9 Falla por confusión**

En este tipo de faltas deben delimitarse las responsabilidades de cada uno de los integrantes del equipo de salud.<sup>31</sup>

## **Principales elementos para establecer mala práctica en caso concreto**

- ❖ Sometimiento del paciente a riesgo innecesario. A dicho propósito no es el riesgo potencial e idóneo para tener por cierta la mala práctica, a menester que el paciente haya estado en o sufrido el riesgo. Es decir, no se trata del riesgo teórico previsto en la literatura médica, es necesario que el riesgo se haya actualizado en el caso concreto. (mala práctica)<sup>30, 31, 32</sup>

- ❖ Agravamiento o muerte del paciente por atención con falta de calidad.<sup>31</sup>
- ❖ Presencia de lesiones injustificadas.<sup>31</sup>
- ❖ Obtención de remuneraciones fraudulentamente obtenidas.<sup>31</sup>
- ❖ Realización de prácticas o suministro de insumos notoriamente inapropiados.<sup>31, 32</sup>
- ❖ Sustitución o simulación medicamentosa.<sup>31</sup>
- ❖ Presencia de actos de violencia física o moral.<sup>31</sup>
- ❖ Incumplimiento de obligaciones de medios, seguridad y, en su caso, de resultados.<sup>31, 32</sup>
- ❖ Realización de actos médicos sin la previa sanción de comisiones y comités (de investigación, de ética, de bioseguridad o del comité interno de trasplantes).<sup>31, 32</sup>
- ❖ Transgresión a normas prohibitivas (prácticas de abortos delictivos o eutanasia).<sup>31, 32</sup>

### **5.3 Responsabilidad médica**

Por responsabilidad se entiende la necesidad de reparar los daños y perjuicios que se han ocasionado a una persona derivado del obrar ilícito de otra.<sup>31, 32</sup>

La palabra responsabilidad proviene de *responderé* que significa, interalia: “prometer”, “merecer”, “pagar”. Así, *responsalis* “el que responde” (fiador).<sup>32</sup>

Desde el punto de vista gramatical por responsabilidad se entiende como la: “Cualidad de responder, deuda, obligación de reparar y satisfacer por sí mismo o por otra persona a consecuencia de un delito, de un delito o de otra causa legal...”<sup>31, 32</sup>

Posiblemente el cariz legal más antiguo que implica el castigo material sea el Talión (del latín talio), pena que consiste en hacer sufrir al infractor un daño igual al que causo. Esto es, “ojo por ojo, diente por diente” o dicho de otra manera “tal harás, tal hallarás”.<sup>31, 32</sup>

Uno de los primeros Códigos legales en los cuales se hace referencia a la responsabilidad profesional y castigo al infractor, es el de Hammurabi, 2000 años a.C. Dentro de las profesiones mencionaba a los médicos y especificaba los castigos a los incumplidores, algunos tan drásticos como pérdida de manos e incluso de la vida.<sup>31, 32</sup>

Los códigos legales mejor elaborados y de los cuales derivan las leyes actuales en casi todo el mundo, con pequeñas variantes en cada país con el Código Romano y las reformas que se le hicieron después de la Revolución Francesa.<sup>31, 32</sup>

Actualmente las leyes de todos los países tipifican y penalizan los delitos a la desviación de las normas legales profesionales, incluida desde luego la medicina.<sup>32</sup>

En naciones de origen latino, la afinidad entre normas éticas, leyes civiles, penales y laborales es muy marcada.<sup>32</sup>

La responsabilidad profesional médica es la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios incluso, dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio profesional.<sup>31, 32</sup>

### **5.3.1 Aspectos jurídicos**

En el ámbito jurídico se le ha definido como: “la obligación que tiene una persona de subsanar el perjuicio producido o el daño causado a un tercero, porque así lo disponga una ley, lo requiera una convención originaria, lo estipule un contrato, o se desprenda de ciertos hechos ocurridos, independientemente de que en ellos exista o no, culpa del obligado a subsanar”.<sup>30, 31, 32</sup>

Como hemos indicado **la responsabilidad se encuentra regulada en el Código Civil Federal**, ésta es el género, la responsabilidad profesional es una especie de aquella y la responsabilidad médica una subespecie.<sup>31, 32</sup>

**El derecho a la salud, se encuentra regulado en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos** en donde se regula que toda persona tiene derecho a la salud; por lo tanto el médico debe respetar ese derecho humano.<sup>30, 31, 32</sup>

Podemos afirmar que **también norman el tema** que nos ocupa **el contenido de la fracción XIV del artículo 73° de la Carta Magna** en donde se regula que el Congreso tendrá facultades para dictar normas en materia de salubridad general.<sup>30, 31, 32</sup>

**El artículo 5° constitucional** también es importante para el tema en estudio por que **regula la libertad del trabajo y el ejercicio profesional**, en donde ubicamos también la actividad que desarrolla el médico.<sup>31, 32</sup>

De acuerdo con el artículo 73° fracción XVI de nuestra Carta Magna la salubridad general estará a cargo de la federación, y **la Ley General de Salud establece la distribución de competencias entre la federación y las entidades federativas**, además de regular el funcionamiento del sistema nacional de salud; encontrando también la Ley de Salud del Distrito Federal.<sup>30,31, 32</sup>

Importante para nuestro estudio resulta la hipótesis normativa prevista en el artículo 32° de la Ley General de Salud que señala lo que debe entenderse por atención médica indicado. Que es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con la finalidad de proteger, promover y restaurar su salud. Y en el artículo 51° establece que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad y a recibir atención profesional y éticamente responsable.<sup>30, 31, 32</sup>

Por otra parte, **en la Ley Federal del Trabajo encontramos los principios y reglas para poder determinar el monto de la indemnización** en caso de que exista alguna lesión corporal, sea haya generado una incapacidad o en el peor de los casos, la muerte del paciente.<sup>31, 32</sup>

También se aplican a la responsabilidad médica las reglas de la responsabilidad civil que se encuentran en el Código Civil Federal en los artículos 1916, 1917, 1934, 2108, 2109, 2110, así como los preceptos que regulan al contrato de prestación de servicios profesionales, entre otros artículos.<sup>30, 31, 32</sup>

No hay que olvidar que también hay que tomar en cuenta **las normas oficiales mexicanas (NOM'S)** que **son de aplicación en todo el territorio nacional, de observancia obligatoria y de carácter administrativo.** <sup>32, 33, 34</sup>

La finalidad de esas normas oficiales es la de organizar diversas actividades relativas a los bienes y servicios dentro de la industria, el comercio o en materia laboral.<sup>31, 32</sup>

**Las normas oficiales en materia de salud son importantes porque en ellas se describen directrices a seguir para la atención del paciente** y en caso de no cumplirse por el facultativo y a consecuencia de ello se genere un daño éste se deberá reparar; por lo tanto, es importante que en un procedimiento de responsabilidad médica se verifique si el actuar del médico o de la institución respectiva se ajustaron a ellas.<sup>31, 32, 33, 34</sup>

El Código Civil Federal, no contiene una regulación específica de la responsabilidad médica, sin embargo, como ya se indicó con anterioridad se aplicarán a ella las hipótesis normativas que reglamentan la responsabilidad así como lo referente al contrato de prestación de servicios profesionales.<sup>31, 32</sup>

**Importante también dentro del marco jurídico es la *Lex artis médica*** la cual se integra con todos los principios de carácter científico y ético que norman el actuar del médico; la *Lex artis médica ad hoc* se refiere al conjunto de principios científicos y éticos que son aplicables única y exclusivamente a un caso médico concreto.<sup>30, 31, 32</sup>

#### **5.4 Responsabilidad civil**

Se define a la responsabilidad civil como la obligación de responder ante los demás, por actos propios o de quienes se encuentren a nuestro servicio, según

lo que se marca en la legislación civil, penal, ley de profesiones etcétera, es decir, la obligación de resarcir de los daños y perjuicios ocasionados con nuestro actuar o de nuestros subordinados por incumplimiento de una obligación, sea ésta materia de contratos, cuasicontratos o porque así lo indica la ley. Hay que aclarar que existe responsabilidad civil contractual cuando existe un acuerdo de voluntades de quien da y recibe la prestación, sea verbal o escrita, y extracontractual, cuando la prestación se hace en calidad de “intermediario” o cuando la ley indique una obligación. En cualquiera de estas modalidades, el incumplimiento ocasiona un perjuicio o daño a alguien.<sup>30, 31, 32</sup>

La responsabilidad civil del médico surge ante la simple *omisión de la prestación asistencial* de vida y mediando *daño* en la persona del paciente, ya que obra (antijuridicidad por omisión) en violación del artículo 1074 código civil. Es decir, “conforma una conducta antijurídica la negativa del médico a brindar la asistencia adecuada (cuyas pautas, por la misión social y de compromiso con el interés público que distingue a la profesión, trascienden el ámbito contractual en que se las describe) a un enfermo portador de una lesión de extrema gravedad, por no poder éste pagarle sus servicios. Constituye una responsabilidad por acto ilícito, la negativa del médico a brindar la atención adecuada que exigía la lesión sufrida por el paciente.”<sup>30, 31, 32</sup>

#### **5.4.1 Aspectos jurídicos**

La doctrina en materia de responsabilidad civil refiere que puede haber responsabilidad civil contractual, extracontractual, objetiva y subjetiva.<sup>31</sup>

Respecto de la responsabilidad contractual nuestro Máximo Tribunal ha determinado en una tesis aislada que ésta corresponde a la obligación de reparar los daños y perjuicios ocasionados por el incumplimiento de las obligaciones derivadas de una norma jurídica individualizada y que en cambio

la responsabilidad extracontractual no deriva del incumplimiento de un acuerdo de voluntades, sino de un hecho que violenta la ley en sentido amplio, es decir, de un derecho absoluto que es correlativo de un deber de abstención que está a cargo de un sujeto pasivo universal e indeterminado.<sup>30, 31, 32</sup>

La responsabilidad subjetiva surge por la conducta que tenga el sujeto y que es contraria a la ley o contra las buenas costumbres y en donde necesariamente debe haber culpa de su autor sea este intencional o no.<sup>31, 32</sup>

Los elementos que integran este tipo de responsabilidad son: "...1. El incumplimiento objetivo, o material, que consiste en la infracción al deber, sea mediante el incumplimiento de un contrato, sea a través de la violación del deber general o específico establecido en una norma jurídica, 2. Un factor de atribución de responsabilidad (subjetivo), esto es, una razón suficiente para asignar el deber de reparar al sujeto señalado como deudor, 3. El daño; y, 4. Una situación de causalidad suficiente entre el hecho y el daño, es decir, que pueda predicarse del hecho que es causa (fuente) inmediata y directa del daño.<sup>30, 31, 32</sup>

En esa responsabilidad subjetiva vemos que toma gran importancia la culpa la cuál es un elemento psicológico subjetivo que consiste en la intención de dañar que sería un actuar doloso o bien en el actuar torpe, negligente o con descuido que causa un daño y que obliga a su responsable a indemnizar.<sup>31,32</sup>

En relación a la responsabilidad objetiva, conocida también como la teoría de la responsabilidad por el riesgo creado, podemos afirmar que es aquella en la que incurre una persona que por la posesión, manipulación, utilización o aprovechamiento de objetos que en si mismos son peligrosos causa un daño a un tercero independientemente de que hubiese mediado o no en su actuar

culpa; siendo la única excluyente de responsabilidad la negligencia inexcusable de la víctima.<sup>30, 31, 32</sup>

Luego entonces, los elementos de la responsabilidad objetiva son:

1. El uso, manipulación, utilización o explotación de cosas peligrosas; 2. La existencia de un daño; y, 3. La relación de causa efecto entre el hecho y el daño. Reunidos todos ellos, el sujeto que originó el daño está obligado a indemnizar independientemente que haya obrado o no con culpa.<sup>31, 32</sup>

Sobre el particular podemos afirmar que las cosas son en sí mismas peligrosas cuando por su propia naturaleza sólo podrán cumplir con su función en tanto que originan un riesgo.<sup>31, 32</sup>

## CAPÍTULO 6 MODELOS DE RELACIÓN

En la atención de los enfermos hemos señalado, un aspecto primordial es la relación médico-paciente, cuyas bases se encuentran en los principios mismos de la bioética.<sup>33, 34</sup>

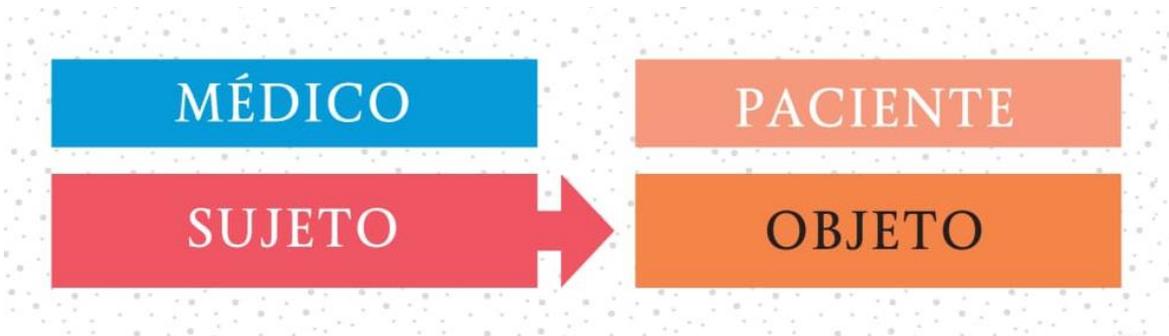
La relación médico-paciente es el contrato, generalmente no escrito, establecido por personas autónomas libres de iniciar, continuar o romper esta relación.<sup>33, 34</sup>

En la interacción del enfermo con el médico y el equipo de salud, basada en la comunicación y la disposición para conseguir objetivos comunes, como son la prevención de enfermedades, preservación y recuperación de la salud, con rehabilitación y reintegración al núcleo familiar, social y en ocasiones laboral, existen varios modelos de relación médico-paciente; cuatro son los más importantes y comúnmente aceptados.<sup>34, 35, 36</sup>

### 6.1 Modelo paternalista

En el que prevalece la actitud autoritaria del médico que dirige las acciones, indica y/o realiza los procedimientos diagnósticos terapéuticos, mientras que el enfermo solo acata las indicaciones, sin que se tomen en cuenta su opinión, dudas o temores.<sup>34, 35</sup>

Es una relación tipo sujeto-objeto en la cual, aunque se trata de beneficiar al enfermo, no se respetan su autonomía, su libertad, su capacidad y derecho a decidir. Este modelo es frecuente en México y países latinoamericanos, sobre todo en el medio rural (Esquema 2).<sup>35, 36</sup>



Esquema 2. Modelo paternalista médico-paciente.

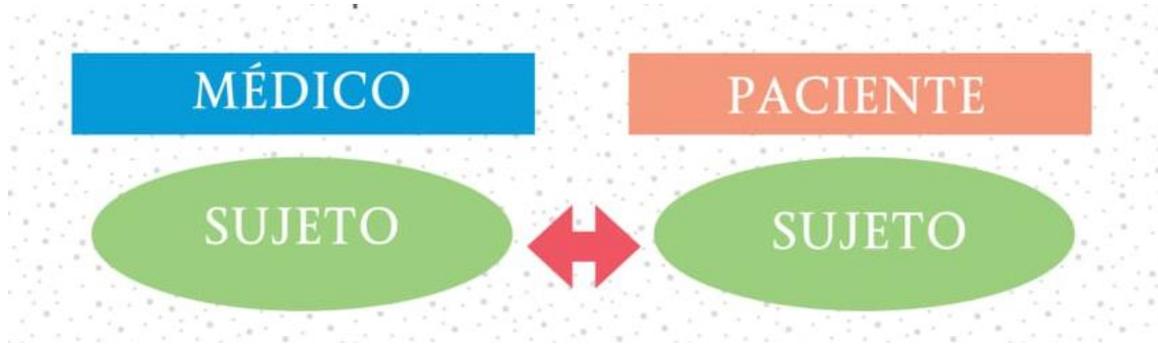
## 6.2 Modelo autónomo

En contraste con el anterior, es el enfermo quien, de acuerdo con sus conocimientos o bien por la información obtenida, pide o exige que de acuerdo con el diagnóstico establecido, se realicen determinados procedimientos diagnóstico-terapéuticos. Es una relación tipo sujeto-objeto que suele ocurrir cuando el médico tratante tiene poca experiencia.<sup>34, 35</sup>

En estos casos el abuso de autonomía del enfermo puede ser perjudicial.<sup>35</sup>

## 6.3 Modelo responsable

En este modelo se establece una buena comunicación, se informa al enfermo y la familia, lo referente a su enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, así como la posibilidad de complicaciones. Se aclaran sus dudas y se trata de disipar sus temores; se discuten las alternativas y en forma conjunta se toma la mejor decisión. En este momento interviene la autonomía, la libertad y el juicio del paciente, en relación a lo que quiere o lo que espera, todo ello bajo la orientación del médico tratante. Es una relación tipo sujeto-sujeto, por lo que debe ser deseable tratar de implementarla (Esquema 3).<sup>34,35,36</sup>



Esquema 3. Modelo responsable médico-paciente

#### 6.4 Modelo de atención constitucional

En él la atención se lleva a cabo de acuerdo con disposiciones administrativas estrictas; se siguen protocolos de manejo rígidos, el enfermo no elige al médico tratante y no siempre es atendido por el mismo médico lo cual interfiere en la relación médico-paciente. El exceso de burocracia y trámites administrativos retarda el tratamiento y deteriora la relación, que es de tipo sujeto-objeto.<sup>34, 35, 36</sup>

Este modelo es frecuente en la medicina institucional, aunque también ocurre hoy día en la atención proporcionada por empresas prestadoras de servicios y por compañías de seguros.<sup>34, 35</sup>

La terminación de la relación médico-paciente puede darse por la falta de colaboración del enfermo o sus familiares, falta de empatía o incompatibilidad en sus valores morales, imposibilidad física o técnica del médico para atender al enfermo, falta de los recursos materiales y humanos para una adecuada atención, interferencia de los familiares, persona responsable u otros médicos, petición explícita del enfermo, familiares o del propio médico. En la práctica

institucional existen limitantes y circunstancias especiales, especificadas en los contratos o convenios con empresas o compañías de seguros que dan por terminada la relación.<sup>34, 35,36</sup>

## CONCLUSIONES

La atención que brinda el odontólogo al paciente debe estar encaminada a proporcionar un servicio eficiente y digno.

En la actualidad el paciente es una persona participativa, que se involucra en el tratamiento indicado por el médico, ya no se considera un objeto.

La práctica de principios bioéticos en nuestros días debe favorecer la relación odontólogo-paciente, evitando de esta manera situaciones dañinas que pongan en riesgo la salud e integridad del paciente así como también afectaciones laborales y/o económicas al cirujano dentista.

La **bioética** hoy en día es una disciplina imprescindible en nuestro quehacer profesional, pues mientras más conscientes seamos de nuestra labor odontológica, mejor será nuestro desempeño laboral y se verá reflejado en diagnósticos, tratamientos, cirugías, etc., de calidad para el paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ciccone L. Bioética: historia, principios, cuestiones. 1ª ed. Madrid, España: Editorial Pelicano, 2005. Pp. 12-19.
2. Rensselaer V. Bioethics. Bridge to the future. University of Oregon. Printed in the United States of America, 1971. Hallado en: [https://mafiadoc.com/bioethics-the-science-of-survival-pdf\\_59b7f8ca1723dddbc635a56d.html](https://mafiadoc.com/bioethics-the-science-of-survival-pdf_59b7f8ca1723dddbc635a56d.html)
3. García H., Limón L. Bioética General. 2ª ed. México: Editorial Trillas, 2014. Pp. 72-74.
4. Secretaría de Salud. Hospital Juárez. Comité institucional de Bioética. Concepto y principios de la Bioética, 2016. Hallado en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/59F0B1DF\\_F4B09FFB05257D18006D362B/\\$FILE/ceboax-0105.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/59F0B1DF_F4B09FFB05257D18006D362B/$FILE/ceboax-0105.pdf)
5. Frenk M. Código de Bioética para el personal relacionado con la salud bucal. Comisión Nacional de Bioética. Secretaría de Salud, 2006. Hallado en: [https://www.adm.org.mx/descargas/codigo\\_bioetica.pdf](https://www.adm.org.mx/descargas/codigo_bioetica.pdf)
6. Zerón A. Gutiérrez V. Código de ética. Asociación Dental Mexicana. Federación Nacional de Colegios de Cirujanos Dentistas, 1996. Hallado en: [https://www.adm.org.mx/descargas/codigo\\_etica.pdf](https://www.adm.org.mx/descargas/codigo_etica.pdf)
7. Kuthy Porter J., Villalobos Pérez J., Martínez González O., Tarasco Michel M. Introducción a la bioética. 3ª ed. México: Méndez Editores, 2009. Pp. 85-88.
8. Hernández J. Bioética general. 1ª ed. México: Editorial Manual Moderno, 2002. Pp. 291-297.
9. Sagols L. Interfaz bioética. 1ª ed. México: Editorial Fantamara, 2006. Pp. 9-10.

10. Sevilla M. Perspectiva global de la Bioética. 1ª ed. México: IPN, 2015. Pp. 175-176.
11. Olvera J., Márquez O., Fernández M., Ruiz S. Bioética. El final de la vida y las voluntades anticipadas. 1ª ed. México: Editorial Gedisha, 2017. Pp. 110-123.
12. Arrubarrena V. La relación médico paciente. Medigraphic.org. Cirujano General. Vol. 33, Supl. 2, 2011. Hallado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112c.pdf>
13. Ruiz M. Temas Selectos con Bioética. Comisión Nacional de Bioética. Gaceta con Bioética, 2016. Hallado en: [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Temas\\_Selectos\\_de\\_CONBIOETICA.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Temas_Selectos_de_CONBIOETICA.pdf)
14. Bertrand M. El error médico. Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico, 2005. Hallado en: [http://www.conamed.gob.mx/comisiones\\_estatales/coesamed\\_nayarit/publicaciones/pdf/error\\_medico.pdf](http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/error_medico.pdf)
15. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 22ª ed. España: Editorial Espasa, 2001. Pp. 713, 845, 1247, 1253, 1257, 2067, 2150.
16. Orizaba S. Diccionario Jurídico: El ABC del derecho. Términos jurídicos y administrativos. 1ª ed. México: Editorial Sista, 2006. Pp.
17. Pérez T. Iatrogenia. 1ª ed. México: Editorial Cromocolor, 1994. Pp. 6-12, 197-198.
18. Glosario de términos médico-jurídicos, 2012. Hallado en: [http://www.conamed.gob.mx/comisiones\\_estatales/coesamed\\_nayarit/publicaciones/pdf/glosario.pdf](http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/glosario.pdf)
19. Roldán J. Ética médica. 3ª ed. México: Librería parroquial de claveria, 1990. Pp. 71-73
20. Torres G. Sánchez D. Aspectos éticos y legales de la medicina. 1ª ed. México: Universidad Autónoma Metropolitana México, 2002. Pp. 10-14

21. Mendoza N. León J. Figueroa J. Iatrogenia farmacológica. Rev. Fac. Med. UNAM Vol. 47. No. 1, 2004. Hallado en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-1/RFM47112.pdf>
22. Cervantes J. Iatrogenia en cirugía. 1ª ed. México: Salvat editores, 1991. Pp.182-187.
23. Bañuelos D. La mala práctica. Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico, 2005. Hallado en: [http://www.conamed.gob.mx/comisiones\\_estatales/coesamed\\_nayarit/publicaciones/pdf/mala\\_practica.pdf](http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/mala_practica.pdf)
24. Montoya P. Responsabilidad civil médica. Biblioteca Jurídica Virtual de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, 2013. Hallado en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3835/13.pdf>
25. Gispert J. Conceptos de bioética y responsabilidad médica. 3ª ed. México, D.F: Editorial Manual Moderno, 2005. Pp. 277.
26. Vázquez R. Bioética y derecho. 2ª ed. México: Editorial Fondo de Cultura Económica, 2002. Pp. 114-126
27. Dobler I. La responsabilidad del ejercicio médico. 2ª ed. México, D.F: Editorial Manual Moderno, 2002. Pp. 145-150.
28. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México. El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada, 2017. Hallado en: <http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/DH-Salud-Responsabilidad-Medico-Legal.pdf>
29. Dehesa G. Etimología jurídica. 3ª ed. México: Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2004. Pp. 110, 233, 247-248,
30. Boletín Conamed-Ops. Órgano de difusión del Centro Colaborador en materia de Calidad y Seguridad del paciente. Organización Mundial de la Salud, 2017. Hallado en: <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/boletin.php>

31. Díaz E. Lecciones de derecho penal para el nuevo sistema de justicia en México. UNAM. Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2016. Hallado en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3805/7.pdf>
32. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Dirección General de Difusión e Investigación. Análisis de la queja médica en el servicio de Odontología, 2017. Hallado en: [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/monografias/pdf/5\\_odontologia.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/monografias/pdf/5_odontologia.pdf)
33. Revista CONAMED. Órgano de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Vol. 17. No. 1, 2012. Hallado en: [http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA\\_ENE-MAR\\_2012.pdf](http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA_ENE-MAR_2012.pdf)
34. Norma Oficial Mexicana. Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de la Federación, 2015. Hallado en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5462039&fecha=23/11/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5462039&fecha=23/11/2016)
35. Triana J. Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED. Medigraphic Artemisa en línea. Revista odontológica mexicana. Vol 11, Núm. 2, 2007. Hallado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2007/uo072h.pdf>
36. Revista CONAMED. Órgano de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Vol. 19. Supl. 1, 2014. Hallado en: [http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA\\_OCT-DIC\\_2014\\_supl.pdf](http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA_OCT-DIC_2014_supl.pdf)