



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE DERECHO

Seminario de Derecho Civil

**LA RESPONSABILIDAD MÉDICA Y LA VIOLENCIA
CONTRA EL PERSONAL DE SALUD.**

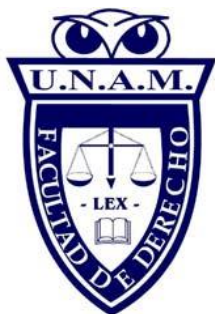
Tesis que para optar por el título de Licenciada en Derecho

Presenta:

María Jazmín Jardines Pérez

Directora de Tesis:

Mtra. Aida del Carmen San Vicente Parada





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE DERECHO
SEMINARIO DE DERECHO CIVIL

OFICIO INTERNO: SEMCIV/106/2019
ASUNTO: Aprobación de Tesis.

**LIC. IVONNE RAMÍREZ WENCE,
DIRECTORA GENERAL DE LA
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR, U.N.A.M.,
P R E S E N T E.**

La alumna, **JARDINES PÉREZ MARÍA JAZMÍN**, quien tiene el número de cuenta **091345073**, elaboró bajo la asesoría y responsabilidad de la **MTRA. AIDA DEL CARMEN SAN VICENTE PARADA**, la tesis denominada "**La responsabilidad médica y la violencia contra el personal de salud**", y que consta de fojas **107** útiles.

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

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

Reciba un cordial saludo.

"POR MI RAZA, HABLARÁ EL ESPIRITU"

Cd. Universitaria, Cd. de México, a 4 de noviembre de 2019.


Mtra. María del Carmen Montoya Pérez.
Directora del Seminario.



FACULTAD DE DERECHO
SEMINARIO DE
DERECHO CIVIL

CIUDAD UNIVERSITARIA A 25 DE OCTUBRE DE 2019.

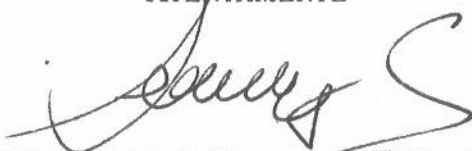
MTRA. MARÍA DEL CARMEN MONTOYA PÉREZ
DIRECTORA DEL SEMINARIO DE DERECHO CIVIL
TURNO VESPERTINO
FACULTAD DE DERECHO
U N A M

P R E S E N T E

Distinguida maestra, me permito distraer su fina atención, para hacer de su conocimiento que la alumna María Jazmín Jardines Pérez, con número de cuenta 09134507-3, ha concluido satisfactoriamente el trabajo de investigación intitulado: *“La Responsabilidad Médica y la Violencia contra el Personal de Salud”*. Tesis que hoy someto a su consideración ya que se encuentra debidamente inscrita en el seminario que dignamente tiene a su cargo, y que tuve a bien dirigir hasta su culminación.

Sin más por el momento agradezco de antemano la atención brindada al presente y aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo y reiterarle que estoy a sus gentiles órdenes.

ATENTAMENTE



MTRA. EN DER. AIDA DEL CARMEN SAN VICENTE PARADA

*A mis hijas, Abril y Odette:
La motivación más profunda para
seguir adelante me la dieron ustedes,
las amo.*

Enrique:

*Mi esposo, mi confidente, mi amigo
mi aliado, gracias por creer en esta aventura,
darme todo tu amor y tu apoyo para seguir.*

*Psic. Karina Jardines (mi hermanita):
El empeño y entusiasmo que le tienes al estudio,
gran motivo que me esforzó a seguir mi camino.*

*A mis padres y hermana:
Gracias por su tiempo invertido en este proyecto.*

La responsabilidad médica y la violencia contra el personal de salud.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	I
CAPÍTULO 1. MARCO CONCEPTUAL	1
1.1 Médico	1
1.2 Personal de Salud	2
1.3 Paciente	4
1.4 Ética Profesional	5
1.5 Daño Moral	8
CAPTÍTULO 2. EL DERECHO SANITARIO Y SUS APORTACIONES	14
2.1 Evolución Histórica	14
2.2 Comisión Nacional de Arbitraje Médico	17
2.2.1 Antecedentes	
2.2.2 Funciones	
2.3 La Comunicación Médico-Paciente	23
2.4 Derechos y Deberes de Médicos y Paciente	27
CAPÍTULO 3. CONSECUENCIAS DEL DAÑO MORAL CAUSADO POR USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD AL PERSONAL SANITARIO.	35
3.1 Responsabilidad Civil	35
3.2 Circunstancias que causan Daño Moral al Personal de Salud	44
3.3 Revisión de caso	55
CAPÍTULO 4. DERECHO COMPARADO: VIOLENCIA CONTRA EL PERSONAL DE SALUD	58
4.1 Perú y Paraguay	66
4.2 Uruguay	67
4.3 Argentina	67
4.4 España	69

CAPÍTULO 5. PROPUESTA DE MODIFICACIÓN EN EL CÓDIGO CIVIL PARA LA CIUDAD DE MÉXICO Y EN LA LEY GENERAL DE SALUD PARA CONTRARRESTAR LAS AGRESIONES QUE RECIBA EL PERSONAL DE SALUD.	74
5.1 Adición del párrafo tercero al artículo 1916 del Código Civil para el Distrito Federal, que corresponde al daño moral ocasionado a servidores públicos.	78
5.2 Propuesta de reforma a la Ley General de Salud; adición del artículo 48 Bis, sobre las atribuciones de las Instituciones de Salud para emitir protocolos internos a seguir en caso de violencia contra el personal de salud.	80
5.3 Reforma a la Ley General de Salud en el Título Tercero, Capítulo IV.	82
CONCLUSIONES	85
ANEXOS	
Anexo 1	92
Anexo 2	94
Anexo 3	98
BIBLIOGRAFÍA	102

INTRODUCCIÓN

El objetivo general de esta tesis es proponer reformas en la legislación, específicamente en la Ley General de Salud, para lograr un trato igualitario en la atención médica, como beneficiario y como profesional de salud. Para lograr lo anterior se propone la expedición de normas que obliguen al beneficiario a tener un trato amable y respetuoso con el personal que le brinda la atención médica, evitando causar un daño moral al personal de salud.

El derecho a la salud, plasmado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 4, es uno de los más importantes dentro de nuestra sociedad y para el ser humano, pudiendo así mantener una buena calidad de vida, siendo un derecho fundamental y por ello debe ser protegido y reconocido por el Estado.

Existen normas e instituciones que regulan la manera en que deben conducirse, tanto pacientes como médicos, para otorgar, eficientemente, los servicios de salud, como son: los derechos de los pacientes, las obligaciones del médico; y como institución protectora de atención al paciente la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

La responsabilidad médica dentro de este enfoque es de suma importancia para mantener la salud de las personas, ya que la negligencia o la mala *praxis*, repercute y llega a violar el derecho a la salud, quienes a consecuencia de esto llegan a tener una calidad de vida degradada o hasta llegar a perderla.

Es muy importante que el paciente tenga dentro de su enfermedad la atención, el tratamiento y el seguimiento adecuado de la misma, por lo que el médico debe de dirigir el buen manejo de la enfermedad del paciente. Pues bien, se ha hablado de la atención que debe tener el paciente por parte del médico, y ahora, ¿qué postura y/o comportamiento debe tener el paciente hacia el médico?

Poco se ha hablado sobre el tema y de hecho la regulación al respecto es casi nula, últimamente en nuestro país y en hospitales del Sector Salud, se han visto y escuchado casos de médicos que son agredidos por sus pacientes o los familiares de éstos. Ese comportamiento puede ser resultado de diferentes factores que aunado con el estrés y la preocupación que sufren durante la enfermedad da como resultado agresiones que recibe el profesional de la salud.

El objetivo de la presente investigación es retomar este último punto, principalmente, y proponer cambios en las leyes o creación de algún ente que pueda redimir estos actos que perjudican la atención adecuada y de calidad en los servicios de salud.

Si bien es indiscutible que debe ser protegida la salud de las personas también es verdad que el médico debe, indudablemente, tener protección para poder ejercer su profesión con libertad, como lo menciona el artículo 5 de nuestra Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Las agresiones físicas y verbales que en los últimos años se han visto dentro de hospitales y/o clínicas deben ser sancionadas efectivamente, sin llegar a una negativa de atención médica; los pacientes deben asumir un comportamiento adecuado dentro de las instituciones de salud. Esto mejorará notablemente la calidad de la atención y la pronta recuperación en los pacientes de su enfermedad.

Para lo anterior esta tesis se compone de 5 capítulos:

El capítulo I se intitula *Marco Conceptual*, donde se desplegarán los conceptos que están vinculados con el desarrollo del tema, esto ayudará a identificar la postura de cada uno de los sujetos dentro del sistema de salud de nuestro país. Así como entender la ética de los profesionales de salud y el punto fundamental, que es explicar el daño moral y como repercute en las personas.

El capítulo II, *el Derecho Sanitario y sus aportaciones*, nos introducirá a los antecedentes políticos y como es que se implementó el Sistema Nacional de

Salud en México, conoceremos la institución que se creó para dirimir conflictos entre médicos y pacientes y los motivos de creación de esta institución, que si bien ha sido benéfico para los pacientes, se deben realizar acciones que complementen su función, para beneficio del personal de salud.

Consecuencias del Daño Moral causado por usuarios de los servicios de salud al personal sanitario, es el tema desarrollado en el capítulo III, el cual nos relata más detalladamente qué sucede en el caso que el personal de salud sea agredido por familiares, hablando así de responsabilidad civil y, en el caso de causar un daño moral, como repercute en la persona agredida; se presentará un caso de agresión en un hospital público y los resultados de una encuesta realizada al personal del mismo nosocomio.

Por su parte, en el denominado capítulo IV, *Derecho Comparado: Violencia contra el personal de salud*; se analizarán algunos países que han realizado acciones necesarias para el caso de las agresiones al personal sanitario. Conoceremos las acciones que países como Perú, Paraguay y Uruguay han tomado para minimizar estos actos; y en países como Argentina y España ha legislado y que acciones han realizado para proteger al personal de salud.

Dentro del capítulo V se establece la *propuesta de modificación en el Código Civil para el Distrito Federal, hoy Ciudad de México, y en la Ley General de Salud para contrarrestar las agresiones que reciba el personal de salud*, la propuesta para la Ley General de Salud, exigirá que todas las instituciones de salud ya sean públicas o privadas tengan protocolos a seguir en caso de agresión a personal de salud y cuando sean más recurrentes o pongan en riesgo la integridad de la persona, se apegarán a lo que señale la propuesta de adición en el Código Civil para el Distrito Federal, hoy Ciudad de México.

CAPÍTULO 1

MARCO CONCEPTUAL

1.1 Médico

Como antecedentes de esta profesión, tenemos que en los mayas existían familias y hasta linajes que se dedicaban al arte de la medicina. Los conocimientos médicos eran transmitidos por los ancianos a los jóvenes; el adiestramiento en este arte comenzaba temprano en la vida, primero como ayudante pasando por aprendiz hasta convertirse en médico. Hombres y mujeres eran considerados igualmente aptos para el ejercicio del arte, sin embargo mientras el hombre alcanzaba el “doctorado” en su juventud, la mujer alcanzaba una condición similar hasta pasada la menopausia; es decir cuando ya estaba libre de “impureza”¹. Actualmente esta palabra como muchas en el idioma español puede tener dos significados, podemos llamar médico a aquello que pertenece o que forma parte del ámbito de la medicina, o también, permite referirse al profesional que, tras cursar los estudios necesarios y obtener el título correspondiente, cuenta con una autorización legal para ejercer la medicina.²

En este trabajo ocuparemos el segundo significado. El médico, por lo tanto, es el que se dedica al ejercicio de la medicina, que está entre las denominadas Ciencias de la Salud. Este grupo abarca todas las disciplinas encargadas de analizar las enfermedades y la salud y, a un nivel más general, la vida y la muerte. Su objetivo es desarrollar tareas de prevención y ofrecer tratamientos ante los trastornos que alteran el bienestar de los individuos.

¹ Méndez Cervantes, Francisco. *Compendio de Historia Gráfica de la Medicina Mexicana*, México, Méndez Editores, 2008, p. 26,27.

² Ucha, Florencia, *Definición ABC*, <https://www.definicionabc.com/salud/medico.php>, [19 febrero 2018, 11:40 horas.]

En siglos pasados, y en diferentes culturas, el *médico* era la persona estudiada que atendía las enfermedades de una comunidad, mucho se le respetaba y se le daba entera confianza dentro de una familia, al grado de considerarlo como un miembro más.

Hoy en día el médico es el profesionalista dedicado a cuidar de la salud de las personas dentro de una institución de Salud Pública y/o privada, no involucrándose más allá del cuidado del paciente.

Esta práctica profesional implica una relación entre el médico (quien se desempeña como agente activo), el enfermo (el paciente o agente pasivo que recibe la acción del primero) y la enfermedad (el eslabón entre las partes antes mencionadas). En el lenguaje cotidiano suele ser conocido como *doctor*, es prudente detallar que coloquialmente es llamado así, aunque no es lo correcto ya que la palabra doctor se utiliza para referirse a las personas que hayan concluido el grado académico de doctorado.

Así, podemos decir que, el médico es pieza clave en la salud física de las personas que sufren de padecimientos leves a graves, el cual es un coadyuvante en el tratamiento a seguir dependiendo la enfermedad del paciente, esto deriva en que la cura no depende al 100% de él.

1.2 Personal de Salud

La expresión *personal* se ha empleado a menudo como sinónimo de recursos humanos; por recursos humanos se entiende las aptitudes, los conocimientos y las facultades que dispone o podría disponer una colectividad para su desarrollo económico y social. En el entendido que el personal de salud es un recurso humano para el sistema sanitario de un país, hablemos sobre una posible definición. La noción de *personal de salud* se refiere por lo general a los siguientes elementos:

- Número de personas capaces de ejercer o que se preparan para ejercer una profesión sanitaria;
- Características demográficas de esas personas;
- Características sociales (estudios, experiencia).

Por lo tanto, el *personal de salud* comprende:

- 1) Las personas que ya trabajan en el sector de los servicios sanitarios.
- 2) Los posibles trabajadores sanitarios; personas con la competencia necesaria para ejercer una determinada ocupación sanitaria, pero de momento no lo hacen; y
- 3) Los futuros trabajadores sanitarios, es decir, los que están recibiendo una formación teórica y práctica que les permitirá incorporarse a los servicios de salud pública.³

Por lo antes descrito, ¿qué significa personal de salud para la Organización Mundial de la Salud?:

*El personal sanitario son todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud.*⁴

Haciendo una definición global, el personal de salud es toda aquella persona que se dedica a salvaguardar la salud de los individuos dentro de una sociedad, teniendo los conocimientos, aptitudes y contando con autorización legal para ejercer la profesión de la medicina.

Como último dato, también es correcto llamar personal de salud a toda persona que labora en una institución de salud, clínica u hospital, como gente de limpieza, administrativos, trabajadores sociales, químicos, etc. Pero únicamente nos enfocaremos en el médico en la presente investigación.

³ OMS, Estudios sobre Personal de Salud, Informe de un grupo científico de la OMS, Serie de informes técnicos, núm. 481, Ginebra 1971, <https://www.who.int/iris/handle/10665/38600>

⁴ OMS, https://www.who.int/topics/health_workforce/es/, [19 febrero 2018, 12:40 horas.]

1.3 Paciente

Proveniente del latín *patiens* persona que padece, o que se está tratando, de una enfermedad o lesión. Individuo que recibe cuidados médicos. Incluye personas sin enfermedades demostrables y que se estudian en busca de signos de patología insidiosa, como alteración de los valores de la química sanguínea o cambios físicos, como anormalidades cardiovasculares asintomáticas.⁵

El paciente es el fin en la práctica de la medicina, lo cual, obliga al médico a asumir integralmente los problemas de salud del paciente: su enfermedad, su defecto, su lesión, su dolor o su miedo. Es su responsabilidad desde tiempos memoriales. El usuario también forma parte de la medicina, éste se puede definir como la persona sana que utiliza los servicios de salud para la prevención de las enfermedades.

El cuidado del paciente es un asunto de máxima importancia, trascendencia y requiere una terminología absolutamente clara y precisa en todo lo que supone el proceso sanitario. El diagnóstico es el concepto de mayor trascendencia dentro de la medicina ya que tiene por objeto la identificación de una enfermedad fundándose en los síntomas de esta y siendo un acto exclusivamente del médico.⁶

Revisando los párrafos anteriores, si es cierto que el médico es el responsable de atender la enfermedad del paciente, también lo es, que el paciente tiene su participación dentro del proceso a la cura de su enfermedad, si el paciente no se compromete a seguir el tratamiento para su diagnóstico tal cual lo prescriba el médico, no se verán resultados favorables para la cura que se espera.

⁵ Clayton L. Thomas, M.D., Diccionario Médico Enciclopédico Taber's, El Manual Moderno, 1997, México, p. 929

⁶ Rodríguez Sendín JJ, Manonelles Marqueta, P, *El paciente: objeto irrenunciable de la Medicina*, Archivos de medicina del Deporte, UAM 2013, Ciudad de México, p.p. 132-134. www.uam.es/centros/psicología/paginas/deporte/documentos/Editorial_155.pdf

1.4 Ética Profesional

Definamos lo que significa la palabra ética; proviene del latín *ethicus* y este del griego *éthikós*, adjetivo: recto conforme a la moral; la Real Academia Española define a la ética como conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida podemos hablar de ética profesional; cívica; incluso deportiva.⁷

Ética deriva de *ethos*⁸, la morada, que se refiere al modo de ser o el carácter que se da a través del hábito. Al ser una disciplina de contenido normativo se ocupa de reflexionar sobre las normas, de preguntarse ¿por qué debemos de seguir determinado comportamiento moral? Sin embargo, la ética no prescribe ni hace normas, más bien invita a contemplar y criticar a la moral con el fin de propiciar la armonía social.

Su significado no debe confundirse con la etimología de su objeto de estudio –la moral- que viene de *mores* que significa costumbre; ya que la costumbre en el derecho romano se formaba mediante dos elementos: la *inveterata consuetudo*, o sea, la repetición del acto, y la *opinio iuris necessitatis*, o sea, la opinión grupal o el consenso de que ese acto debe ser repetido como algo valioso para la sociedad, la definición anterior no debe confundirse con la de buenas costumbres, éstas son consideradas como fuente del derecho ante las lagunas de la ley o de la jurisprudencia.

Para tener claro el concepto de buenas costumbres la Suprema Corte de Justicia las define como:

*BUENAS COSTUMBRES*⁹: *Las buenas costumbres constituyen un concepto del cual los autores han buscado la precisión y se ha llegado a esta conclusión: todo lo que hiera la moralidad es contrario a las buenas*

⁷ Real Academia Española, <https://dle.rae.es/?id=H3y8ljj|H3yay0R>, [26 febrero 2018, 13.25 horas.]

⁸ Sánchez Vázquez, Adolfo, *Ética*, 4ª ed., España, 1984, Editorial Critica, España, p.25 y 26.

⁹ 340485. (5ª) Tercera Sala, Buenas Costumbres. Semanario Judicial de la Federación, Tomo CXXII; página 581.

costumbres, y la jurisprudencia poco a poco ha considerado que hay un criterio de moralidad en la sociedad y que es el ambiente social la fuente de aquéllas. De manera que no es necesario precisar con toda exactitud en qué consisten las buenas costumbres porque ningún legislador lo precisa, sino que se deja a la apreciación de los tribunales.

En este caso la moral es la repetición de los actos porque llevar a cabo esa conducta resulta valioso y necesario para la convivencia social. Empero en este caso como tal no hay una reflexión del por qué es necesario actuar de cierta manera. Es ahí donde entra la ética, que busca generar un hábito de actuar correctamente pero de manera reflexiva y crítica.

Para lo anterior, la ética utiliza ciertos métodos: fenomenológico, crítico, trascendental y dialéctico, pues su objetivo es investigar la experiencia de la moral humana. En síntesis la ética estudia a la moral como sistema de normas que buscan la armonía social, en ese caso la ética se ocupa de cuestionar la fundamentación de la moral.

La moral se presenta como un código no escrito de hechos, actos, actitudes etc. que deben ser obedecidos por eso pertenece al plano del deber ser-, esto de acuerdo a la comunidad y al contexto histórico de la misma. Bajo esa tesitura la moral es una construcción social, cultural e histórica que depende en gran medida de los medios de producción.¹⁰

Ahora desglosemos profesional. La palabra profesar significa “declarar o enseñar”, deriva del latín culto *profiteri* (cuyo participio es profesus), que quiere decir “declarar abiertamente”, “hacer profesión”, “confesar”. Del mismo origen

¹⁰ San Vicente Parada, Aida del Carmen, *Ética y Moral, Una breve introducción* <https://latitudmegalopolis.com/2018/03/23/etica-y-moral-una-breve-introduccion/>. [10 abril 2018, 11.00 horas.]

proviene las palabras “profesor y profesión” que sirven para hablar de “quien hace profesión de algo.”¹¹

El que es un profesional renuncia a sus intereses personales, cualesquiera que estos sean, y en cuerpo y alma se pone al servicio de los intereses de su profesión. Si no perdemos de vista el sentido original de profesar y de ser profesional, quedamos en mejores condiciones para entender lo que quiere decir ética profesional, pues será más o menos evidente que se trata de una fuerza moral en la cual se apoya lo que profesamos, nuestra profesión. En otras palabras estamos hablando del fundamento ético de nuestro quehacer; en primer lugar públicamente declarado (como en la protesta que se rinde cuando alguien en una institución educativa queda autorizado académica y moralmente para ejercer la profesión); en segundo públicamente reconocido (cuando es ese mismo acto la sociedad simbólicamente avala la autorización), y en tercer lugar, públicamente retirado (cuando la comunidad, a través de una figura de autoridad retira, en una especie de degradación, el mencionado reconocimiento por una falla profesional o una infidelidad a su compromiso ético).¹²

La ética profesional no depende directamente de ciertas normas o códigos de ética de distintos gremios profesionales, en el sentido profesional, ¿tiene que ver íntimamente con nosotros? Ella está directamente vinculada con la calidad moral de nuestro trabajo. Está implicada en el modo de llevar a cabo nuestro quehacer, e implica entrega vocacional, responsabilidad, honestidad intelectual y práctica. La ética profesional es fundamentalmente un compromiso con lo que hacemos, con lo que cada ser humano hace.¹³

Si un científico miente, no es un hombre mentiroso, sino alguien que ya no es científico; un médico que se pone al servicio de la muerte, deja de ser un médico, aunque siga teniendo su título colgado en su consultorio.

¹¹ Silva Camarena, Juan Manuel, *¿Qué es eso de ética profesional?* Revista de Contaduría y Administración, México, UNAM, No. 205, abril-junio 2002, p.5.

¹² *Ibidém*, p.6.

¹³ *Ibidém*, p.7

En pocas palabras la expresión ética profesional o “ética del trabajo” significa dentro de cualquier forma de *praxis*, un compromiso ineludible con nosotros mismos de hacer bien las cosas, un compromiso que no se puede dejar de cumplir, porque tiene que ver con un compromiso con nuestro propio ser, que nos hace más o nos hace, menos, nos hace mejores o nos empeora, nos enriquece o nos empobrece en nuestra propia naturaleza. Cuando hay ética profesional, hay responsabilidad profesional: profesionalismo. Ser profesional en la realización de un trabajo significa que uno es capaz de mantener un compromiso más fuerte y firme con lo que hace, con la manera en que lo hace, consiste simple y llanamente en hacer bien lo que se hace. Estas formas de compromiso no las consigue y las sostiene un título o unos grados académicos, sino una forma de ser, una decisión de ética profesional, la adopción de un *ethos*, que no puede abandonarse sin dejar de ser lo que se era.¹⁴

Ahora específicamente hablemos de la Ética Médica, está basada en un código de conducta que integra objetivos en relación a la medicina los cuales son:

- Preservar la salud
- Curar, o cuando no se puede, aliviar, y siempre consolar y acompañar al enfermo, y
- Evitar las muertes prematuras e innecesarias

Bajo estos principios los médicos deben de realizar su labor para preservar la salud del enfermo.

1.5 Daño Moral

Etimológicamente la palabra daño proviene del latín *damnum*, que significa causar detrimento, menoscabo, dolor o molestia; se refiere a la afectación de una persona en su patrimonio pecuniario¹⁵.

¹⁴ Ibidém p.8

¹⁵ Mendoza Martínez, Lucia Alejandra, *La acción Civil del Daño Moral*, México, IIJ-UNAM, serie Estudios Jurídicos núm. 235, 2014, p. 14.

Los antecedentes del daño moral comienzan en el Derecho romano, los legisladores admitieron el resarcimiento de los daños morales, inspirándose en ello en el principio de buena fe; más adelante, en 1833, Francia consagra la protección a esa parte intangible del patrimonio; Alemania hasta el año de 1912 protege el daño moral proclamando el principio de la compensación pecuniaria; en México fue en el Código Civil de 1870 que se intuye la noción de daño moral al regular lo concerniente al valor estimativo o afección de una cosa.¹⁶

El maestro Gutiérrez y González, establece claramente la definición ampliada de patrimonio, diciendo que, hay patrimonio moral y pecuniario, por lo tanto podrán coexistir el daño material y el moral, este último debe ser indemnizado en los términos de la legislación aplicable.

En la siguiente definición tenemos: *“Daño moral es el dolor cierto y actual sufrido por una persona física, o el desprestigio de una persona, física o inmaterial o moral, en sus derechos de la personalidad, de un hecho ilícito o lícito y que la ley considere para responsabilizar a su autor.”*¹⁷

Se dice que existe daño moral cuando se afecta el patrimonio moral de una persona, o sea los derechos de la personalidad.

En la doctrina extranjera y nacional existen varios autores que coinciden en que el daño puede ser patrimonial o moral. Mendoza Martínez¹⁶ expone que para Matilde Zavala los daños privados o resarcibles se dividen también por patrimoniales o materiales y los morales, extrapatrimoniales o espirituales.

Zannoni, Stiglitz y Echevesti expresan que el daño es: un presupuesto de la responsabilidad civil, y lo definen como: lesión o menoscabo que experimente un individuo en su persona y sus bienes, la pérdida de un beneficio de índole material

¹⁶ Contreras López, Sandra Raquel, *Derecho Civil. Derecho de las personas y Teoría Integral del Acto jurídico*, 2016, México, Porrúa, p. 118.

¹⁷ Gutiérrez y González, Ernesto, *Derecho de las Obligaciones*, México, Porrúa, 2015, p.p. 759 y 774.

o moral, de orden patrimonial o extrapatrimonial. Solo basta con que la víctima haya sido privada de una legítima ventaja.

Rojina señala, también, que el daño puede ser patrimonial o moral. El daño patrimonial es “todo menoscabo sufrido en el patrimonio virtud de un hecho ilícito, así como la privación de cualquier ganancia que legítimamente la víctima debió haber obtenido y no obtuvo como consecuencia de ese hecho”; el daño moral “es toda lesión sufrida por la víctima en sus valores espirituales: honor, honra, sentimientos y afecciones”¹⁸.

El daño es derivado de una responsabilidad, causada por el autor de quien su acto produjo el daño: una lesión o perjuicio. La doctrina ha distinguido el daño moral directo del indirecto:

El directo, vulnera, en forma inmediata, un interés protegido por el derecho de la personalidad, el social o familiar.¹⁹

El segundo, cuando al producirse la conducta lesiva afecta un bien patrimonial y por repercusión lesiona en forma secundaria a un interés no patrimonial, que corresponda al daño moral.

Determinar qué se entiende por daño moral constituye una cuestión fundamentalmente importante, tanto para el afectado como para el responsable del acto. Los límites cualitativos y cuantitativos del derecho del primero y la obligación de resarcir del segundo pasan por la cuestión conceptual. Únicamente tiene que repararse el daño causado.²⁰

¹⁸ Mendoza Martínez, Lucía Alejandra, La acción civil del Daño Moral, Op. Cit., p. 16-18.

¹⁹ Olivera Toro, Jorge, *El Daño Moral*, México, Themis, julio 1993, Colección Ensayos Jurídicos, p.p. 3, 4, 13.

²⁰ Ídem

El perjuicio en el daño moral se limita a la afectación de intereses, de bienes o derechos morales; los bienes personales, los familiares y sociales son los que vulnera el daño moral.²¹

Para comprender mejor, identifiquemos los bienes personales, familiares y sociales:

- a) Bienes personales (la vida, el nombre, el honor, etc.)
- b) Bienes familiares y sociales (representa el poder de la persona dentro de las organizaciones en que se mueve)

Los requisitos del daño para ser considerado como jurídico son²²: causar perjuicio, pérdida o menoscabo, recaer sobre bienes jurídicos de la persona y ser.

En artículo 1916 del Código Civil para el Distrito Federal, hoy Ciudad de México, en su primer párrafo, conceptualiza al daño moral conforme a lo siguiente:

Artículo 1916. Por daño moral se entiende la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás. Se presumirá que hubo daño moral cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la integridad física o psíquica de las personas.

Cuando un hecho u omisión ilícitos produzcan un daño moral, el responsable del mismo tendrá la obligación de repararlo mediante una indemnización en dinero, con independencia de que se haya causado daño material, tanto en responsabilidad contractual como extracontractual. Igual obligación de reparar el daño moral tendrá quien incurra en responsabilidad objetiva conforme a los artículos 1913, así como el Estado y sus servidores públicos, conforme a los artículos 1927 y 1928, todos ellos del presente Código.

Bajo esta premisa podemos decir que quien comete la conducta que origina el daño debe repararlo o resarcirlo a quien lo recibe. Existen criterios negativos y positivos para la reparación del daño²³:

²¹ Ibidém

²² Ibidém

Negativos:

- a. Es inmoral e inconveniente poner precio al dolor;
- b. Implica enriquecimiento sin causa;
- c. El perjuicio no es medible desde el punto de vista económico, ni es apreciable por los sentidos, por lo tanto no puede repararse.

Estos criterios ya han sido superados en virtud de que:

1. Es una legítima pretensión que a la víctima se le reparen de los daños sufridos.
2. La causa de la indemnización es el perjuicio moral;
3. La víctima podrá, con el dinero, procurarse otros bienes que puedan compensar lo perdido.

Positivos:

- a. Se considera que la reparación del daño moral es una sanción aplicada al autor de un hecho ilícito. En esta teoría no interesa el daño sufrido, sino la gravedad de la falta cometida.
- b. La indemnización es un resarcimiento. El dinero se utiliza como medio compensatorio que permite a la víctima alguna satisfacción, en relación con el daño sufrido.

Se reparan los daños, restableciendo la situación al estado anterior, se borran las consecuencias, y en el resarcimiento, se indemnizan perjuicios que compensan la lesión que el daño moral causó a un atributo de la personalidad.

Con lo anteriormente expuesto podemos decir que la responsabilidad civil, en ocasiones, puede traer como consecuencia el daño. Esto se ve cuando alguna persona menoscaba el patrimonio ya sea material o moral de otra, siendo el moral el más difícil de resarcir, ya que éste, es el que daña los atributos de la personalidad, y se puede ver perjudicada la víctima cuando estos recaen directamente en su persona, como lo es el honor, que es la forma en que se

²³ Ibidém p. 19.

desarrolla dentro de la sociedad una persona; la imagen, que se define como todos los rasgos físicos de la persona; y, la intimidad, esta se conoce como la parte privada en la que se desenvuelve la persona, dentro de su entorno familiar y laboral. En los siguientes capítulos se detalla más a fondo esta parte de los derechos de la personalidad.

CAPÍTULO 2

EL DERECHO SANITARIO Y SUS APORTACIONES

2.1 Evolución Histórica

La Constitución Política de la República Mexicana de 1857²⁴ no hace referencia a la salubridad general; a los legisladores de esa época solo les preocupaban las dificultades políticas, no los problemas sociales. Este hecho no quiere decir que ésta no recibiera atención por parte del legislador o no fueran objeto de reglamentación administrativa especial; para eso existía el Consejo Superior de Salubridad, era un cuerpo consultivo integrado en la Secretaría de Gobernación, que se ocupaba de los problemas sanitarios.

Para 1917, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 73 fracción XVI²⁵, reconocía las facultades del Congreso para dictar leyes sobre ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República. El Consejo de Salubridad General dependía directamente del Ejecutivo, pero en caso de emergencia, como epidemias o enfermedades exóticas, tendría la obligación de dictar inmediatamente medidas preventivas a reserva de ser sancionado después por el Ejecutivo. La autoridad sanitaria era ejecutiva y sus disposiciones debían ser obedecidas por las autoridades administrativas del país. En el caso de las campañas que pusiera en vigor, respecto del tabaquismo, alcoholismo o sustancias que envenenaran al individuo debían ser revisadas por el Congreso de la Unión.

²⁴ Quero Molares José, El Derecho Sanitario Mexicano, <https://revistascolaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/rev-facultad-derecho-mx/article/view/25952/23335>, [5 mayo de 2018.]

²⁵ Ídem.

Para el 15 de octubre de 1943, por decreto presidencial, publicado en el Diario Oficial el 18 de octubre del mismo año, se crea la Secretaria de Salubridad y Asistencia donde se señala que: “la primera misión del Estado consiste en proteger a sus ciudadanos contra los males que puedan lesionar y aún destruir su existencia”.²⁶

Bajo este señalamiento, derecho sanitario es el conjunto de normas que regulan la protección y el fomento de la salubridad pública; las medidas en materia de salubridad serán dictadas por el Estado; esto supera la idea de salud individual, donde el individuo debía velar por ésta; ahora es una función social que le pertenece al Estado.

El problema de salud ha preocupado a los pueblos en todos los tiempos y civilizaciones, en especial la enfermedad y la muerte. Sin embargo, del hechicero con sus fórmulas mágicas (esto se pensaba anteriormente, hoy en día la conocemos como medicina alternativa), al especialista apoyado de exámenes de laboratorio hay una inmensa distancia que nos separa científica y técnicamente de las civilizaciones precolombinas. La medicina tenía un carácter mágico y sobrenatural. Hoy es una profesión y ciencia.²⁷

En virtud de que la medicina es una profesión y es parte primordial para otorgar los servicios de salud, se relaciona con el derecho del trabajo y el derecho sanitario, derivando de este último las leyes que observan el comportamiento de los profesionales de la salud para ejercer su trabajo; su aplicación se encuentra en manos de los profesionales de la salubridad pública, que, indudablemente, están más preocupados por los aspectos técnicos de su profesión que por sus aspectos jurídicos.²⁸

Actualmente, el derecho a la protección de la salud es un derecho humano que la Constitución Federal reconoce a todas las personas, y los servidores públicos tienen la obligación de promoverlo, respetarlo, protegerlo y garantizarlo,

²⁶ Ídem.

²⁷ Ídem.

²⁸ Ídem

de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. El derecho a la protección de la salud debe entenderse como un derecho al acceso universal equitativo a toda una gama de opciones equivalentes, facilidades, bienes, servicios y condiciones, a través de políticas públicas intersectoriales debidamente diseñadas y financiadas, que permitan a las personas tomar las mejores decisiones posibles para satisfacer sus necesidades de salud.²⁹

En la actualidad la Secretaría de Salud es la dependencia encargada de regular la salubridad nacional apoyada por los servicios de salud estatales y las diferentes Instituciones que han sido creadas con el tiempo, para llevar un control más seguro y eficaz en la materia. Por nombrar algunas Instituciones de apoyo están la Comisión Nacional de Arbitraje Médico que es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud (más adelante se describe su función); la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, que siendo un órgano desconcentrado de la misma Secretaría, regula todo lo referente a medicamentos y productos cosméticos que se comercializan en el país; y todo esto en virtud de las mejoras que se necesitan para el bien de la sociedad por parte del Estado en materia de Salud.

Ahora bien, recordando un poco la historia moderna del derecho médico, en Iberoamérica, ésta arranca con la institucionalización de la profesión médica, lo cual sucedió durante los siglos XVIII y XIX donde el poder médico pasa a ser parte del doble juego político de control social. El interés colectivo o del Estado sobre el individual del enfermo y la concepción de la asistencia médica como caridad nos dirige hacia un conjunto de obligaciones y derechos.³⁰

En la Edad Media la medicina se tornó como profesión en el sentido estricto que hoy conocemos, apareció la deontología profesional, primero basada en

²⁹ 20 años de Arbitraje Médico en México, CONAMED, Secretaría de Salud, octubre 2016, México, p. 15.

³⁰ De Freitas Drumond, José Gerardo, *El Derecho Médico en Iberoamérica: Evolución y Perspectiva*. Revista Sideme, Brasil, número 5, p.1, julio-septiembre 2010.

normas canónicas y progresivamente adopto reglas de relaciones entre médicos, pacientes, colegas y otros profesionales de la salud y la sociedad.

En el año 1847 (mitad del siglo XIX) aparece la figura extraordinaria del médico alemán Rudolf Virchow que inauguró la Reforma Médica trayendo un nuevo concepto de ciencia médica y con ella la cuna de la medicina preventiva. Virchow hizo una afirmación histórica y que revolucionó a la nueva medicina: “*La salud del pueblo es un objeto de ineludible responsabilidad social*”²⁶ o sea la sociedad, a través del Estado, tiene la obligación de proteger y asegurar la salud de sus miembros.

En la era contemporánea, la más importante contribución al derecho médico tuvo lugar en los Estados Unidos de América con el primer documento legal sobre los derechos del paciente, a consecuencia de demandas contra la postura paternalista de los médicos y hospitales. En 1972 derivado de las veintiséis demandas de la Organización Nacional por los Derechos de Bienestar de Estados Unidos, la Asociación Americana de Hospitales, resolvió adoptar su declaración de los Derechos del Paciente, que revoluciona la postura de las instituciones que asisten a los pacientes, con responsabilidades definidas ante los derechos de sus pacientes.³¹

2.2 Comisión Nacional de Arbitraje Médico

2.2.1 Antecedentes

La atención médica ha experimentado un cambio paulatino al pasar por un modelo paternalista a un modelo bioético; en el que se conjugan los derechos de las partes en la relación médico paciente, buscando el respeto mutuo, la colaboración y la justicia. Toca al profesional de la medicina ejercer una práctica acorde a la *lex artis* (entiéndase el arte de la medicina conforme a la ley que le rija), respetando en todo momento el marco ético, normativo y legal. Muy acertadamente, en el

³¹ De Freitas Drumond, José Gerardo, *El Derecho Médico en Iberoamérica: Evolución y Perspectiva*. Op. Cit. p.2.

momento justo, se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, que aparte de minimizar la carga de trabajo en los juzgados, es un ente específico para dirimir los conflictos sobre atención médica que se generen; dando pie a que la comunicación médico-paciente se considere de gran importancia para la calidad de la atención en salud; misma que se ubica como una relación jurídica donde coexisten derechos, obligaciones y cargas recíprocas.

En esos términos, el paciente tiene derecho a la protección de la salud, calidad en la atención y medios terapéuticos; así mismo existe bajo el principio de autonomía o permiso, la garantía jurídica de manifestar su aceptación o desaprobación ante los medios, técnicas y procedimientos propuestos.³²

Bajo estos preceptos y a raíz de un mayor número de denuncias contra el médico, a partir de 1988, con la realización de los acuerdos y bases de colaboración celebradas por las distintas procuradurías con motivo de las denuncias de hechos relacionados con el ejercicio de las profesiones en materia de salud, surgió la necesidad de crear una instancia que resolviera controversias entre pacientes y los profesionales de la salud. Uno de los primeros en manifestarlo fue el licenciado Moctezuma Barragán en su conferencia intitulada "Retos y perspectivas de la responsabilidad profesional", en julio de 1994³³, en donde propuso la viabilidad de crear una instancia que con autonomía operativa y financiera solucionara este tipo de diferencias, mediante un mecanismo de arbitraje, por lo que reduciría la excesiva carga de trabajo del Ministerio Público, y de los tribunales penales y civiles por ese tipo de asuntos relacionados con la responsabilidad profesional del médico, aminorando los tiempos de resolución de las controversias.

Un año más tarde, en junio de 1995, la UNAM, a través del Instituto de Investigaciones Jurídicas y la Facultad de Arquitectura, firmó dos convenios de

³² Tena Tamayo Carlos y Manuell Lee Gabriel, *Modelo Mexicano de Arbitraje Médico*, CONAMED México D.F. 2003, p.27.

³³ Moctezuma Barragán, Gonzalo, "Retos y Perspectivas de la Responsabilidad Profesional", *La Responsabilidad Profesional del Médico y los Derechos Humanos*, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 1995, pp. 104 y 105.

colaboración con la Secretaría de Salud, mediante los cuales se elaboraría el diseño para la construcción de la Procuraduría de la Salud y se promovería la descentralización de los servicios médicos hacia las entidades federativas.³⁴

Ernesto Zedillo Ponce de León, por decreto presidencial, el día 4 de junio de 1996 publica en el Diario Oficial de la Federación la creación de La Comisión Nacional de Arbitraje Médico³⁵, en ese momento, el Plan Nacional de Desarrollo, planteaba mejorar la calidad de los servicios médicos a través de la reestructuración de las instituciones, así como atender las legítimas demandas de los usuarios para que los servicios operen con mayor calidad y eficiencia.

Dado que los mexicanos reciben servicios médicos de instituciones públicas y privadas así como profesionales de la salud que ejercen libremente su actividad y el fin común, era el de proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes del país; por tal motivo fue necesario que la población contara con mecanismos que contribuyan a tutelar el derecho de protección de la salud así como a mejorar, la calidad en la prestación de los servicios médicos.

Era pertinente que contaran con un órgano al cual puedan acudir los usuarios y prestadores de servicios médicos para dilucidar en forma amigable y de buena fe posibles conflictos derivados de la prestación de dichos servicios. Esta instancia especializada debía garantizar a los usuarios y prestadores de servicios médicos, la imparcialidad en el análisis, dictamen y resolución en las controversias que conozca.

Quedando entonces como es: un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica para recibir quejas, investigar las presuntas irregularidades en la prestación o negativa de prestación de servicios médicos y emitir sus opiniones, acuerdos y laudos.³⁶

³⁴ Carrillo Favela Luz María Reyna, *La Responsabilidad Profesional del Médico en México*, México,. Porrúa, 2009, p. 277-278.

³⁵ www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/decreto-creacion.pdf [5 junio 2018, 16.05 horas]

³⁶ Ídem.

2.2.2 Funciones

El objeto de la CONAMED es resolver de forma amigable y de buena fe los conflictos suscitados entre los usuarios de servicios médicos y los prestadores de los mismos; promover y propiciar la buena relación, el trato digno, los valores, el apego a la *lex artis* médica y la ética en la relación médico-paciente.

Los asuntos que atiende la CONAMED son actos u omisiones derivadas de la prestación de servicios de salud, así como de presuntos actos de posible mala práctica con consecuencias sobre la salud del usuario.

Las atribuciones que le confiere el decreto emitido se pueden resumir en las siguientes líneas³⁷:

- Brinda orientación y asesoría especializada a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones;
- Investiga y gestiona de manera inmediata asuntos relacionados con la posible irregularidad o negativa en la prestación de servicios médicos justificados o urgentes, por parte de las instituciones públicas para que se integre dicha investigación;
- Recibe toda la información y pruebas que aporten los prestadores de servicios médicos y los usuarios, en relación con las quejas planteadas y, en su caso, requiere aquéllas otras que sean necesarias para dilucidar tales quejas; además de practicar las diligencias correspondientes³⁸.

Su intervención es una amigable composición para conciliar por presuntos actos inapropiados u omisiones derivadas de la prestación del servicio y presuntos casos de negligencia con consecuencias sobre la salud del paciente.

³⁷ www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/decreto_creacion.pdf, Diario Oficial de la Federación, Decreto de Creación de la CONAMED, 3 junio 1996

³⁸ DOF 3 junio de 1996, artículo 4 del Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/decreto-creacion.pdf, [10 junio 2018.13.00 horas]

Al fungir como árbitro, pronuncia los laudos que correspondan cuando las partes se sometan expresamente al arbitraje. Al igual que emite opiniones sobre quejas que conoce, e interviene de oficio en cualquier otra cuestión que se considere de interés general en la esfera de su competencia.

Hace del conocimiento de las autoridades competentes, y de los colegios, academias, asociaciones o consejos de médicos, así como de los comités de ética u otros similares, la negativa expresa o tácita de los prestadores de servicios, de proporcionar la información que se hubiere solicitado para el análisis de un caso.

Al colaborar con la autoridad, informa del incumplimiento de sus resoluciones o de cualquier irregularidad detectada y de hechos que, en su caso, pudieran llegar a construir la comisión de algún ilícito, así mismo, elabora los dictámenes o peritajes médicos que le son solicitados por las entidades encargadas de la procuración e impartición de justicia.³⁴

Para otorgar un servicio integral, establece convenios con instituciones, organismos y organizaciones públicas y privadas, acciones de coordinación y concertación que le permitan cumplir con sus funciones, asesora a los gobiernos de las entidades federativas para la constitución de instituciones análogas de la Comisión Nacional y orienta a los usuarios para resolver los conflictos derivados de servicios médicos prestados por quienes carecen de título o cédula profesional.³⁴

El proceso básico se resume en una atención modular que asegura un servicio especializado y personalizado, a través de personal competente, tanto médico como jurídico; aplica procesos estandarizados y certificados bajo la norma ISO 9001:2000.³⁹

Ambas partes, promovente y prestador de servicio médico, deberán aceptar, voluntariamente y de buena fe el procedimiento institucional; el cual inicia con

³⁹ <http://iso9001calidad.com/iso-9001-2000-sistemas-gestion-calidad-requisitos-21.html>, [5 junio 2019, 11.30 horas]

presentación de la queja médica. El arbitraje se desarrolla alrededor de un compromiso de carácter civil y no tiene por objeto esclarecer delitos, el objeto es evitar la vía penal en asuntos de índole civil.

Si la CONAMED es designada como árbitro, ambas partes deberán conocer los términos, y saber que se emite un laudo o fallo, y que esto no es una resolución de orden judicial, sin embargo otorga al asunto el carácter de cosa juzgada. Ante su incumplimiento se tiene la posibilidad de acudir ante el Juez de la localidad para que proceda a su ejecución. Si por el contrario, el laudo establece que no hay responsabilidad del prestador de servicios, el usuario ya no podrá demandar ante los órganos judiciales, tal y como lo dispone el artículo 92 fracción V del Reglamento de Procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Existen asuntos en los cuales la CONAMED no tiene injerencia como son:

- Actos u omisiones que constituyan delitos;
- Asuntos que ya se encuentren en trámite ante otras instancias;
- Controversias laborales o competencias de las autoridades del trabajo, en materia de seguridad social;
- Asuntos cuyo objetivo sea obtener pruebas pre constituidas para el inicio de un procedimiento judicial;
- Cuando la única pretensión sea sancionar al prestador del servicio médico.⁴⁰

Por todo lo anterior, jurídicamente las Comisiones Nacional y Estatales de Arbitraje Médico “son y deben ser, instituciones especializadas en la atención médica de naturaleza ejecutiva que tienen por finalidad esencial formular

⁴⁰ www.conamed.gob.mx/prot_salud/pdf/funciones.pdf, Información sobre la CONAMED para los profesionales de la salud, 15 años CONAMED, 10 mayo 2018

pronunciamientos, opiniones técnicas y recomendaciones generales para mejorar la atención médica”.⁴¹

2.3 La Comunicación médico-paciente

La medicina y su práctica, han experimentado con el tiempo cambios muy importantes y actualmente observamos situaciones que hace poco no se presentaban o eran muy raras, la relación médico-paciente era de franca confianza, credibilidad y falibilidad, por lo general el paciente admitía un margen de error y posibles desviaciones o complicaciones esperadas, propias de la práctica de la medicina. Algunos decían que eran de su máxima consideración y respeto.

No es la excepción que la relación, entre el médico y el paciente, sea *binominal* “bi”, dos; “nominal”, norma o ley, y esta relación es principalmente humana. Pero, ¿por qué es importante la comunicación? Es vital por ser una función directiva que interviene en todas las metodologías para garantizar la calidad; es importante para que seamos competitivos ante los demás y nosotros mismos, es fundamental para otorgar el servicio al paciente.³⁸

Los elementos de la comunicación son: el emisor, el receptor, un canal, un contenido, una respuesta y un medio ambiente. Existen tres formas para comunicarnos: oral, escénica y gráfica. Puede ser frontal, vertical, ascendente y descendente. Estamos hablando de alguno de los principios de la comunicación respecto a la responsabilidad del emisor, la adaptación que debe tener la persona que recibe el mensaje y la efectividad del canal, a fin de que culmine el proceso comunicativo adecuadamente. Principio de lateralidad es cuando existe respuesta por parte del receptor, nos sirve para saber que se captó adecuadamente el mensaje y si hubo aceptación del mismo. Principio de circunstancialidad, este se enfoca en el entorno en que es recibido el mensaje.⁴²

⁴¹ Tena Tamayo, Carlos y Manuell Lee Gabriel R., *Modelo Mexicano de Arbitraje Médico*, Op.Cit., p.29

⁴² Villanueva Compañ, Maximiliano, *Revista CONAMED*, Vol. 7, Núm.3, México, 2002, p.p. 32 y 33.

La comunicación entre el médico, el paciente y las organizaciones es de vital importancia para el buen funcionamiento del sistema de salud, en los procesos de recuperación y prevención de la salud. Dentro de esta comunicación existe un ingrediente importantísimo, indispensable, determinante en la mayoría de los casos: la confianza. Cuando el paciente confía en el médico, cuando el médico confía en la institución, el paciente confía en el sistema y se activa el proceso⁴³. Para que los mensajes transiten con la debida rapidez y claridad, es necesario poner atención en la semántica que es muy importante en el área de atención, porque los médicos son proclives a utilizar tecnicismos, se les olvida que el paciente no tiene la misma preparación; cuando el paciente no puede conocer el significado de las palabras, es evidente que el médico tiene que explicárselas y manejar un léxico entendible para el paciente.

Los sistemas de comunicación son fundamentales para crear un ambiente de cooperación, responsabilidad y dedicación en el trabajo, sumando esfuerzos para la mejora de la calidad técnica y humana a fin de brindar un servicio médico de calidad.⁴⁴

A pesar de los problemas que en los últimos años han venido surgiendo derivado de la relación médico-paciente, el enfermo sigue exigiendo por parte del médico una buena relación y este vínculo lo lleva a buscar la cura a su enfermedad. Es importante mencionar que durante la historia de la medicina la relación médico-paciente se basa en la confianza y libertad.⁴⁵

Algo que repercute negativamente en la relación médico-paciente indudablemente es la masificación de atención en los hospitales públicos, en ellos el tiempo para atender a cada paciente se reduce a minutos, otra de los perjuicios que trae consigo esa masificación es el llamar al paciente con seudónimos como “madrecita”, señora o señor, deberían llamarlo por su nombre y al médico que le atiende de igual forma, muchas veces en estos lugares, a cada consulta que asiste el paciente lo atiende un médico diferente que muchas veces entre ellos no

⁴³ Correa Arreola, José Antonio, Revista CONAMED, Vol. 7, Núm.3, México, 2002, p. 35.

⁴⁴ Villanueva Compañ, Maximiliano, Op. Cit., p. 33.

⁴⁵ Ortega Cerda, Juan José, Revista CONAMED, Vol. 7, Núm.3, México, 2002, p. 23.

entienden lo prescrito en el expediente; esto es sin duda un factor que altera la relación entre ambos. ¿Cómo es que puede confiar el paciente en lo que le prescribe un mes un médico y al siguiente otro?, si bien existe el expediente clínico, los criterios médicos son distintos.

En México la proporción entre insatisfacción del paciente y quejas por mala práctica se ha vinculado con dificultades en la comunicación médico-paciente, esto es más evidente por las demandas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se identificaron substrato de mala relación médico-paciente en la que la comunicación fue un aspecto fundamental; problemas de comunicación asociada a diferencias culturales entre el médico y el paciente, problemas comunicativos concernientes con aspectos organizacionales de la atención médica, la cultura y las dificultades administrativas de los servicios de salud.⁴⁶

La investigación de los últimos decenios evidencia el gran vínculo que existe entre la comunicación efectiva por parte del médico con la satisfacción del paciente y la satisfacción del propio médico. El aspecto más interesante se refiere a los médicos, que tienen poca disposición a escuchar las historias de sus pacientes⁴³.

Para que una comunicación sea eficiente no sólo debe servir de vehículo para obtener información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, debe emplearse también la comprensión para que el paciente se sienta escuchado y sea coparticipe en el significado y proceso del tratamiento de su enfermedad⁴⁷. Por parte del médico, se requiere que se conozca las actitudes propias hacia los pacientes, la enfermedad, las circunstancias mismas de cada paciente o de lo contrario tendrá un efecto negativo sobre la comunicación. También los factores externos influyen en el potencial para que la comunicación sea efectiva o no, tales como, la iluminación, la privacidad, la temperatura ambiental, el ruido la presencia de un familiar u otro personal de salud, así como las interrupciones; de tal manera que el escuchar al paciente no solo incluye poner

⁴⁶ Hernández-Torres I; et al; *Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar*, Medigraphic Artemisa en línea, Vol. 8 (2), mayo-agosto 2006 p.139, 140.

⁴⁷ *Ibíd*em, p. 138.

atención a lo que dice (conducta verbal) sino también los gestos, gemidos, fruncir el ceño o los labios, un suspiro de alivio o un grito de dolor(conducta no verbal)⁴⁸.

Dicho esto, concluimos que la comunicación es la base fundamental de la atención médica, siempre ésta acompaña la calidad que otorgue una atención oportuna, que se proporcione en el momento preciso, no solamente cuando el paciente la solicite, por ejemplo el llevar a cabo un tratamiento o procedimiento cuando sea el mejor momento en un paciente diabético o hipertenso; la competencia profesional, es otra cualidad que debe tener la calidad de la atención, los conocimientos médicos vigentes y habilidades requeridas, esto para garantizar un procedimiento adecuado y correcto; respeto en la aplicación de principios éticos, estos son muy relevantes en la toma de decisiones, como en los preceptos morales y la satisfacción del usuario. Al tener una calidad en la atención se adquirirá calidad en los resultados mismos que llevaran a la satisfacción del paciente y su familiar⁴⁹.

Así entonces, se evitara tener un conflicto con el médico o con la institución, prestadora del servicio, soslayando que el usuario o el paciente lleguen a ocasionar algún daño moral que repercuta en el servidor que prestó la atención médica. Es por esta última razón, que se debe dar la importancia debida a la comunicación entre el médico y el paciente así como a la calidad con la que es atendido, respondiendo a todas sus inquietudes y dudas durante el proceso de la curación o control de la enfermedad del paciente.

Evitando llegar así a instancias jurídicas que puedan agobiar a ambas partes en el procedimiento que se lleve a cabo, obteniendo perjudicar a una de las partes, por no haber tenido una comunicación empática, asertiva y confiable desde que se solicitó el servicio, siendo esto evitable para llegar a contraer diferencias mayúsculas.

⁴⁸. Durante Montiel, Irene, Seminario El ejercicio actual de la Medicina, *La comunicación e interacción en el ejercicio médico*. http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2006/ago_01_ponencia.html [25 mayo 2018, 14.20 horas.]

⁴⁹ Fajardo-Dolci, Germán, et. al., *Recomendaciones para prevenir el error médico, la mala práctica y la responsabilidad profesional*, Revista CONAMED, México, vol. 17, núm.1, enero-marzo 2012, p.p. 33,34.

2.4 Derechos y deberes de médicos y pacientes

El Sistema Nacional de Salud comprende a todos los prestadores de servicios médicos sin importar el sector en el que se desempeñan, el propósito es armonizar los programas de salud del gobierno federal con los que se llevan a cabo en los gobiernos de las entidades federativas ya sea ámbito social o el privado. Con esta premisa se desarrolló una exhaustiva consulta y análisis de la información bibliográfica y legal, mundial y nacional, y se elaboró un documento inicial como propuesta básica de trabajo, al tiempo que se convocaba a la conformación de un grupo conductor, cuyo objetivo era consensuar y elaborar en forma colegiada un documento que reflejara los derechos de los médicos en su relación con el paciente y el empleador. Este grupo estuvo conformado por los representantes de diferentes Instituciones, por mencionar algunas, CONAMED; Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Derechos Humanos, IMSS; ISSSTE, Academias Médicas, etc.⁵⁰

Trabajaron sobre un primer documento denominado *Propuesta de trabajo para la elaboración de la carta de los derechos generales de los médicos*. Se formularon diez derechos para que fuese un decálogo similar a la Carta de los Derechos de los Pacientes, en el que se consideran los antecedentes nacionales e internacionales relacionados, así como las bases jurídicas de aplicación en México.⁴⁶ Realizaron tres sesiones antes de que surgiera el documento que ahora se conoce como Carta de los Derechos de los Médicos, antes de que se validara se mandó a revisión a federaciones, sociedades, asociaciones, colegios y consejos de medicina, comisiones estatales de arbitraje médico, hospitales públicos y privados, facultades y escuelas de medicina, comisiones estatales de derechos humanos, Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de Marina.⁴⁶

⁵⁰Tena Tamayo, Carlos, *Derechos de los Médicos, Experiencia mexicana para su determinación y difusión.*, Revista Médica IMSS, 2003, 41(6). <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/im036g.pdf>, p. 504-505. [30 de mayo de 2018, 12.30]

El principal motivo que llevo a transparentar y difundir los Derechos Generales de los Médicos, fue aumentar la calidad de la prestación de los servicios de salud y contribuir a que la relación médico-paciente se beneficie con la clara identificación de los derechos y obligaciones de cada una de las partes y así mejorar la imagen de la profesión médica ante la sociedad, por lo que el Secretario de Salud, el 23 de octubre de 2002, presenta, ante el Presidente de la República, al gremio médico y la sociedad en general, la Carta de los Derechos Generales de los Médicos, justo en la celebración del día del Médico.⁴⁶

Así como existen los derechos de los médicos, existen las obligaciones o responsabilidades de éstos. Se ha examinado ampliamente el carácter contractual de la relación médico-paciente, en la que existen derechos y obligaciones entre las partes, explícitos o tácitos, promesas implícitas como el de la confidencialidad de la información que proporciona al paciente y el principio de decir la verdad siempre al paciente. Se mencionan como deberes del médico en general, los siguientes: protección de la salud, secreto médico, atención eficaz de los males somáticos y de sus repercusiones espirituales, respeto, honestidad, implantación de medidas preventivas, información y obtención del consentimiento, conocimientos, habilidad y diligencia.⁵¹(ANEXO 1)

La Comisión Nacional de Derechos Humanos en su aniversario número veinticinco emitió un ejemplar titulado Derechos y Deberes de los Usuarios de los Servicios de Salud, éste enumera siete puntos los cuales son considerados las Responsabilidades del Personal Médico:

- I. Mantener una relación respetuosa con el paciente y sus familiares;
- II. Informar y obtener el válido consentimiento por escrito antes de realizar procedimientos con riesgo;
- III. Elaborar un expediente clínico completo;
- IV. Actuar con bases científicas y apoyo clínico;
- V. Proceder solo con facultad y conocimientos;

⁵¹ Quirarte-Rivas, Guillermo, Obligaciones y derechos de los médicos en el ejercicio profesional; Revista de Sanidad Militar Mexicana, México, 58(4), jul-ago2004, p. 337.

- VI. Garantizar seguridad en las instalaciones y equipo;
- VII. Atender a todo paciente en caso de urgencia y nunca abandonarlo⁵².

Haciendo un recuento de los antecedentes de los derechos de los pacientes, tenemos que los grandes cambios del siglo XX en los patrones de utilización y prestación de los servicios médicos, tales como el reconocimiento a la protección de la salud como derecho social, así como la socialización de la medicina y el avance en la ciencia y tecnología para la salud, han contribuido con logros significativos en la calidad de vida de la población, pero también han propiciado la aparición de dilemas éticos y legales, que hacen más conflictiva la relación médico-paciente. Esta relación ha sufrido la multiplicación de las quejas y las demandas de los pacientes en contra de los médicos sea por la insatisfacción con el trato recibido durante el proceso de atención o con los resultados de los servicios prestados.

En tiempos anteriores se aceptaban los mínimos de actuación y proceder de buena fe como criterios para una buena práctica de la medicina mientras que en la actualidad nuestra sociedad ya no acepta mínimos de preparación profesional, por el contrario, exige estándares homogéneos de calidad en los profesionales de la salud como parte del ejercicio del derecho a la protección de la salud.

En 1970 la National Welfare Rights Organization, (Organización Nacional de los Derechos de Bienestar, NWRO)⁵³. Elaboró un documento en el que reivindicó la salud como un derecho en el marco de una creciente industria de la atención a la salud y entre sus demandas destacaban los siguientes: procedimientos para quejas, representación comunitaria en la dinámica del hospital. No discriminación económica, social, religiosa o de otro tipo; contar con un abogado para los pacientes, no ser intervenido quirúrgicamente por residentes o médicos internos,

⁵² *Derechos y Deberes de los usuarios de los servicios de salud*, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 25 años de la CNDH, octubre 2015, México, p. 17.

⁵³ CONAMED, *20 años de Arbitraje Médico en México*, Ciudad de México, SSA, octubre 2016, México, p. 18.

medidas para preservar la privacidad y confidencialidad y pronta atención a pacientes en urgencia.

Este documento debe considerarse como la primera declaración de los derechos de los pacientes. Tres años después la Asociación Americana de Hospitales (American Hospital Association)⁵⁴ publicó una Carta de los Derechos de los Pacientes que se considera el primer documento proveniente de una asociación médica sobre el asunto y en el que se desconocieron por motivos de carácter político e ideológico la mayoría de las demandas y aportaciones de la National Welfare Rights Organization. Este documento está centrado en el derecho del paciente a ser tratado en forma considerada y respetuosa, el derecho a la información durante todo el proceso de atención hospitalaria, el respeto a la autonomía del paciente, el derecho a la intimidad y confidencialidad, el derecho a una asistencia continua, y a la razonable responsabilidad del hospital sobre la correcta atención de los enfermos de acuerdo con su capacidad.

En 1981 se realizó la 34^a. Asamblea Médica Mundial⁵⁵ en la ciudad de Lisboa, Portugal. En ella se formuló la “Declaración de Lisboa sobre los Derechos de los Pacientes”; en la 47^a Asamblea,⁵⁰ celebrada en Bali, Indonesia (1995), dicha asociación aprobó una importante enmienda a este documento, que consistió en agregar un instrumento que orientara los esfuerzos por garantizar la autonomía y justicia con el paciente a través del seguimiento a una serie de derechos: 1) derecho a la atención médica de buena calidad, 2) derecho a la libertad de elección del paciente, 3) derecho a la autodeterminación, 4) deberes con el paciente inconsciente, 5) deberes con el paciente legalmente incapacitado, 6) excepcionalidad de los procedimientos realizados contra la voluntad del paciente, 7) derecho a la información, 8) derecho a la confidencialidad, 9) derecho

⁵⁴

<http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Comit%20de%20etica/Declaraciones%20Internacionales%20%20C3%89tica%20de%20Investigaci%20C3%B3n/Declaraci%20C3%B3n%20Derechos%20del%20Paciente%20-%20Asociaci%20C3%B3n%20Americana%20de%20Hospitales.pdf> [5 junio 2018, 16 30 horas.]

⁵⁵ <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-lisboa-de-la-amm-sobre-los-derechos-del-paciente/> [5 junio 2018, 16.35 horas.]

a la educación en salud, 10) derecho a una muerte digna y 11) derecho a recibir o rechazar asistencia religiosa, espiritual o moral.⁵¹

En México estos derechos se encuentran disgregados en diversos textos legales relacionados con la salud, por lo general inaccesibles e incomprensibles para los diferentes estratos socioculturales. Algunos aparecen en la Ley General de Salud en el Título III, Capítulo IX, artículo 77 bis.

En el año 2001, con una influencia clara de la Declaración de Lisboa, la CONAMED promulgó la *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes*; en esta se encuentran una serie de derechos del paciente correspondientes con obligaciones de buena conducta de un profesional de la salud. En esta carta están incluidos los derechos a recibir una atención médica adecuada, un trato digno, respetuoso y confidencial, el respeto a la autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica conforme a lo regulado en la normatividad jurídica de México.⁵⁶

En la práctica médica es fundamental la autonomía del paciente, esto no es más que otorgarle el derecho a decidir sobre su salud. El médico, con sus conocimientos, apoya en la recuperación y control del padecimiento del paciente pero es este el que tiene la última palabra. De esta premisa se pueden derivar las responsabilidades de los pacientes, que se dicen responsabilidades porque no están obligados a llevar a cabo al pie de la letra lo que a continuación describiremos, ya que el paciente como tal es responsable de su salud y él tiene el derecho de decidir si se atiende o no; no así en el caso de los menores donde el médico debe de procurar siempre la salud del menor, refiriendo que la ley le concede dicha facultad por ser relativo al derecho a la salud en los niños y anteponiendo siempre interés superior del menor.

⁵⁶ Ídem

Por eso podemos decir que los pacientes tienen la obligación de brindar un trato amable y respetuoso al médico, esta práctica debe ser reciproca; a demás deben contribuir con el médico, tal y como a continuación se señalan:⁵⁷

- Responder con sinceridad las preguntas que realice el médico para poder realizar una buena historia clínica y así determinar con el diagnostico con exactitud, también la exploración física es importante en este punto por lo que si se siente incómodo debe hacerlo saber al médico;
- Desarrollar una comunicación adecuada, esta debe ser efectiva para explicar al médico su padecimiento y, así, éste sepa lo que deba hacer para mejorar su salud;
- Revisar su receta antes de salir del consultorio, debe verificar que medicamentos o procedimientos deberá realizar, así como las indicaciones para estos; si no comprende debe pedir que el facultativo le vuelva a explicar y de ser necesario escribirlo de su puño y letra;
- Participar en las decisiones sobre su salud, al realizar algún procedimiento deben entregarle un documento llamado *Consentimiento Informado*, para que en él, el paciente exprese por escrito el estar de acuerdo en que se lleve a cabo, ahí deben especificar riesgos y/o complicaciones que conlleve el procedimiento (lo mismo si es procedimiento quirúrgico), en caso de no aceptar los procedimientos debe firmar una negativa;
- Cumplir con los acuerdos establecidos con su médico, si el paciente lleva a cabo los compromisos realizados con el facultativo tiene más posibilidades de recuperar la salud y en caso de enfermedad crónica llevar una buena calidad de vida;

⁵⁷ www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/files/fips/recomendaciones/recomendaciones.html#/0, [30 mayo 2018, 11.50 horas.]

- Debe evitar interrumpir el tratamiento sin consultar al médico, el paciente debe seguir las indicaciones que le dio el médico y respetarlas al pie de la letra, si le es difícil recordar las indicaciones deberá escribirlas; de esta manera evita accidentes o reacciones adversas.

Es importante destacar que no existe un documento oficial que se distribuya a la población en Instituciones de salud y que enumere cada uno de esos deberes, así como, informe sobre la responsabilidad de su incumplimiento y que de no cumplirse puede perjudicar al paciente la ayuda a recuperar la salud.

En la página web de la CONAMED existe la información antes señalada solo y únicamente a manera de “folleto” en formato pdf., cabe mencionar que en mi experiencia como usuario de servicios públicos de salud no he visto este folleto físicamente en alguna institución, por lo que sería de gran utilidad el que se distribuyan, tanto los derechos como las obligaciones o responsabilidades de médicos y pacientes, y así concientizar a ambas partes de la responsabilidad que estos tienen para que con ayuda mutua lleven un buen tratamiento con el fin de preservar su salud. Esta acción disminuiría los conflictos entre médicos y pacientes y familiares de estos; dado que la responsabilidad sobre su salud recaería en ambos.

Una vez que, tanto los médicos como los usuarios de los servicios de salud, conozcan perfectamente todos sus derechos como obligaciones y la comunicación sea realmente efectiva; en donde el médico sea tolerante a las explicaciones que debe otorgar al paciente con relación a su padecimiento y el paciente o usuario de los servicios tenga la conciencia plena de entendimiento de lo que le sucede, y asuma la responsabilidad real de su tratamiento, se hará sinergia en la comunicación, donde ambas partes tengan el afán de cooperar para beneficio del paciente y cura o control de la enfermedad. Una vez concretado esto la calidad en la atención médica mejorará y se reducirán el número de quejas y/o denuncias que existen en la actualidad.

Para hacer efectivo el derecho fundamental a la protección de la salud en México el Estado como garante de los derechos humanos debe lograr el acceso universal de la población a servicios de salud de calidad y reducir la enorme brecha de desigualdad. La construcción de un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud, debe garantizar a todos los ciudadanos, con énfasis en los sectores más vulnerables y marginados, el acceso a servicios de salud integrados y de alta calidad con protección financiera para todos de modo que, en forma igualitaria, se pueda alcanzar el máximo nivel de salud posible y se evite el empobrecimiento relacionado con las catástrofes financieras derivadas del gasto de bolsillo y la reducción en la capacidad de trabajar.⁵⁸

En la mayoría de los casos el paciente no se encuentra en condiciones para determinar, si la atención que recibe es la adecuada conforme a los estándares de calidad aceptados por la profesión médica. En el marco del derecho a la protección de la salud es obligación del Estado promover que los usuarios de los servicios, tanto en el ámbito público como en el privado, sean debidamente informados sobre los pormenores de su proceso de atención, así como dotar a la ciudadanía de instituciones e instrumentos para resolver las quejas relacionadas con la prestación de los servicios de salud.⁵⁹

⁵⁸ www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/files/fips/recomendaciones/recomendaciones.html#/0_30 mayo 2018, 11.50 horas., p 16.

⁵⁹ *Ibíd*em, p. 17.

CAPÍTULO 3

CONSECUENCIAS DEL DAÑO MORAL CAUSADO POR USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD AL PERSONAL SANITARIO

3.1 Responsabilidad Civil

En el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española⁶⁰, existen tres definiciones de responsabilidad:

a) *Deuda, obligación de reparar y satisfacer, por si o por otra persona, a consecuencia de un delito, de una culpa o de otra causa legal;*

b) *Cargo u obligación moral que resulta para alguien del posible yerro en cosa o asunto determinado;*

c) *Capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente.*

No obstante existen definiciones de autores, como la de *Jorge Adame Goddard*⁶¹, que explica que la responsabilidad ocurre cuando una persona, dueña de sus acciones, ha de dar cuentas a otras personas por el incumplimiento de sus deberes y las consecuencias que tienen de ello; para la existencia de la responsabilidad son necesarias dos personas: quien acciona una conducta incumpliendo un deber, y una segunda, quien resiente el incumplimiento y se lo imputa a la primera. Para *Reglero*⁶², la responsabilidad es imputación, porque el sujeto es responsable cuando incumple con un deber, una obligación o cuando causa un daño, pero siempre que el incumplimiento o el daño le sea imputable.

⁶⁰ <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=WCqQQIf> [11 julio 2018.]

⁶¹ Adame Goddard, Jorge, *Filosofía social para juristas*, México, Mc. Graw-Hill, 1998, p.p. 121 y siguientes.

⁶² Reglero Campos, Luis Fernando, *Lecciones de responsabilidad civil*, Navarra, Aranzadi, 2002, p. 34.

*Trigo Represas*⁶³, comenta que la responsabilidad jurídica consiste en la obligación de reparar el daño causado a otro por un acto contrario al ordenamiento jurídico.

Entonces, la responsabilidad civil se convierte en una obligación de reparar el daño ocasionado como resultado de una conducta ilícita o negligente.

Por lo que groso modo, se puede decir que la responsabilidad recae en el sujeto cuando el acto realizado causa un daño y por consiguiente surge la obligación de repararlo a quien lo sufrió.

Para *Bejarano Sánchez*⁶⁴: La responsabilidad civil es la necesidad de reparar los daños y perjuicios causados a otro por un hecho ilícito o por la creación de un riesgo. El nombre que se le da a la responsabilidad civil es la obligación es indemnizar los daños y perjuicios causados por un hecho ilícito o un riesgo creado.

También podemos encontrar el concepto de responsabilidad civil ha sido analizada en la tesis emitida por la Suprema Corte de Justicia de la Nación⁶⁵, la cual se encuentra en los siguientes términos:

RESPONSABILIDAD CIVIL. SU CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN. La responsabilidad civil conlleva la obligación de indemnizar por los daños y perjuicios causados por un incumplimiento a las obligaciones asumidas (fuente contractual) o por virtud de un hecho ilícito o riesgo creado (fuente extracontractual); de ahí que, de ser posible, la reparación del daño debe consistir en el establecimiento de la situación anterior a él, y cuando ello sea imposible, en el pago de daños y perjuicios. Ahora bien, la responsabilidad civil extracontractual puede ser de naturaleza: 1) objetiva, derivada del uso de objetos peligrosos que crean un estado de riesgo para

⁶³ Trigo Represas, Félix A., *Tratado de la responsabilidad civil. El Derecho de daños en la actualidad: teoría y práctica*, Buenos Aires, La ley, 2004, t. IV, p. 902.

⁶⁴ Bejarano Sánchez, Manuel, *Obligaciones civiles*, México, Ed. Oxford, 6a. ed., 2012, p. 261.

⁶⁵ 2005542. 1ª. LII/2014 (10ª). Responsabilidad Civil. Su concepto y clasificación. Primera Sala, Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Décima Época, Libro 3, febrero de 2014, página 683.

los demás, independientemente de que la conducta del agente no haya sido culposa, y de que no haya obrado ilícitamente, la cual se apoya en un elemento ajeno a la conducta; o 2) subjetiva, la cual deriva de la comisión de un hecho ilícito que, para su configuración requiere de una conducta antijurídica, culposa y dañosa.

Conforme a la anterior definición existen dos tipos de responsabilidad, la responsabilidad contractual y la extracontractual, ésta última por su naturaleza, se divide en: objetiva y subjetiva. La responsabilidad objetiva también es conocida como responsabilidad por riesgo creado e implica cualquier situación que genere, por su propia naturaleza, un riesgo a terceros y para poder determinar quién es el responsable no se tiene que analizar la conducta desarrollada ni el grado de culpa del causante del daño sino por el simple hecho de encontrarse en este supuesto de riesgo, es responsable, debiendo reparar el daño generado y los perjuicios causados⁶⁶. Esta forma es la más tangible para garantizar la reparación del daño, pues no se tiene que entrar al estudio de la culpa, el beneficio de las leyes mexicanas entran en forma directa haciendo más práctica y eficiente la reparación del daño, este tipo de responsabilidad se encuentra regulada en el artículo 1913 del Código Civil para el Distrito Federal, hoy Ciudad de México, tal y como a continuación se señala:

Artículo 1913. Cuando una persona hace uso de mecanismos, instrumentos, aparatos o substancias peligrosas por sí mismos, por la velocidad que desarrollen, por su naturaleza explosiva o inflamable, por la energía de la corriente eléctrica que conduzcan o por otras causas análogas, está obligada a responder del daño que cause, aunque no obre ilícitamente, a no ser que demuestre que ese daño se produjo por culpa o negligencia inexcusable de la víctima.

Ahora bien, la responsabilidad civil subjetiva, es un poco más compleja, la principal característica es la culpa del autor de la conducta para imputarla de esa

⁶⁶ Fernández Fernández, Antonio *La Responsabilidad Civil Subjetiva*, <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/9/4488/10.pdf>, pág. 175. [25 de julio 2018.]

manera, es importante analizar detalladamente en cada caso la acción u omisión y el grado de culpa en que incurrió para con ello determinarla. Se denomina subjetiva porque se genera por medio de la conducta del ser humano, acciones u omisiones que se realizan en el actuar lo cual se hace más difícil de interpretar.

Fernández Fernández⁶⁷, menciona que en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la definición de subjetivo son las siguientes: “1) *Adj. Perteneciente o relativo al sujeto, considerado en oposición al mundo externo;* 2) *Adj. Perteneciente o relativa al modo de pensar o de sentir del sujeto, y no al objeto en sí mismo.*”, es por ello que la culpa se encuentra dentro de la parte subjetiva de la responsabilidad civil, siendo sujeta siempre de valorizaciones de la conducta, su principal componente es el psicológico y es justo por eso que su naturaleza lo hace subjetivo.

Para ambas responsabilidades existen elementos, Mazeaud y Tunc⁶⁸ afirman que los requisitos para que exista responsabilidad son: el daño, la culpa y el vínculo de causa-efecto entre la culpa y el daño.

La responsabilidad civil subjetiva, si bien puede presentarse en un daño material, tiene el campo de actuación sobre todo en el daño moral, pues es ahí donde la culpa tiene un componente importantísimo para su conformación; se origina de una conducta culposa y que causa un daño, generando el deber de reparación de éste, la cual se cumple volviendo las cosas al estado en que se encontraban, o de no resultar posible, mediante una indemnización.⁶⁹

Antes de hablar el tema de la indemnización, nos referiremos al daño moral. Doctrinalmente, conforme al maestro Ernesto Gutiérrez y González⁷⁰ el: *daño moral es el dolor cierto y actual sufrido por una persona física, o el desprestigio de una persona física o inmaterial o moral, en sus derechos de la personalidad, con*

⁶⁷ Fernández Fernández, Antonio, *La Responsabilidad Civil Subjetiva*, p.175 <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/9/4488/10.pdf>, [25 de julio 2018, 11.13 horas.]

⁶⁸ Mazeaud, Henry. *et al. Tratado teórico y práctico de la responsabilidad civil delictual y contractual*, 5ª. ed., Argentina Ediciones Jurídicas Europa-América, p. 292, Buenos Aires, Argentina.

⁶⁹ Fernández Fernández, Antonio, *Op.Cit.* pp. 176-179.

⁷⁰ Gutiérrez y González Ernesto, *Derecho de las Obligaciones*, 20ª. ed, México, Porrúa, p. 774.

motivo de un hecho ilícito o lícito y que la ley considere para responsabilizar a su autor.

El artículo 1916 del Código Civil aplicable para la Ciudad de México define al Daño Moral, conforme a lo siguiente:

Artículo 1916: Por daño moral se entiende la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspecto físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás. Se presumirá que hubo daño moral cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la integridad física o psíquica de las personas.

Esto deriva en que puede haber dos formas en las que se puede clasificar el daño, esto es: el patrimonial y el moral. El patrimonial surge de una afectación al patrimonio pecuniario de la víctima, mientras tanto el moral cuando una lesión violenta los derechos de la personalidad. Esta diferencia suele ser solo doctrinal porque dependiendo la conducta u omisión y las circunstancias en que se lleve a cabo, posiblemente pueda darse una mezcla de ambas.⁷¹

El daño es consecuencia de la responsabilidad civil recayendo en el patrimonio, el daño moral se refiere a daños extrapatrimoniales o inmateriales como son el honor, sentimientos, afectos, reputación, etc. Estos bienes no pueden ser tasables o valuables en dinero. El daño causado en el ámbito de lo moral o sea en los derechos de la personalidad no se cuantifican de manera pecuniaria, sin embargo esto no impide jurídicamente que pueda ser posible su reparación, correspondiendo tanto en la responsabilidad contractual como en la extracontractual.⁷²

Pues bien, el daño moral tiene una vinculación estrecha con los derechos de la personalidad y se explicarán en esta parte acotando lo siguiente:

⁷¹ Mendoza Martínez, Lucía A. *La acción Civil del Daño Moral*, IJ-UNAM, México, 2014, p. 21.

⁷² Vargas Villanueva, Fabiola, *La Responsabilidad Civil Objetiva del Médico y Daño Moral*, Revista CONAMED, México, Vol.9, Núm. [2, abril-junio, 2004, p. 20.]

- El daño, entendido como menoscabo a una persona física o moral, se origina mediante conductas contrarias a la norma, o bien contrarias a la obligación del rango del deber ser, consistente en respetar los derechos, tanto públicos como privados, de los entes de la colectividad.
- El menoscabo puede sufrirse en el plano patrimonial como es la esfera íntima y personal, llamándose respectivamente daños patrimoniales o daños extrapatrimoniales o daño moral. Esta lesión moral corresponde la esfera íntima del sujeto de derecho, porque, el menoscabo no solo se ocasiona en el plano material, sino también en el ámbito afectivo, emocional y de creencias.⁷³

Los derechos de la personalidad, afirma Gutiérrez y González⁷⁴, son: derechos subjetivos previstos por el ordenamiento jurídico positivo, que tutelan la dignidad de la persona, a través de la protección de ciertos bienes constituidos por proyecciones físicas o psíquicas del ser humano, atribuidas para sí u otros sujetos de derecho.

También están definidos en la Ley de responsabilidad civil para la protección del derecho a la vida privada, el honor y la propia imagen en el Distrito Federal, hoy Ciudad de México⁷⁵, en el artículo 6 que a la letra dispone:

Artículo 6: Los derechos de la personalidad corresponden a las personas físicas y son inalienables, imprescriptibles e inembargables.

La persona moral también goza de estos derechos, en lo que sea compatible con la naturaleza jurídica de ésta.

Por su parte, Romero Coloma⁷⁶ comenta que los caracteres esenciales que acompañan a los derechos de la personalidad son:

⁷³ Mendoza Martínez, Lucía A., *La acción Civil del Daño Moral*, Op. Cit., p. 23.

⁷⁴ Gutiérrez y González, Ernesto, *El Patrimonio: El pecuniario y el moral o derechos de la Personalidad*, Sexta Ed., Porrúa, México, 1999, p.776

⁷⁵ <http://www.aldf.gob.mx/archivo-f1622931dc0f6677e86f68ef7b9b2270.pdf> [19 de enero 2019]

⁷⁶ Romero Coloma, Aurelia M. *Derecho a la Información y libertad de expresión*, Barcelona, España, Editorial. Bosch, 1984, p. 18, 19.

- a) Derechos innatos: son la esencia de la personalidad por lo que son siempre los mismos: *vida, integridad y honor*; de estos pueden emanar otros, como lo es el derecho a la intimidad que se deriva de la integridad;
- b) Inherentes a la persona: son derechos individuales, son derechos privados, son derechos absolutos;
- c) Extrapatrimoniales: se trata de bienes ideales (morales) y no patrimoniales, aunque, la forma normal de reparación de un daño se lleva a cabo mediante indemnización. Son intrasmisibles, son inseparables de las personas y son irrenunciables;
- d) Inexpropiables e inembargables;
- e) Son imprescriptibles: los derechos de la personalidad no se pueden adquirir ni se pueden perder por prescripción.

En ese orden de ideas los derechos de la personalidad son bienes intangibles que emanan de la dignidad, son custodiados por el Derecho Civil por lo que se desprende una barrera de protección que frena el ejercicio de la autonomía de la voluntad y de la libertad de expresión, evitando lastimar la dignidad de los particulares.⁷⁷

Otro de los elementos es la culpa. Bejarano Sánchez⁷⁸, afirma que la culpa es la falta de cuidado o porque se ha procedido con imprudencia, negligencia, incuria o torpeza, siempre se ha asociado al daño; una de las hipótesis normativas que la regula es el artículo 2025 en el Código Civil para el Distrito Federal, vigente en la Ciudad de México, que a la letra se lee:

Artículo 2025. Hay culpa o negligencia cuando el obligado ejecuta actos contrarios a la conservación de la cosa o deja de ejecutar los que son necesarios para ella.

La culpa únicamente la encontraremos en la responsabilidad subjetiva que es de donde deriva el daño moral, ésta puede ser identificada en el momento de la

⁷⁷ San Vicente Parada, Aida del Carmen, *Responsabilidad Civil de los Periodistas*, (sin publicar) p. 16.

⁷⁸ Bejarano Sánchez, Manuel, *Obligaciones civiles*, México, Ed. Oxford, 6a. ed., 2012, p. 236.

acción u omisión ilícita que conlleve a que ocurra el daño. Siempre afectando la esfera personal de quien recaiga.

El último elemento es el vínculo causa-efecto entre la culpa y el daño, esto es en el momento que el agresor comete el daño y lo recibe la víctima, este hecho es inmediato, justo la consumación, y por ende se debe reparar para dejar las cosas en el estado en que estaban. Lo anterior nos da la pauta para explicar cómo se da la indemnización que, como tal, es la forma de reparación en el caso de la responsabilidad civil.

La Real Academia Española define la palabra indemnizar⁷⁹ como el acto de resarcir un daño o perjuicio, generalmente mediante compensación económica.

Esta indemnización puede reclamarse en dos formas: reparación en naturaleza y reparación por equivalente, la primera surge cuando se pueden volver las cosas al estado en el que se encontraban, consiste en borrar los daños; la segunda nace al indemnizar a la víctima con un valor equivalente a lo privado o perdido, no se trata de borrar el perjuicio sino de compensarlo.⁸⁰

La indemnización tiene un monto y alcance, esto depende de la especie de daño que debe ser resarcido. Existen varios tipos de daños: daños económicos, daños en la integridad física de las personas, daños morales, por hechos propios, ajenos y obra de las cosas, responsabilidad por abuso de derechos y por hecho ilícito penal⁷⁶.

El daño económico se indemniza en su integridad, reparándolo totalmente, mediante el pago total del valor del daño esto con fundamento en lo dispuesto en el artículo 1913 del Código Civil aplicable en la Ciudad de México, esto se reitera en los artículos 2107, 2112, 2114, 2115 del mismo código. Cuando se produzca muerte o incapacidad total, la forma de reparar el daño se establece en el artículo 1915 del citado ordenamiento civil sustantivo.

⁷⁹ <https://dle.rae.es/?id=LMrZNIo>, Diccionario de la Real Academia Española, [1 de octubre 2019, 11.:15 horas]

⁸⁰ Bejarano Sánchez, Manuel, *Obligaciones civiles*, Op.Cit, p. 262-282.

El daño moral se indemniza conforme a lo establecido en el artículo 1916:

Artículo 1916. Por daño moral se entiende la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás. Se presumirá que hubo daño moral cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la integridad física o psíquica de las personas.

Cuando un hecho u omisión ilícitos produzcan un daño moral, el responsable del mismo tendrá la obligación de repararlo mediante una indemnización en dinero, con independencia de que se haya causado daño material, tanto en responsabilidad contractual como extracontractual. Igual obligación de reparar el daño moral tendrá quien incurra en responsabilidad objetiva conforme a los artículos 1913, así como el Estado y sus servidores públicos, conforme a los artículos 1927 y 1928, todos ellos del presente Código.

La acción de reparación no es transmisible a terceros por acto entre vivos y sólo pasa a los herederos de la víctima cuando ésta haya intentado la acción en vida.

El monto de la indemnización lo determinará el juez tomando en cuenta los derechos lesionados, el grado de responsabilidad, la situación económica del responsable, y la de la víctima, así como las demás circunstancias del caso.

Los daños por hechos propios, ajenos y por obra de cosa, esto daños deben repararse aún si el que causo daño es un menor o un incapaz, siempre y cuando se compruebe que el adulto a cargo no tuvo la vigilancia adecuada de este. Esto lo prevé el artículo 1922 de la legislación en referencia.

Sin embargo, existen tres teorías sobre la reparación del daño moral⁸¹:

1.- Teoría que niega la posibilidad de reparar el daño moral. Esta teoría afirma que no es posible reparar el daño moral, pues se repara lo que se ve, y en especie, este daño no es apreciable por los sentidos.

2. Teoría mixta de la reparación de daño moral. Afirma que los daños son reparables si se atenta o lastima la parte social, pero no lo son si daña la parte

⁸¹ Gutiérrez y González, Ernesto, *Derecho de las Obligaciones*, 20^a. ed. México, Porrúa, pp.778-779.

afectiva. Se fundan en que la parte social se puede valorar, así lo es el honor, la reputación, etc., en tanto no pueden valorarse los que integran la parte afectiva, como los sentimientos familiares.

3. Teoría positiva que admite la reparación del daño moral. Admite que se puede reparar. Se repara suministrando a la víctima el medio de procurarse satisfactores que suplan a aquellos de los cuales se vio privada, y ello puede hacerse siempre en todo tipo de daño moral.

3.2 Circunstancias que causan daño moral al personal de salud

Anteriormente se mencionó la definición de daño moral, ahora lo relacionaremos con las acciones de los familiares de los pacientes, así como las circunstancias que influyen para que se presenten, no sin antes dar un preámbulo de la situación actual en México sobre los recursos humanos en salud.

Antes de entrar de lleno al tema se transcribirá el punto número 5 de La Carta de los Derechos de los Médicos (anexo 1)⁸²:

5.-Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional: la médica o el médico tienen derecho a recibir del paciente y sus familiares trato respetuoso, así como información completa, veraz y oportuna relacionada con el estado de salud. El mismo respeto deberá recibir de sus superiores, personal relacionado con su trabajo profesional y terceros pagadores.

Este punto señala precisamente el respeto que debe tener el paciente y/o familiar con el personal de salud que le otorgue la atención. Es por esto que en los siguientes párrafos analizaremos que tan frecuente es el maltrato o menoscabo de derechos de este profesionista.

Cuando somos usuarios de los servicios de salud, ya sea de carácter privado o público, esperamos una atención digna para tratar nuestro padecimiento, sin embargo en México existen 119,938,473 personas, según estadísticas del

⁸² <https://www.gob.mx/conamed>, Ciudad de México, [12 octubre 2018, 9:42 horas.]

INEGI 2015⁸³ y de ellas solo existen 2.2 médicos por cada mil habitantes (estimado hasta 2012) siendo una cifra inferior según estándares de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) de 3.2; el mismo caso sucede con el personal de enfermería, gremio donde existen 2.6 enfermeras por cada mil habitantes (hasta 2012), siendo el promedio de la OCDE de 8.8⁸⁴. Este factor es muy importante para tener una buena calidad de atención médica, el déficit en recursos humanos de estas profesiones puede ser causa de tener en México una calidad menguada en la atención de salud, esto aunado a los recortes presupuestales y al poco interés del Estado por mantener los centros de salud, clínicas y hospitales públicos con el mínimo de recursos necesarios.

La falta de personal de salud para la atención médica de la sociedad mexicana, es un elemento importante que causa agresiones verbales y físicas contra el personal sanitario ocasionando un posible daño moral en el afectado. Los derechos que son vulnerados y causantes de daño moral se explicaran en las siguientes líneas:

Celis Quintal, hace referencia, en relación a los actos⁸⁵, donde puede hablarse de violación a la intimidad, tenemos los siguientes:

- Cuando se genere una intrusión en la esfera o en los asuntos privados ajenos;
- Cuando se divulguen hechos embarazosos de carácter privado;
- Cuando se divulguen hechos que suscitan una falsa imagen para el interesado a los ojos de la opinión pública;

⁸³ <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/estructura/>, Ciudad de México, [29 de agosto 2018,16.29 horas.]

⁸⁴ www.oecd.org/esl/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-spanish-pdf, [30 agosto 2018, 13.10 horas.]

⁸⁵ Celis Quintal, Marcos Alejandro, *Estudios en homenaje a Marcia Muñoz de Alba Medrano. Protección de la persona y derechos fundamentales*, La Protección de la intimidad como Derecho Fundamental de los Mexicanos, Ciudad de México, IJ-UNAM, 2006, p.p.74, 76, 77.

- Cuando se genere una apropiación indebida para provecho propio del nombre o de la imagen ajenos;
- Cuando se revelen comunicaciones confidenciales, como las que se pueden llevar a cabo entre esposos, entre un defendido y su abogado, entre un médico y su paciente o entre un creyente y su sacerdote.

En el listado anterior se mencionan actos que pudieran dañar moralmente al personal de salud cometidos por familiares de pacientes. El último punto toca un tema muy importante; la comunicación confidencial entre el médico y su paciente. Últimamente la tecnología ha desarrollado grandes avances desde tomar foto hasta poder realizar grabaciones visuales o de audio con un teléfono móvil, esto implica grabar información que solo el paciente y el médico deben saber y de esta manera caer en un acto violatorio del derecho a la intimidad de ambos. Por situaciones como ésta, las agresiones verbales y actos violatorios de derecho a la intimidad son los que se abordan en este trabajo.

En México el derecho a la intimidad sólo se encuentra parcialmente protegido dentro de la Ley de Protección de Datos personales en posesión de sujetos obligados, no está reconocido como tal en la Constitución, esto genera un vacío normativo y deja la puerta abierta a la impunidad en casos de violación de este derecho.⁸⁶

El derecho a la intimidad es uno de tantos derechos de la personalidad que pueden ser vulnerables a violarse, también existen otros como el honor, la imagen, la integridad emocional. Los derechos de la personalidad detentan una obligación *erga omnes*, esta obligación puede ser violada mediante una intromisión, perturbación u ofensa que ocasiona un daño moral. Daño que se ve reflejado en la esencia de la personalidad: la vida, la libertad, la integridad. Estos cuatro derechos fundamentales tienen características como es, que desde que una persona nace le pertenecen; derivado de éstos se pueden mencionar tres derechos, y estos son:

⁸⁶ *Ibíd*em, p.72.

el derecho al honor, a la propia imagen y a la vida íntima. A continuación describiré las características de estos y en que derivan cuando se violentan.⁸⁷

Estos derechos al ser innatos son esenciales en la persona, pertenecen a ella, no los puede rechazar aunque así ésta quisiera. Ser inherentes significa que son personales y violarlos representa un ataque al ser; extrapatrimoniales porque están fuera de comercio, no pueden negociarse; inexpropiables e inembargables; imprescriptibles, nunca prescriben.

Explicando lo anterior se deduce que en las agresiones que sufre el personal de salud está el derecho al honor, derecho a la propia imagen y a la vida privada o intimidad. El derecho al honor es la reputación o fama de la que goza una persona ante los demás; por lo que agredir al personal de salud en público afecta o daña este derecho llegando a lastimar su persona, su autoestima principalmente, y lesionando su reputación como profesionista y profesional de la salud.

El derecho a la propia imagen es el derecho que tiene la persona a que su imagen no sea reproducida con fines de lucro o de ser difundida de mala fe, y, resultado de este acto, se invada su esfera personal, por lo que, puede causar daño directo en la persona y/o intimidad de ésta.

El hablar del derecho a la intimidad o vida privada es referirse al derecho que le compete a toda persona a tener una esfera reservada, es decir desarrollar su vida sin que tenga indiscreción ajena. En este derecho se encuentran contenidos aspectos profesionales ligados no solamente a la persona sino a la libertad de mantener en secreto y reserva su vida. Cuando se lesiona la intimidad puede alcanzar graves dimensiones cuando se difunde en radio, prensa o televisión y actualmente en redes sociales.

La Ley de Responsabilidad Civil para la Protección del Derecho a la Vida Privada, el Honor y la Propia Imagen en el Distrito Federal (vigente para la Ciudad

⁸⁷ Romero Coloma, Aurelia M. *Derecho a la Información y libertad de expresión*, Barcelona, 1984 , España Editorial Bosch, p. 11, 12.

de México)⁸⁸, establece conceptos para cada uno de los derechos que se detallaron, estos son los siguientes:

TÍTULO SEGUNDO
VIDA PRIVADA, HONOR Y PROPIA IMAGEN
CAPITULO I
VIDA PRIVADA

Artículo 9.- Es vida privada aquella que no está dedicada a una actividad pública y, que por ende, es intrascendente y sin impacto en la sociedad de directa; y en donde, en principio, los terceros no deben tener acceso alguno, toda vez que las actividades que en ella se desarrollan no son de su incumbencia ni les afecta.

...

CAPITULO II
DERECHO AL HONOR

Artículo 13.- El honor es la valoración que las personas hacen de la personalidad ético-social de un sujeto y comprende las representaciones que la persona tiene de sí misma, que se identifica con la buena reputación y la fama. El honor es el bien jurídico constituido por las proyecciones psíquicas del sentimiento de estimación que la persona tiene de sí misma, atendiendo a lo que la colectividad en que actúa considera como sentimiento estimable.

...

CAPITULO III
PROPIA IMAGEN

Artículo 16.- La imagen es la reproducción identificable de los rasgos físicos de una persona sobre cualquier soporte material.

...

⁸⁸ <http://www.aldf.gob.mx/archivo-f1622931dc0f6677e86f68ef7b9b2270.pdf> [20 enero de 2019, 16.00 horas]

Estas definiciones son muy claras y contundentes con lo que es cada uno de los derechos, por lo que, los hechos ilícitos que se realicen en menoscabo de alguno de estos causan un daño moral en la persona y por tal ese daño debe ser reparado conforme estima la ley.

No obstante la ley contempla excepción en los servidores públicos, quienes no podrán exigir reparación de daño, en su artículo 29 el cual expone:

...

Artículo 29.- Se prohíbe la reparación del daño a los servidores públicos que se encuentren contenidos en los supuestos del presente título, a no ser prueben que el acto ilícito se realizó con malicia efectiva.

...

Entonces, únicamente en los casos de malicia efectiva podrán solicitar reparación de daño; esta parte afecta al personal de salud que pertenezca a ellos, por lo que la propuesta de reforma de ley, que se presenta en el Capítulo V de este trabajo, se realizará bajo el contexto de reservarse el derecho de admisión y/o reservas en el acceso del familiar que agreda al personal. Ya que al no permitir una equidad en el tema se quebranta su derecho y se puede interpretar como discriminación al no poder ejercer medio de defensa para contrarrestar el daño causado en el servidor público.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación también nos confiere conceptos como:

DERECHO AL HONOR Y PRESTIGIO PROFESIONAL.⁸⁹ Esta Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la tesis 1a. XX/2011 (10a.), de rubro "DERECHO FUNDAMENTAL AL HONOR. SU DIMENSIÓN SUBJETIVA Y OBJETIVA.", sostuvo que el derecho al honor tiene una dimensión objetiva o externa, conforme a la cual éste puede definirse como el derecho a que otros no condicionen negativamente la opinión que los demás hayan de formarse de nosotros. En esta dimensión, el derecho al honor ampara la buena reputación de

⁸⁹ 2002742.Tesis aislada 1a. XX/2011 (10ª) *Derecho al Honor y Prestigio Profesional*, citada, aparece publicada en el Seminario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, Libro IV, Tomo 3, enero de 2012, página 2906.

una persona en sus cualidades morales y profesionales, protegiéndola frente a expresiones o mensajes que la hagan desmerecer en la consideración ajena, al ir en su descrédito o menosprecio. Por lo mismo, esta Primera Sala estima que en ciertos casos y bajo determinadas circunstancias, el juicio crítico o la información divulgada acerca de la conducta profesional o laboral de una persona puede constituir un auténtico ataque a su honor. En esos supuestos, los mensajes absolutamente vejatorios de una persona, se dirigen contra su comportamiento en el ámbito en el que desempeña su labor u ocupación, pudiendo hacerle desmerecer ante la opinión ajena con igual intensidad y daño que si la descalificación estuviese dirigida directamente a su persona o sus cualidades morales. Esto es así porque la actividad profesional suele ser una de las formas más destacadas de manifestación externa de la personalidad y de la relación del individuo con el resto de la colectividad, de forma que la descalificación injuriosa o innecesaria de ese comportamiento tiene un especial e intenso efecto sobre dicha relación y sobre lo que los demás llegasen a pensar de una persona, pudiendo repercutir tanto en los resultados patrimoniales de su actividad como en la imagen personal que de ella se tenga. No obstante, esta Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación estima que la simple crítica a la pericia profesional en el desempeño de una actividad no debe confundirse sin más con un atentado contra el honor, ya que el no ser en la consideración de un tercero un buen profesional o el idóneo para realizar determinada actividad no constituye per se un ataque contra su honor. Las críticas a la aptitud profesional de otra persona serán lesivas del derecho al honor cuando, sin ser una expresión protegida por la libertad de expresión o el derecho a la información, constituyan: (i) una descalificación de la probidad profesional de una persona que pueda dañar grave e injustificada o infundadamente su imagen pública, o (ii) críticas que, pese a estar formalmente dirigidas a la actividad profesional de un individuo, en el fondo impliquen una descalificación personal, al repercutir directamente en su consideración y dignidad individuales.

Dada la definición de la Suprema Corte de Justicia al respecto del Derecho al honor, podemos encontrar que es sumamente vulnerable el que pueda tener menoscabo un profesional de la salud con respecto a la difamación que se le de en el ámbito profesional, viéndose vulnerada su reputación desacreditando su conducta laboral, solo por que el agresor -en este caso el familiar- estaba en

estado emocional alterado a causa del estado físico del paciente. Pudiendo perjudicar gravemente a la persona ante los demás pacientes o con la sociedad.

DERECHOS A LA INTIMIDAD, PROPIA IMAGEN, IDENTIDAD PERSONAL Y SEXUAL. CONSTITUYEN DERECHOS DE DEFENSA Y GARANTÍA ESENCIAL PARA LA CONDICIÓN HUMANA.⁹⁰ Dentro de los derechos personalísimos se encuentran necesariamente comprendidos el derecho a la intimidad y a la propia imagen, así como a la identidad personal y sexual; entendiéndose por el primero, el derecho del individuo a no ser conocido por otros en ciertos aspectos de su vida y, por ende, el poder de decisión sobre la publicidad o información de datos relativos a su persona, familia, pensamientos o sentimientos; a la propia imagen, como aquel derecho de decidir, en forma libre, sobre la manera en que elige mostrarse frente a los demás; a la identidad personal, entendida como el derecho de todo individuo a ser uno mismo, en la propia conciencia y en la opinión de los demás, es decir, es la forma en que se ve a sí mismo y se proyecta en la sociedad, de acuerdo con sus caracteres físicos e internos y sus acciones, que lo individualizan ante la sociedad y permiten identificarlo; y que implica, por tanto, la identidad sexual, al ser la manera en que cada individuo se proyecta frente a sí y ante la sociedad desde su perspectiva sexual, no sólo en cuanto a sus preferencias sexuales sino, primordialmente, en cuanto a cómo se percibe él, con base en sus sentimientos y convicciones más profundos de pertenencia o no al sexo que legalmente le fue asignado al nacer y que, de acuerdo a ese ajuste personalísimo en el desarrollo de cada individuo, proyectará su vida en todos los ámbitos, privado y público, por lo que al ser la sexualidad un elemento esencial de la persona y de su psique, la autodeterminación sexual forma parte de ese ámbito propio y reservado de lo íntimo, la parte de la vida que se desea mantener fuera del alcance de terceros o del

⁹⁰ 2003844. Tesis aislada, I.5º.C.4K (10ª). *Derechos A La Intimidad, Propia Imagen, Identidad Personal Y Sexual. Constituyen Derechos de Defensa y Garantía Esencial para la Condición Humana.* Tribunales Colegiados de Circuito. Decima Época. Semanario Judicial. Libro XXI, Tomo 2, junio 2013. página 1258.

conocimiento público. Por consiguiente, al constituir derechos inherentes a la persona, fuera de la injerencia de los demás, se configuran como derechos de defensa y garantía esencial para la condición humana, ya que pueden reclamarse tanto en defensa de la intimidad violada o amenazada, como exigir del Estado que prevenga la existencia de eventuales intromisiones que los lesionen por lo que, si bien no son absolutos, sólo por ley podrá justificarse su intromisión, siempre que medie un interés superior.

Estos conceptos nos acercan más a los detrimentos que yacen en el derecho al honor, a la propia imagen e intimidad, los cuales son protegidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos por el artículo 1.

Cuando un personal de salud es agredido de forma verbal o en acciones que perjudiquen su persona y, que esta agresión fracture su seguridad en alguno de los derechos antes mencionados, su patrimonio moral queda expuesto y vulnerable a vejaciones; perdiendo su reputación, su fama, así como, al exponer imágenes queda sujeto de agresiones, no solo causando daño moral, sino puede ocasionar sea agredido físicamente en la calle si alguien lo reconoce, también puede dañarse su propiedad intelectual perjudicando su profesión y por ende su economía.

Sin prescindir que el daño moral, el cual puede ser resarcido conforme a las leyes actuales, solo que aplica de manera general y no específica para servidores públicos o personal de salud.

Las sanciones que el derecho civil impone a quienes violan sus preceptos se reduce generalmente a sanciones económicas que devienen de los daños y perjuicios que dicha violación genere al particular, familiares o herederos.⁹¹

La reparación del daño debe consistir en el restablecimiento de la situación anterior, siendo este muy difícil y en ocasiones imposible, por lo que generalmente culmina en el pago de daños y perjuicios los cuales serán tasados por el juez,

⁹¹ Bazúa Witte, Alfredo, *Los derechos de la personalidad*, Colegio de Notarios del Distrito Federal, México, Porrúa 2005, p. 19.

siempre atendiendo a los derechos lesionados, al grado de responsabilidad, la situación económica tanto de la víctima como del responsable así como las demás circunstancias del caso.⁹²

Dentro de las instituciones de salud el médico es el protagonista por ser el profesional que le compete restablecer la salud del ser humano, de tal forma que son vulnerables a ser víctimas de actos ofensivos, como es, que se entrometan en la vida privada del médico dañando su honor y fama, degradando su labor por parte del familiar quien, a veces sin saberlo, cae en actos ilícitos y así ocasiona un daño moral. Por ejemplo: en el caso de que exista un paciente con enfermedades crónico-degenerativas, o que la enfermedad que padece sea poco conocida en la doctrina médica, y, aunque el médico lleve a cabo su protocolo clínico al pie de la letra, muchas veces las reacciones de cada paciente son diferentes y como puede mejorar, puede agravarse la situación, esto puede hacer que el familiar se enoje y exija la mejoría del paciente, siendo ofensivo y amenazador con el médico o personal que lo atiende, cuando realmente no está en manos de éste que la enfermedad evolucione de manera positiva.

Actualmente la sociedad esta empoderada por varias instituciones que vigila sigilosamente sean atendidas las necesidades básicas de las personas, motivo por el cual se ha llegado al punto de que la sociedad exige, y con buenos resultados, la atención medica solicitada no tomando en cuenta las circunstancias que rodean el problema del paciente, desde la falta de insumos y/o equipo médico necesario para dicha atención hasta las reacciones físicas de cada paciente al tratamiento que se le ha asignado. Esto causa un conflicto entre el médico y el familiar y/o paciente, llegando al punto de amedrentar, ofender o agredir al personal de salud que lo atiende.

Una investigación publicada en el año 2015⁹³, en la Revista Panamericana de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizó la

⁹² *Ibíd*em, p. 21.

⁹³ Travetto C, et al., *Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud.*, Revista Panamericana de Salud Pública, 2015, 38 (4), p.307-15.

encuesta a más de 20 mil profesionales de la salud de países de Latinoamérica, los países más destacados fueron Argentina, México, Ecuador, a través del sitio web Intramed⁹⁴. Esta investigación se hizo con el fin de elaborar estrategias eventuales para prevenir y afrontar esta problemática.

Según los investigadores: “las agresiones al personal de salud constituyen un problema frecuente que genera secuelas emocionales y laborales, y causan una percepción de inseguridad en el lugar de trabajo en los profesionales sanitarios”⁸⁸.

Por lo que afirman que “el problema adquiere dimensiones de gravedad no solo porque expone a miles de personas a ser víctimas de agresiones, sino porque viola derechos fundamentales de seguridad en el lugar de trabajo y porque sus secuelas alteran la calidad del servicio prestado y afectan de este modo a la salud pública de toda la población”.

De manera global la encuesta⁸⁸ arrojó que el 66.7% de los encuestados refirió haber sufrido algún tipo de agresión en su lugar de trabajo en el último año. El 11.3% de los profesionales agredidos recibió una agresión física, las cuales obligaron a muchos a suspender sus tareas en casi el 30% de los casos. Tres cuartas partes de esta fueron realizadas en instituciones de salud pública principalmente en el área de emergencia, los desencadenantes más frecuentes fueron la demora en la atención, la carencia de recursos para la atención y las circunstancias de brindar el informe médico o la comunicación en un fallecimiento.

También se encontró que en la mayoría de los casos de agresión, el agresor se encontraba en uso de sus facultades mentales, solo un porcentaje menor se encontraba bajo efectos tóxicos o alteraciones psiquiátricas. Esto influye en que el 46.6% de los encuestados se sienta inseguro en su lugar de trabajo, incluso cuando la institución cuenta con personal de seguridad⁸⁷.

Por lo que es necesario contar con protocolos internos en las instituciones de salud que protejan al personal sanitario, sin menoscabar el derecho a la salud

⁹⁴.Ibídem, p.p 310-312.

del paciente, limitando el actuar agresivo del familiar. La CONAMED, como institución reguladora de conflictos entre personal de salud y familiares, sería la encargada de emitir dicho protocolo, darlo a conocer al público en general y así evitar enfrentamientos o malos tratos al personal de salud.

3.3 Revisión de caso

En el Sector Salud existen hospitales en donde es inminente la abrumadora cantidad de pacientes que día a día se atienden, este factor lo podemos considerar como el primer punto causante de estrés en médicos, pacientes y familiares, siendo éste uno de los agentes importantes que pueden desencadenar el impulso a agredir al personal de salud.

Nos enfocaremos en analizar un caso de agresión dentro de un hospital público pediátrico de tercer nivel de atención⁹⁵:

1. Paciente de 8 años con diagnóstico inicial de obesidad, rinitis alérgica moderada, neumonía adquirida en la comunidad de etiología viral, crisis asmática leve. El paciente se encuentra en Sala, no en Terapia.
2. El día 31 de diciembre de 2018, un familiar (dice ser el abuelo) del paciente llama vía telefónica al hospital para solicitar informes sobre el mismo, por lo que se le comenta que por teléfono no se dan informes que debe acudir para hablar con el médico personalmente. Le explican que debido a la prohibición de la “Ley de datos personales”, no se permite dicha acción.
3. Los días 30, 31 de diciembre de 2018 y el 1 de enero de 2019, la madre del paciente recibe los informes, y quedan registrados en el expediente.
4. El día 2 de enero de 2019, 3.30 horas, llega el médico a revisión rutinaria, se encuentra en ese momento al papá del paciente, quien en forma agresiva pregunta sobre la bacteria que tiene su paciente, el médico explica el diagnóstico, él persiste con la actitud agresiva y con amenazas de muerte

⁹⁵ Caso de paciente, proporcionado por el área de Calidad Hospitalaria del Hospital Infantil de México Federico Gómez, Instituto Nacional de Salud, Ciudad de México, enero 2019.

hacia el médico y familia de éste, comienza a tomar fotos del médico con el celular. El médico llama al área de relaciones públicas, a seguridad interna y al jefe de guardia.

5. Mismo día, 2 de enero de 2019, a las 4.00 horas la enfermera llega a administrar medicamento y el papá le pregunta: *¿Qué bacteria tiene?*, y le responde que debe hablar con el médico que ella no está autorizada para dar esa información, se molesta y comienza a agredirla verbalmente, ella le dice que le pide respeto así como ella lo está respetando, sin embargo continua con la agresión acercándose demasiado por lo que otra enfermera interviene quien también es agredida; se avisa nuevamente a relaciones públicas, a una supervisora de enfermería y al médico de guardia, sin embargo el familiar sigue insultando y amenazando verbalmente, diciendo: *“los voy a esperar afuera del hospital el tiempo que sea necesario para matarlos”*, así como amenazar con llamar al periódico Milenio. Llamaron a dos guardias de seguridad interna y a uno de ellos lo agrede verbalmente.

Este tipo de agresiones pueden causar un daño moral, si esta persona con la información que tenía del médico (lugar de trabajo, nombre y fotografías) hubiera llamado al periódico Milenio, tal y como amenazó, se hubieran violado derechos de la personalidad como son el derecho a la imagen, a la integridad (en caso de agredirlo físicamente) y su reputación como médico; la afectación que se hubiera causado sería mayor, su reputación estaría en juego y sufriría menoscabo en su derecho a la libre profesión, probablemente causando detrimento en su economía y en su persona. Si el medio de comunicación hubiera difundido la información proporcionada por el familiar, y que, seguramente estaba distorsionada, mucha gente conocería del caso, lo que ocasionaría que, si el médico tenía consultorio médico privado, se afectará su ejercicio profesional.

Este es uno de varios incidentes que pueden llegar a ocurrir en un lugar donde se brinde atención médica. El personal de salud está muy expuesto a este tipo de agresiones y esto repercute en su seguridad dañando los derechos de la

personalidad, en este caso su integridad física, honor y reputación, ya que se está amenazando a la familia de uno de ellos.

Este tipo de cosas no deberían estar pasando en un país donde se procura el derecho a la salud y existen medios alternativos de solución de controversias, en el caso de no estar satisfecho con la atención; principalmente por ser éste uno de los derechos fundamentales de los mexicanos.

Si bien es cierto que los médicos deben dar atención con calidad y calidez, como es que estas personas, aún sabiendo que ellos hacen lo posible por mantener nuestra salud, agreden sin motivo.

Se realizó una encuesta elaborada en la investigación expuesta en párrafos anteriores⁹⁶ a 100 integrantes del personal de salud de ese mismo hospital para saber el índice de agresiones que sufren y las consecuencias que llegan a tener en el caso de ser agredidos. El contenido de la encuesta, así como, los resultados arrojados los podrá encontrar en el anexo 2.

En resumen los resultados arrojaron que el 50 % de los encuestados han sido agredidos, el 45 % se siente inseguro en su lugar de trabajo, el 90% ha sido agredido en instituciones públicas y el 100% tiene sentimientos y/o emociones de enojo, impotencia, ansiedad o síndrome burn out, después del evento, por lo que es importante tomar cartas en el asunto para evitar daños en el personal de salud que solo cumple con su labor de salvaguardar la salud de las personas.

⁹⁶ Travetto C, et al. *Op Cit*, 307-15.

CAPÍTULO 4

DERECHO COMPARADO: VIOLENCIA CONTRA EL PERSONAL DE SALUD

En los últimos años en México y otras partes del mundo se han presentado incidentes de agresiones físicas y verbales en contra del personal de salud, estos actos se han incrementado año con año⁹⁷, y repercuten tanto en las actividades diarias como en la salud mental de quien los sufre. En México aún no existen leyes, reglamentos o protocolos a seguir en caso de presentarse este tipo de actos que atentan en contra de la salud psíquica de este profesional, causando daño moral.

¿Qué es la violencia? En el diccionario de la Real Academia Española⁹⁸ encontramos que es la acción violenta contra el natural modo de proceder. Entonces, toda acción que vaya en contra de las buenas costumbres sociales de una población incurre en la violencia.

La Organización Mundial de la Salud⁹⁹ establece el siguiente concepto de violencia: La violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte. Justamente los daños psicológicos son los más recurrentes en este tipo de violencia contra el personal de salud, intimidaciones, amenazas y hasta intervenir en su labor profesional limitando la atención del paciente para beneficio de su salud.

⁹⁷ https://www.cgcom.es/noticias/2018/03/18_03_16_agresiones_a_sanitarios., [31 enero 2019, 12:20]. horas.<https://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenidoID=88308>, [31 enero 2019, 12.50 horas.]

⁹⁸ <https://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=violencia>, [31 de enero de 2019, 13.15 horas]

⁹⁹ <https://www.who.int/topics/violence/es/>, Ciudad de México, [29 enero 2019, 11.52 horas.]

El tema de la violencia contra personal de salud es poco analizado en México, pese a que en los últimos años ha sido recurrente este fenómeno aún no se ha puesto interés en el tema, lamentablemente esto pone en riesgo latente la labor que realizan en su profesión.

El personal de salud está muy expuesto a sufrir agresiones por parte de los familiares y/o pacientes, incurriendo estos en una responsabilidad civil extracontractual, ocasionando un daño moral, ya que se menoscaban los elementos de los derechos de la personalidad que son inherentes e inalienables al sujeto.

Una vez determinada la definición de responsabilidad civil (en el capítulo 3), dividiremos la responsabilidad en objetiva y subjetiva. Sobre este tema, el jurista, *Rojina Villegas*¹⁰⁰ nos dice, que la objetiva o teoría del riesgo creado es la resultante por virtud de la cual, aquel que hace uso de cosas peligrosas, debe reparar los daños que cause, aun cuando haya procedido lícitamente. Sobre la responsabilidad subjetiva, comenta que parte de un elemento estrictamente personal, o sea, la negligencia, la culpa o el dolo.

Para poder acreditar la responsabilidad subjetiva se debe confirmar lo siguiente: la conducta dolosa, de culpa grave o, en términos generales, ilícita; el daño, y la relación de causalidad entre ambos, independientemente si se trata de un hecho ilícito contractual o extracontractual.¹⁰¹

La responsabilidad extracontractual es la que no requiere tener un vínculo jurídico para que pueda existir un daño, solo requiere de la acción del que lo comete ya sea lícita o ilícitamente, a continuación se cita una tesis emitida por la Suprema Corte de Justicia de la Nación:

RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL. Tratándose de responsabilidad derivada de algún acto ilícito, de dolo o de culpa grave, no puede decirse que tal responsabilidad tenga como base el cumplimiento del

¹⁰⁰ Rojina Villegas, Rafael, *Compendio de derecho civil*, 26ª. Ed., México, Porrúa, 2006, t.III, p. 2840.

¹⁰¹ Mendoza Martínez, Alejandra, *La acción civil del daño moral*, Op. Cit, p. 11.

*contrato, porque esos actos trascienden el contenido y alcance de la convención. Quien intencionalmente causa un daño a otro responsable de esos actos, independientemente de que exista entre él y la víctima un vínculo contractual. El que incurre en falta grave y causa con ello daños que van más allá del incumplimiento del contrato, como sería la muerte de los pasajeros en el transporte, incurre en responsabilidad extracontractual. Los actos que dan origen a este tipo de responsabilidades, colocan al causante en la condición de un tercero extraño.*¹⁰²

Esta definición es clara al explicar que en la responsabilidad extracontractual no se necesita tener un vínculo directo entre la víctima y el agresor, con el simple hecho de ocasionar un daño es más que suficiente.

Finalmente, para que exista la responsabilidad civil *existen tres elementos*, que son¹⁰³:

- *Una conducta u omisión lesiva o ilícita.* Esta conducta conlleva a la voluntad de transgredir la norma, se sabe que hay la posibilidad de ocasionar un daño y aún así se actúa.
- *La existencia del daño o resultado de la conducta o acción lesiva.* El resultado es propiamente el resentimiento por la afectación a los intereses, a los afectos o al patrimonio; es la lesión a los bienes morales o patrimoniales.
- *La relación de causalidad (nexo causal) entre la acción y el daño.* Al existir la conducta u omisión dañosa y el resultado, entre ambos debe prevalecer un nexo que los ligue. Esta relación causal tiene sus excepciones cuando la víctima es culpable por su negligencia injustificable.

La responsabilidad civil, de acuerdo a Borja Soriano¹⁰⁴ es la obligación que tiene una persona de indemnizar a otra los daños y perjuicios que se le han causado.

¹⁰² 818031. Tesis, (6ª) Tercera Sala, Responsabilidad Extracontractual, Semanario Judicial de la Federación. Sexta Época, Vol. LX, Cuarta parte, mayo de 1962, página 291.

¹⁰³ Rojina Villegas, Rafael, *Compendio de derecho civil*, Op.Cit., 13,14.

Por lo que se desprende que existe un vínculo de la obligación entre la víctima que sufre el daño y el responsable del mismo ya que el responsable se convierte en deudor de la reparación y la víctima en acreedor de la misma.

El daño en la doctrina extranjera, Larenz¹⁰⁵, nos dice: que es el menoscabo que, a consecuencia de un acaecimiento o evento determinado, sufre una persona, ya en sus bienes vitales naturales, ya en su propiedad o en su patrimonio.

Zanoni¹⁰⁶, dice que el termino daño es apto para designar todo menoscabo patrimonial y no patrimonial.

Matilde Zavala¹⁰⁷ divide los daños en dos bloques, los daños patrimoniales o materiales y los daños extramatrimoniales o morales.

Sobre los daños, Roberto Brebbia¹⁰⁸ reflexiona que los daños resarcibles que conoce el derecho contemporáneo son daños patrimoniales y daños extrapatrimoniales o morales; los primeros nacen de la conculcación de un derecho o bien patrimonial, los daños morales resultan de la violación a un derecho o interés jurídico de naturaleza extrapatrimonial, lesiones o menoscabos a la integridad física, al honor a la libertad u otros derechos de la ´personalidad.

Rojina Villegas¹⁰⁹, afirma que el daño moral “es toda lesión sufrida por la víctima en sus valores espirituales: honor, honra, sentimientos y afecciones”.

Se expondrá ahora, la definición de daño moral del jurista Bejarano Sánchez¹¹⁰, es aquella lesión que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, honor, reputación, o el menoscabo en su autoestima, como

¹⁰⁴ Borja Soriano, Manuel *Teoría general de las obligaciones*, 12ª ed. México, Porrúa, 1991, p. 456.

¹⁰⁵ Larenz, Karl, *Derecho de las obligaciones, versión española y notas de Jaime Santos Briz*, Madrid, Revista de Derecho Privado, 1958, p. 13.

¹⁰⁶ Zanoni, Eduardo A., *El daño en la responsabilidad civil*, 2ª. Ed. Argentina, Astrea, 1993,p.1

¹⁰⁷ Zavala de González, Matilde, *Resarcimiento de daños*, t.II, Daños a las personas. Integridad física, Argentina, Hammurabi, 1996, p.29.

¹⁰⁸ Brebbia H., Roberto, “*Responsabilidad extracontractual en el proyecto de unificación del derecho privado en América Latina*”, *Rome e América. Diritto Romano Comune. Rivista di diritto del la integrazione e unificazione del diritto in Europa e in América Latina*.num 10,2000,p.43

¹⁰⁹ Rojina Villegas, Rafael, *Compendio de derecho civil*, 26ª, ed. , México, Porrúa , 2006, t.III, p. 305.

¹¹⁰ Bejarano Sánchez, Manuel, *Obligaciones Civiles*, Op. Cit., p.194.

consecuencia de un hecho de un tercero, antijurídico y culpable, o por un riesgo creado.

Y por última definición, retomare lo que nos dice el maestro Gutiérrez y González¹¹¹, quien establece claramente que hay patrimonio moral y pecuniario; por lo tanto podrán coexistir el daño material y el moral, este último lo preservan los derechos de la personalidad.

Concluyendo, el daño es toda lesión, menoscabo o pérdida de algún beneficio de índole material, psíquica o espiritual; entendiendo así que el daño no solamente se ocasiona en objetos, derechos o cosas, sino en la intimidad de la persona titular de los mismos; hablamos entonces de daños materiales y daños morales¹¹².

Entonces queda claro que existen clases de responsabilidad civil y por ende de daños, que son: contractual, extracontractual, patrimonial y moral, el contractual va a derivar siempre de una relación jurídica entre dos personas, como el nombre lo dice hay un contrato en el cual se otorgaron derechos y obligaciones, en el extracontractual es cualquier situación no prevista en un contrato o convenio pero la conducta es por omisión o comisión en actos ilícitos o lícitos, el daño patrimonial recae en el patrimonio pecuniario de la víctima y el moral en los derechos de la personalidad de ésta.

El artículo 7 de la Ley de Responsabilidad Civil para la protección del derecho a la vida privada, el honor y la propia imagen en el Distrito Federal, hoy Ciudad de México¹¹³ en su fracción VI, define que es el patrimonio moral:

Artículo 7: Para los efectos de esta ley se entiende por:

I, II, III, IV, V...

¹¹¹ Gutiérrez y González, Ernesto, *El patrimonio*. El pecuniario y el moral o derechos de la personalidad y derecho sucesorio, 6ª. México, Porrúa, 1999, p. 725.

¹¹² Mendoza Martínez, L. Alejandra, *La acción civil del daño moral*, Op. Cit., p. 21.

¹¹³ <http://www.aldf.gob.mx/archivo-f1622931dc0f6677e86f68ef7b9b2270.pdf>, [19 febrero 2019.]

VI. Patrimonio Moral: es el conjunto de bienes no pecuniarios, obligaciones y derechos de una persona, que constituyen una universalidad de derecho. Se conforma por los derechos de la personalidad.

Para concretar más el tema detallaremos que son los derechos de la personalidad. En materia civil estos derechos se desprenden de la persona como centro de imputación normativa y de decisión, su cometido es garantizar el desarrollo integral de ésta¹¹⁴. Tutelan y protegen el disfrute que tiene el ser humano como integrante de un contexto social, en sus distintos atributos, esencia y cualidades, con motivo de sus interrelaciones con otras personas.

La ley de responsabilidad civil para la protección del derecho a la vida privada, el honor y la propia imagen en el Distrito Federal, hoy Ciudad de México, define a los derechos de la personalidad como:

Artículo 6.- Los derechos de la personalidad corresponden a las personas físicas y son inalienables, imprescriptibles, irrenunciables e inembargables.

Estos derechos por su naturaleza origen y fin, no tienen más limitación que los derechos de terceros, la moral y las buenas costumbres. Deben ser respetados por autoridades y los particulares. La siguiente lista nos refiere las características de los derechos de la personalidad¹¹⁵:

- Esenciales: garantizan el desarrollo individual y social, así como la existencia digna y reconocida del ser humano.
- Personalísimos: en cuanto que por ellos alcanza su plena individualidad la persona humana.
- Originarios: se dan por solo el nacimiento de la persona, sin importar estatuto jurídico que después pueda corresponder.
- Innatos: su existencia no requiere de reconocimiento alguno.

¹¹⁴ San Vicente Parada, Aida del Carmen, *Derechos de la personalidad y dignidad, su naturaleza jurídica*, Amicus Curiae, Vol. 1, núm. 5, Septiembre-Diciembre 2015, Revista electrónica de la Facultad de derecho, <http://www.revistas.unam.mx/index.php/amicus/article/view/54568>, p.p. 18,19.

¹¹⁵ Mendoza Martínez, Lucía A., *La acción civil del Daño Moral*, Op. Cit., p. 123.

- Sin contenido patrimonial: no son sujetos de valorización pecuniaria.
- Absolutos: porque no es admisible bajo ningún concepto su disminución ni su confrontación y valen frente a todas las personas.
- Inalienables: porque no pueden ser objetos de enajenación.
- Intrasmisibles: son exclusivos del titular y se extinguen con la muerte.
- Imprescriptibles: no se pierden con el transcurso del tiempo.
- Irrenunciables: ni siquiera la voluntad del titular basta para evitar su eficacia.

Por lo antes descrito se considera que los derechos de la personalidad son los siguientes¹¹⁶: la vida, la integridad física, los afectos, sentimientos y costumbres, el honor y la reputación, el nombre (en su caso seudónimo), la presencia física, el secreto epistolar, telefónico, profesional, de comunicación teleimpresa y el secreto testamentario, la vida privada y familiar, la protección de los datos personales, la imagen o la voz.

La violación de cualquiera de los derechos de la personalidad produce daño moral, que es independiente del daño material. El responsable del daño tendrá la obligación de repararlo mediante una indemnización pecuniaria.

El personal de salud está expuesto al detrimento de los derechos de la personalidad en el ejercicio de su labor, causando un daño moral que perjudique su vida profesional y social; limitando, en algunos casos, su desarrollo dentro de su entorno laboral o en la comunidad que se desempeñe.

Como acotación, es importante puntualizar que no se considera daño moral el causado por el ejercicio de los derechos de opinión, crítica, expresión e información, cuando se realice en los términos y con las limitaciones que

¹¹⁶Ibídem, p. 124

establece el artículo 6 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En la legislación mexicana existen artículos que protegen a quien sufre un daño moral en general o de hechos ilícitos contra el servidor público, sancionando, respectivamente, la agresión verbal o física, pero no vinculados directamente en el ámbito laboral del personal de salud. Estos artículos son los siguientes:

- CÓDIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL, HOY CIUDAD DE MEXICO:

Artículo 1916.- Por daño moral se entiende la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspecto físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás. Se presumirá que hubo daño moral cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la integridad física o psíquica de las personas.

- CÓDIGO PENAL FEDERAL:

Artículo 189.- Al que cometa un delito en contra de un servidor público o agente de la autoridad en el acto de ejercer lícitamente sus funciones o con motivo de ellas, se le aplicará de uno a seis años de prisión, además de la que le corresponda por el delito cometido.

De este modo, y sobre el tema central de este proyecto, que es el daño moral; no existe de manera específica un artículo de alguna ley que permita impugnar agresiones verbales que sean causantes de daño moral en el personal de salud; en el artículo 1916, se trata el tema de manera general social y no como consecuencia de una labor profesional; en virtud de que las agresiones verbales o amenazadoras han sido más recurrentes es necesario proteger al personal de salud, sea cual sea su entorno laboral(público o privado).

En otros países se ha tratado más a fondo este tema a consecuencia de la incidencia tan alta que persiste. Por lo que a continuación se exponen lo encontrado relacionado con el tema:

4.1 Perú y Paraguay

En Perú, la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública se publicó el artículo *Violencia Laboral externa tipo amenaza contra médicos en servicios hospitalarios de Lima Metropolitana, En Perú en el año 2014*. Este estudio fue elaborado para evaluar el comportamiento de la violencia contra médicos y qué factores son los más relevantes en el fenómeno, pretendiendo que los resultados obtenidos puedan contribuir al planteamiento de políticas en el sector salud, dirigiendo la investigación a que se hagan las modificaciones legales necesarias que propugnen un incremento en la severidad de las penas en quienes ejerzan violencia sobre los profesionales de la salud¹¹⁷.

Paraguay¹¹⁸ también es uno de los países que ha realizado encuestas sobre el maltrato al personal de salud. En un artículo publicado en 2017, titulado *Agresiones violentas contra los trabajadores de la salud pediátrica en el ámbito laboral: una realidad que no debe ser ignorada*; refiere que la violencia contra los trabajadores de la salud es un problema cuya gravedad y dimensión no puede ser establecida con certeza ya que muchos de los hechos no son reportados por los trabajadores y no hay conocimiento de ellos.

Los familiares de los pacientes muestran conductas de agresión de diversos tipos ya sea física, verbal o acoso sistemático a través de las redes sociales, mencionan que las consecuencias de los diversos tipos de violencia sufrida pueden ser variadas, desde la desmotivación y la pérdida de satisfacción profesional hasta el estrés o los daños físico y psíquicos. Pese a que este estudio fue realizado y se encontraron altos índices de actos agresivos contra personal de salud, no lo enfoca a ser un documento que se vincule para realizar alguna propuesta de ley en el país o por lo menos tener un protocolo de atención a estos casos.

¹¹⁷ Tuya-Figueroa, et. al., *Violencia Laboral Externa Tipo Amenaza Contra Médicos en Servicios Hospitalarios de Lima Metropolitana, Perú 2014*, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública 2016-33, Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36349330009>, ISSN 1726-4642, [18 octubre 2018, 14.10 horas]

¹¹⁸ Samudio Domínguez, et. al, *Agresiones Violentas Contra Los Trabajadores de la Salud Pediátrica en el Ámbito Laboral: Una Realidad que no debe ser ignorada*. Revista de Salud Pública de Paraguay, Vol. 7 núm.1; ene-jun 2017, p.p. 28-32.

4.2 Uruguay

Uruguay¹¹⁹, uno de los países con incidencia de médicos fallecidos a causa de la violencia que reciben por parte del familiar de los pacientes, han sido hostigados, perseguidos, amenazados y hasta ejecutados. En un trabajo realizado por el Sindicato Médico del Uruguay, evidencia casos de médicos que han sufrido menoscabo en su persona, y en ocasiones, hasta la muerte. Exponen porcentajes de incidencias en el año 2007, así como, argumentan que el deterioro en la comunicación médico-paciente, muchas veces, da pie a los malentendidos detonando en las agresiones. Indican que se está actuando de forma pasiva, al parecer que no se están dando cuenta que este fenómeno avanza a gran velocidad, por lo que en Justicia y Derecho no se le ha asignado la importancia suficiente. Es por eso que se han organizado esfuerzos con distintos grupos médicos actuando en una comisión interinstitucional, como son: Academia Nacional de Medicina; La facultad de Medicina, la cátedra de Medicina Legal, El Sindicato Médico del Uruguay, por mencionar algunos; ellos exponen su inquietud por adquirir herramientas imprescindibles y buscar soluciones desde el Gobierno para amparar con legislación adecuada la protección de sus médicos, como lo hacen con sus policías. Quienes protegen la salud los deben cuidar como a quienes protegen la seguridad.

4.3 Argentina

Por otro lado, Argentina es uno de los países con mayor incidencia de agresiones contra el personal del salud, como lo indica la encuesta realizada vía internet por el portal Intramed¹²⁰, es por esto que en Argentina se han hecho varios trabajos de investigación al respecto, por mencionar algunos, la Revista

¹¹⁹ L. Turnes, Antonio, *Violencia y Medicina*. Revista de Sindicato Médico del Uruguay, Noticias 149, p. 6-12, marzo 2009. www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias149/art4.pdf, [31 octubre 2018, 12: 25 horas]

¹²⁰ Conf.<https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=77037>, Ciudad de México, [13 septiembre 2018, 10.40 horas.]

Médica Universitaria, de la Universidad de Cuyo¹²¹, realizó un trabajo llamado *Maltrato a los Profesionales de la Salud*, en ésta se menciona como globalizado y de emergencia el fenómeno que se ha venido presentando, como es, la violencia contra el personal sanitario, impactando en su salud con padecimientos como el *síndrome de burn out*, trastornos psicológicos o abandono de empleo o profesión. Es por eso que en ese país se ha estado trabajando para poder integrar a la legislación sanciones para quien cometa este tipo de abusos.

La Sociedad Argentina de Pediatría, en 2013, incluyó en su estatuto un *Manual de prevención, intervención y seguimiento de violencia y agresiones hacia el personal de salud por los pacientes y sus familiares*. En este manual se mencionan factores de riesgo que provocan la violencia contra el personal de salud, situaciones causales, tipos de agresiones, perfil del agresor, consejos para actuar en caso de violencia física y/o verbal, acciones laborales, personales, legales ante hechos de violencia contra el personal de salud¹²².

Existe en este país, una propuesta de ley elaborada en febrero de 2017, donde se proponen sanciones más severas para quien ejerza violencia física o psicológica contra este tipo de trabajador. Esta propuesta fue aprobada en abril del mismo año; con esto se abre un preámbulo para que en Latinoamérica se inicien propuestas en los demás países y se proteja al personal de salud de este tipo de agresiones¹²³ (Anexo 3). Esta propuesta sanciona con multas, arresto, tareas comunitarias, asistencia psicológica y/o reparación de daño a la persona que cometa agravio dentro o cerca de las inmediaciones del lugar de trabajo, al personal sanitario.

¹²¹ Matile Carlos Andrés, et al, Revista Médica Universitaria, Facultad de Ciencias Médicas, UNCuyo, Vol. 12-No.12 -2016, p.p 1-11.

¹²² www.pediatrariosario.org.ar/index.php/violencia-contra-medicos, [20 de octubre de 2018, 11:35 horas]

¹²³ www.lagaceta.com.ar/nota/727478/actualidad/se-aprobo-pornimidad-ley-para-proteger-agresiones-medicos-docente.html, [20 octubre 2018, 12:00 horas] Se anexa al final del capítulo la propuesta de ley.

También, es interesante mencionar que, el personal sanitario cuenta con una página electrónica¹²⁴; donde se les informa sobre lo que es la violencia contra médicos y de qué forma pueden actuar en el momento que suceda el incidente, así como, algunas recomendaciones al respecto; es interesante comentar que dentro de la misma página, pueden realizar una denuncia sobre los hechos, misma que se le da seguimiento, independientemente de que se haya hecho o no una denuncia judicial¹²⁵.

4.4. España

España; Mercedes Martínez¹²⁶, nos dice que los médicos se han resignado durante años a soportar las violaciones a sus derechos de la personalidad y se ha prestado poca atención a las agresiones que sufrían por parte de sus pacientes, situación que tiene a empeorar si se tiene en cuenta el incremento paulatino de los episodios de agresiones verbales o físicas a los profesionales de los centros sanitarios. Ello indica que todas estas agresiones provocan un desgaste muy importante en la salud de los médicos con problemas de depresión y bajas laborales. La carga y la presión están generando en el médico situaciones de ansiedad, de estrés emocional y del Síndrome del Quemado o Burn out. El médico debe asumir todas sus obligaciones laborales y además soportar las agresiones de pacientes o familiares. Bajo tales circunstancias el médico puede sentirse desmotivado para ejercer una profesión tan vocacional como la medicina.

En el 2008, una colaboración en la Revista Enfermería Docente¹²⁷, se realizó un trabajo sobre este fenómeno, en el que se detalla que las relaciones

¹²⁴ Confr. <http://www.colmed9.org.ar/index.php/violencia-contra-medicos> [31 de octubre de 2018, 8:40 horas]

¹²⁵ Ídem.

¹²⁶ Martínez León, Mercedes, *El riesgo emergente que constituyen las agresiones y violencia que sufren los médicos en el ejercicio de su profesión: el caso de España*: Revista Bioética (en línea) 2010, 18 [29 noviembre 2018] Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533253002>>ISSN 1983-8042.

¹²⁷ Muñoz Pascual, José Carlos; et. al., *Agresiones al personal de los servicios de salud*. Enfermería Docente 2008, 89, p. 15-17, <http://www.index-f.com/edocente/89pdf/891517.pdf>, [30 octubre 2018, 14:45 horas]

entre profesionales sanitarios y los pacientes o acompañantes pueden adquirir en algunos casos un clima de agresividad en relación a una posible acumulación de resentimientos o miedos que deberían ser detectados y desactivados antes de que pudieran originar una agresión; las incidencias constantes, invitaron a poner atención en el tema e investigar como la violencia que se ha venido presentando en el lugar de trabajo abarca desde el lenguaje ofensivo o amenazador hasta el homicidio, así como la frecuencia en el lugar de trabajo que suelen ser las salas de emergencia, salas de espera, geriatría y psiquiatría. En este trabajo se propone una medida interesante que podría ser el establecimiento de un Observatorio de Agresiones al Personal Sanitario, que permitiría una detección precoz de estos percances y facilitaría las actuaciones pertinentes.

La Organización Médica Colegial de España (OMC)¹²⁸ a raíz de la muerte de un médico justo en el momento que daba asistencia, el paciente lo mato (en 2009), esto motivó a la organización para que se empezara a trabajar sobre este problema. Fue entonces que desde 2010, el Observatorio Nacional de Agresiones¹²⁹ forma parte de los grupos de trabajo que funcionan en el seno de la Asamblea de Secretarios de la OMC, constituidos con el fin de obtener una mayor operatividad, funcionalidad y eficiencia de la labor colegial a través de sus cargos intermedios. Sobre esta línea de trabajo surge la iniciativa, pionera en España, de este Observatorio, que parte de la voluntad de contribuir a dar respuesta y soluciones a la lacra de actos violentos contra el personal sanitario. Precisamente uno de sus objetivos, en estos momentos, es el de trabajar para conseguir que las agresiones sean catalogadas como violencia social.

Como ha explicado el Secretario General de la Organización Médica Colegial de España, el doctor Serafín Romero, en relación a estos grupos de trabajo, “se partió de la idea de que los colegios de médicos compartan el trabajo común de todos para obtener una mayor operatividad, funcionalidad y eficiencia

¹²⁸ Cfr. www.cgcom.es/sites/default/files/agresiones_2017/2/index.html , [29 octubre 2018, 11.50 horas]

¹²⁹ <http://elmedicointeractivo.com/observatorio-agresiones-omc-trabaja-tipo-actos-medicos-catalogue-violencia-social-20140124135155047382/> Ciudad de México, [30 de octubre 2018, 18.00 horas]

en la labor colegial y, en definitiva, ofrecer mayor y mejor respuesta como organización a las necesidades tanto de colegiados como de la sociedad en general”.¹³⁰

Algunas de las labores que aglutinan dichos grupos, cinco en la actualidad, están relacionadas con la actividad propia de las Juntas Directivas, otras con el ejercicio de la práctica diaria de la función colegial, y el manejo de información de primera mano sobre una problemática latente en las consultas como es el de la agresiones. En todo ello se está trabajando a través de los grupos de: Agresiones, Formación, Comunicación, Acogida y Buena *Praxis* y Registro¹³¹.

Como gestiones previas a la constitución del Observatorio hay que destacar que se implementó la “Guía de las Agresiones, 2009” y la creación de un registro nacional que permitiera manejar los datos recogidos por los colegios de médicos de España. A partir de la recopilación de datos, el Observatorio de las Agresiones genera una serie de planes estratégicos.

Los avances realizados en España sobre la materia han sido importantes abriendo un preámbulo para incitar a otros países a revisar esa parte en su legislación o por lo menos realizar un análisis de los incidentes que se han presentado en ese ámbito profesional.

Por el momento en los países que no existe legislación, han estado analizando del tema. Lamentablemente solo ha quedado en el análisis y no se han emitido, por lo menos, propuestas de posible prevención de agresiones en los lugares donde se de atención a la salud.

En México, Alejandro Villatoro, escribió una columna en *Saludiarario*¹³², *El actuar médico en un México violento*, donde expone la violencia que se ha presentado en los últimos tiempos en nuestro país, ahí enlista una serie de pasos a seguir en caso de potenciales situaciones de violencia:

¹³⁰ Ídem.

¹³¹ Ídem.

¹³² Cfr. <https://saludiarario.com/el-actuar-medico-en-un-mexico-violento/>, [1 noviembre 2018, 10:34 horas]

Este antecedente puede beneficiar a que a futuro se realice normatividad al respecto, las recomendaciones que el propone ante potenciales situaciones de violencia, son:

- No explore sólo o a puerta cerrada a un paciente que tenga un familiar conflictivo.
- Tenga cuidado en su actuar médico, sobre todo en presencia de testigos (no médicos).
- Si acude a consultas a domicilio, reporte a familiares y empresa dirección completa.
- Evite que cualquier situación se transforme en agresión o en una riña.
- En caso de agresión: no resista, mantenga la calma, busque auxilio y resguardo.
- Si tiene un consultorio particular, procure estar en un grupo médico, para que pague vigilancia.

Cuando esté ante los hechos de violencia:

- Reporte verbalmente eventos violentos ante vigilancia, autoridades superiores, administrativas o penales.
- Haga un reporte escrito en el expediente, además de la denuncia ante la autoridad correspondiente.

De igual manera propone que en los colegios y asociaciones médicas, así como, en las áreas laborales exista un lugar donde se puedan reportar denuncias para su contabilidad, asimismo, que en caso de agresión, se conceda un permiso para que el personal violentado pueda retirarse a su domicilio y recuperarse del daño causado.

Es necesario implementar campañas para protección de los médicos en los centros de trabajo así como protocolos a seguir en caso de ocurrir una agresión hacia éste, procurando la seguridad del personal de salud, ya que, para cumplir con otorgar el derecho a la salud, es necesario cuidar al personal dedicado a procurar de está. El derecho a la salud es uno de los derechos humanos de

obligatoriedad para la sociedad y para poder cumplir con esto deben existir recursos humanos íntegros, donde exista respeto mutuo para poder llevar un tratamiento digno y lo más eficaz posible para el enfermo.

CAPÍTULO 5

PROPUESTA DE MODIFICACIÓN EN EL CÓDIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL (CIUDAD DE MÉXICO) Y EN LA LEY GENERAL DE SALUD PARA PROTEGER AL PERSONAL DE LA SALUD DE LAS AGRESIONES QUE RECIBA POR PARTE DEL FAMILIAR O PACIENTE.

Durante el siglo XIX¹³³, México sufrió terribles luchas ideológicas entre conservadores y liberales, centralistas y federalistas. La Constitución conservadora denominada *Las Siete Leyes* instituyó un Supremo Poder conservador con facultades para regular las acciones de los otros tres poderes: el ejecutivo, el legislativo y el judicial. Esta Constitución de 1836 y las bases orgánicas de 1843 se encargaron de regular por primera vez la salubridad pública. Sin embargo, todavía no se concebía el derecho a la atención de la salud como un derecho autónomo. Solo se otorgaban facultades a los ayuntamientos para dar servicios de salud.

Fue hasta 1859, con el Presidente liberal Benito Juárez, cuando con la creación de las Leyes de reforma se abolieron los fueros eclesiásticos, se desconoció la personalidad de las órdenes religiosas. El Estado mexicano se convirtió en el único encargado de velar por el cuidado y supervisión de la salud de sus habitantes. Para ello, se creó el Consejo Superior de Salubridad¹³⁴, el cual estaría integrado por tres médicos, un farmacéutico y un químico. Su misión principal fue vigilar la correcta práctica del ejercicio de la medicina.

Fue el 15 de julio de 1891, que el ejecutivo federal expidió el primer Código Sanitario de México independiente, ordenamiento, que a través del tiempo se convirtió en la actual Ley General de Salud. Dicha legislación ha sufrido

¹³³ Gómez Fröd, Carina, *Derecho Sanitario, El Sistema de Salud en México*, Revista CONAMED, Vol.22, Num.3, 2017, p. 130.

¹³⁴ Ídem.

innumerables reformas por la constante revisión y actualización del marco jurídico. Actualmente la Ley General de Salud¹³⁵ se estructura con 18 títulos, a saber: el sistema nacional de salud, la prestación de servicios de salud, la protección social en salud, recursos humanos, genoma humano, información para la salud, promoción, prevención, control de enfermedades y accidentes, cuidados paliativos, asistencia social, programas contra adicciones, productos y servicios, publicidad, donación, trasplante de órganos, pérdida de la vida, sanidad internacional, vigilancia sanitaria y medidas de seguridad.

El derecho a la protección de la salud en México¹³⁶ se ha ido transformando paulatinamente. Al principio se le concebía como una cuestión religiosa y de mera caridad. Posteriormente, el Estado mexicano asumió la responsabilidad de su cumplimiento bajo un aspecto individualista. Con la Revolución Mexicana de 1910 surgieron las ideas progresistas que transformaron esta concepción y le otorgaron su carácter y naturaleza social.

No fue hasta 1983 que el derecho a la protección de la salud se elevó a rango constitucional al reformarse el artículo 4º que, en su párrafo V, dispone lo siguiente:

Artículo 4. La mujer y el hombre son iguales ante la ley. Ésta protegerá la organización y el desarrollo de la familia

I, II, III, IV...

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

¹³⁵ Ley General de Salud, México, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_241218.pdf, [24 diciembre 2018.]

¹³⁶ Gómez Fröd, Carina, *Derecho Sanitario. El Sistema de Salud en México*. op. cit. p. 131.

El contenido específico del derecho a la protección de la salud lo encontramos en el artículo 2° de la Ley general de Salud el cual dispone:

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

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

Paralelamente a la Ley General de Salud se encuentran vigentes, la Ley General del Seguro Social, la Ley General del ISSSTE, las leyes de cada uno de los Institutos Nacionales de Salud, el Reglamento interior, entre otros.

Por lo que se refiere a convenios de carácter laboral relacionados con la salud, México ha celebrado convenios relativos al examen médico obligatorio, seguridad en el trabajo, sobre la protección de la salud y asistencia médica y sobre seguridad y salud en la construcción. México es parte de la Organización

Mundial de la Salud y recibe cooperación técnica a nivel internacional. Asimismo existen en México entes reguladores en materia de salud¹³⁷.

Una de ellas es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, encargada de mediar y conciliar los conflictos que surjan de las deficiencias que existan en la atención médica, esto para tener una mejor calidad en los servicios de salud. De esta manera se asegura la atención médica con eficacia y calidez, asegurando el bienestar de la población.

Si bien es cierto que el derecho a la salud es protegido y los beneficiarios deben recibir una buena atención, existe una desigualdad en el rubro ya que los pacientes o familiares pueden exigir dicha atención, sin embargo los derechos de los que otorgan la asistencia médica en ocasiones se ven violentados por éstos, motivo por el cual se ven vulnerables en su ámbito laboral y susceptibles a ser víctima de sufrir daño moral, ocasionando en su psique trastornos que deban ser atendidos por profesionales, de tal forma que esto repercute en los servicios otorgados a los mismos pacientes.

Desafortunadamente, aún no existen entidades o, por lo menos, protocolos internos en las instituciones de salud que refuercen la calidad de la atención médica observando el comportamiento del paciente y el familiar dentro de un hospital, clínica o centro de salud. Es necesario hacer conciencia de la gravedad del tema, las agresiones se han vuelto una constante dentro de las instituciones de salud, es por eso que es inminente y necesario crear modificaciones en la Ley General de Salud.

Estas modificaciones deben dar la pauta para que la sociedad tenga un límite de actuación al defender un derecho sin abusar de él, es por eso que se propone en especial para quien atente en contra del personal de salud ocasionándole un daño moral, temporal o irreversible, en su persona. No obstante, esto, no debe afectar el otorgamiento del servicio de salud de los beneficiarios.

¹³⁷ Gómez Fröd, Carina, *Derecho Sanitario. El Sistema de Salud en México*, Op. Cit., p. 134.

5.1 Adición del párrafo tercero al artículo 1916 del Código Civil para el Distrito Federal, que corresponde al daño moral ocasionado a servidores públicos.

En el artículo 1916 del Código Civil para el Distrito Federal, hoy Ciudad de México, se define el daño moral y establece que procede en caso de ocasionarlo, sin embargo es necesario adicionar un párrafo en donde se proteja a los servidores públicos, de posibles actos que provoquen un daño moral en él; sobre todo en el personal de salud, siendo estos vulnerables a tener recurrentes episodios de actos ilícitos que causen un daño en los derechos de la personalidad.

Es por eso que se propone se adicione en el artículo 1916 del Código Civil para el Distrito Federal, Ciudad de México, conforme a lo siguiente:

TEXTO ACTUAL	TEXTO PROPUESTO
<p>Artículo 1916. Por daño moral se entiende la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspecto físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás. Se presumirá que hubo daño moral cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la integridad física o psíquica de las personas.</p> <p>Cuando un hecho u omisión ilícitos produzcan un daño moral, el responsable del mismo tendrá la obligación de repararlo mediante una indemnización en dinero, con</p>	<p>Artículo 1916. Por daño moral se entiende la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspecto físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás. Se presumirá que hubo daño moral cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la integridad física o psíquica de las personas.</p> <p>Cuando un hecho u omisión ilícitos produzcan un daño moral, el responsable del mismo tendrá la obligación de repararlo mediante una indemnización en dinero, con</p>

<p>independencia de que se haya causado daño material, tanto en responsabilidad contractual como extracontractual. Igual obligación de reparar el daño moral tendrá quien incurra en responsabilidad objetiva conforme a los artículo 1913, así como el Estado y sus servidores públicos, conforme a los artículos 1927 y 1928, todos ellos del presente Código.</p> <p>La acción de reparación no es transmisible a terceros por acto entre vivos y sólo pasa a los herederos de la víctima cuando ésta haya intentado la acción en vida.</p> <p>El monto de la indemnización lo determinará el juez tomando en cuenta los derechos lesionados, el grado de responsabilidad, la situación económica del responsable, y la de la víctima, así como las demás circunstancias del caso.</p>	<p>independencia de que se haya causado daño material, tanto en responsabilidad contractual como extracontractual. Igual obligación de reparar el daño moral tendrá quien incurra en responsabilidad objetiva conforme a los artículo 1913, así como el Estado y sus servidores públicos, conforme a los artículos 1927 y 1928, todos ellos del presente Código.</p> <p><i>Cuando un hecho u omisión ilícito produzcan un daño moral en una persona, que otorgue un servicio referente a la salud, personal médico o de enfermería, el responsable del mismo tendrá la obligación de repararlo mediante indemnización en dinero con independencia de que se haya causado un daño material.</i></p> <p>La acción de reparación no es transmisible a terceros por acto entre vivos y sólo pasa a los herederos de la víctima cuando ésta haya intentado la acción en vida.</p> <p>El monto de la indemnización lo determinará el juez tomando en cuenta los derechos lesionados, el grado de responsabilidad, la</p>
---	---

	situación económica del responsable, y la de la víctima, así como las demás circunstancias del caso.
--	--

Esta adición es importante para proteger al personal de salud que llegue a ser agredido por pacientes o familiares, por lo que podrá ejercer su derecho a solicitar una indemnización en el caso que llegue a sufrir daño moral a consecuencia de amenazas o agresiones.

Quien trabaje en el servicio público deberá ser respaldado por la institución para la que labora y quien ejerza de forma particular tendrá que dirigirse con la autoridad correspondiente para denunciar el acto.

5.2 Propuesta de reforma a la Ley General de Salud; adición del artículo 48 Bis, sobre las atribuciones de las Instituciones de Salud para emitir protocolos internos a seguir en caso de violencia contra el personal de salud.

El Título Tercero, Capítulo III corresponde a los prestadores de Servicios de Salud; y, si bien, el artículo 48 indica la observancia por parte de las autoridades respectivas, es necesario crear una adición que lo complemente para que se vincule con los principios de equidad e igualdad y así exista una mejor armonía en la relación médico-paciente/familiar. A continuación transcribiremos el artículo 48 de la Ley General de Salud y la propuesta de adición:

TEXTO ACTUAL	TEXTO PROPUESTO
<i>Artículo 48.- Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias y en coordinación con las autoridades educativas, vigilar el ejercicio de los profesionales, técnicos y auxiliares de la</i>	<i>Artículo 48.- Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias y en coordinación con las autoridades educativas, vigilar el ejercicio de los profesionales, técnicos y auxiliares de la</i>

<p>salud en la prestación de los servicios respectivos.</p> <p>Artículo 48 Bis: No existe.</p>	<p>salud en la prestación de los servicios respectivos.</p> <p>Artículo 48 Bis: Corresponde a cada institución de salud, pública o privada, salvaguardar la integridad laboral, física y psíquica del personal sanitario, por lo que, deberán emitir protocolos de seguridad, en el caso que se presenten agresiones físicas o verbales a su personal por parte de los beneficiarios de los servicios de salud o de sus familiares, esto, sin transgredir el derecho a la salud del paciente.</p>
--	--

Este artículo solo exige a los gobiernos salvaguarden los derechos de los profesionales de la salud, sin embargo, ¿qué hay con respecto a la vigilancia en el comportamiento del beneficiario dentro de las instituciones de salud, públicas y privadas?

Es importante tener una igualdad de respeto en el trato médico-paciente/familiar ó paciente/familiar-médico dentro de las instituciones de salud, esto ayudaría a tener una mejor comunicación, trato y empatía para la recuperación del paciente, impactando en una excelente calidad de atención en los servicios de salud. Es por eso que la propuesta de que se adicione el artículo 48 bis, conforme a lo antes descrito.

Es necesario que las instituciones promuevan acciones que garanticen la protección de su personal otorgándoles la seguridad debida en su entorno laboral evitando actos que puedan desembocar en agresiones y como consecuencia ocasionar un daño moral al personal. Esta medida permitiría tener equidad e

igualdad en este ámbito, tanto para el paciente como para el personal de salud, y se centraría en una atención con mayor calidad y empatía en los servicios, mismo que ahora no se lleva a cabo y da como resultado conflictos y/o malentendidos en la atención medica.

5.3 Reforma a la Ley General de Salud en el Titulo Tercero, Capítulo IV.

Este capítulo corresponde a los usuarios de los servicios de salud y participación de la comunidad, y se propone adicionar un parrafo al artículo 52 que versa sobre el comportamiento que debe seguir el usuario dentro de Instituciones de Salud. A pesar de que este articulo en su contenido precisa que los derechohabientes deben apegarse a la reglamentación interna de cada institución, sería necesario agregar o ser mas especifico en la obligatoriedad que existe para ser respetuosos tanto como con el mobiliario, material y equipo, como con el personal que existe dentro de cada institución para favorecer la atención médica de los pacientes. El artículo 52 a continuación se transcribe:

TEXTO ACTUAL	TEXTO PROPUESTO
<p>Artículo 52.- <i>Los usuarios deberán ajustarse a las reglamentaciones internos de las instituciones prestadoras de servicios de salud, y dispensar cuidado y diligencia en el uso y conservación de los materiales y equipos médicos que se pongan a su disposición.</i></p>	<p>Artículo 52.- <i>Los usuarios deberán ajustarse a las reglamentaciones internos de las instituciones prestadoras de servicios de salud, y dispensar cuidado y diligencia en el uso y conservación de los materiales y equipos médicos que se pongan a su disposición; así como respetar al personal de salud para generar un ambiente de armonía, siempre en beneficio del paciente; por lo que de no cumplir con las normas reglamentarias, serán acreedores a sancionados con:</i></p>

	<p><i>I. Restricción de acceso a la institución al familiar agresor.</i></p> <p><i>II. En caso de ser paciente el agresor será referido a otra institución de salud para dar seguimiento a su padecimiento.</i></p> <p><i>III. En el supuesto de ser único familiar y éste ejerza violencia física, verbal o atente contra el derecho al honor, la vida privada y la propia imagen o cualquier otra agresión que atente contra la dignidad del personal de salud, se le conminara para apegarse al reglamento interno y solo podrá tener contacto con el personal de salud cuando se tenga que informar sobre el paciente, conforme al reglamento interno de cada institución.</i></p>
--	---

Si bien el artículo dispone que hay reglamentos internos y, como tal, existen; solo son disposiciones para respetar las indicaciones para los tramites, así como también del cuidado y conservación de los bienes muebles que existen en la institución, sin embargo deben ser incluidos en estos reglamentos la forma en que deben dirigirse en las relaciones con el personal de salud y, en caso de caer en omisión o comisión, las sanciones que se generen por no respetar lo establecido en el reglamento.

Esta propuesta, no violenta derechos de los pacientes; ellos serán atendidos bajo la misma normatividad vigente y conforme a su padecimiento, asimismo, el acceso a la información del familiar tampoco se violeta, éste tendrá el mismo derecho de informarse sobre el padecimiento y evolución de la enfermedad del paciente, solo que en el caso de ser el agresor se le informará por medio de otros familiares, esto por tener acceso restringido. El derecho a la salud no se está negando, sin embargo debe existir una medida de protección para el personal de salud, ya que su actividad es vulnerada por actos violentos por parte de los familiares y a veces por los pacientes.

CONCLUSIONES

PRIMERA. Desde tiempos de antaño, la profesión médica ha sido de las más importantes dentro de la sociedad. Antiguamente los conocimientos eran transmitidos de generación en generación por los abuelos; a las personas dedicadas a la práctica de la medicina se les respetaba mucho y se les daba la entera confianza dentro de una familia, en la actualidad es solo un profesionalista dedicado a velar por la salud, sin involucrarse más íntimamente.

SEGUNDA. Es lamentable que ese respeto que se le tenía anteriormente ha ido mermando con el paso de los años. Pero también es destacada la importancia que han dado al derecho a la salud en las últimas décadas, exige a las instituciones de salud calidad en la atención y vigilados por la creación de nuevas instituciones que revisan de cerca el funcionamiento de los servicios de salud.

TERCERA. Si bien, el médico forma parte importante en las instituciones de salud, y es parte del personal de salud que existe en hospitales, clínicas, centros de salud, etc., también lo son enfermeras y demás personal que trabaja dentro de estos lugares. Este nombre se da principalmente por el reconocimiento que se le da al profesional que contiene en su formación aptitudes, conocimientos y facultades para atender problemas de salud en las personas.

CUARTA. En esta conjugación de atención médica es primordial tener un binomio y en este caso es el paciente, quien es la persona que va a recibir los cuidados médicos y/o tratamiento por parte del personal de salud, esta actividad es de gran importancia para la salud del paciente, no obstante su participación dentro del proceso es el que va a dar los resultados positivos para su cura.

QUINTA. Ciertamente es que dentro de este proceso la ética profesional juega un papel contundente, está directamente vinculada con la calidad moral de nuestro trabajo, es un compromiso con lo que hacemos. En la medicina existe la ética médica que se rige principalmente en preservar la salud; no obstante está ligada a la bioética que es la rama de la ética que se dedica a proveer los principios de

conducta del ser humano con respecto a la vida, tanto humana, animal o vegetal. Ésta no solo se limita al ámbito médico sino resuelve todos los problemas del medio ambiente.

SEXTA. En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 se reguló la facultad del Congreso para legislar sobre salud. Surge entonces el Consejo de Salubridad General, dependiendo directamente del Ejecutivo, y se establece que cuando hubiera campañas sobre tabaquismo, alcoholismo u otras, deberían ser revisadas por el Congreso de la Unión. En octubre de 1943 se creó, por decreto, la Secretaria de Salubridad y Asistencia, donde se regula que las medidas de salud serán dictadas por el Estado.

SEPTIMA. Existe el derecho a la protección de la salud, este es un derecho humano, reconocido por la Constitución, por lo que el Estado como garante de los derechos humanos, debe lograr el acceso a la salud a todos sus gobernados. Esto incluye promover la atención médica así como dotar a la ciudadanía de instituciones o instrumentos para resolver quejas relacionadas con las prestaciones de servicios de salud. Actualmente la Secretaria de Salud es la dependencia encargada de regular la salubridad nacional apoya por los servicios de salud estatales e instituciones como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

OCTAVA. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, órgano desconcentrado de la Secretaria de Salud se creó por decreto presidencial en 1996 a raíz de un sinnúmero de denuncias de hechos relacionados con el ejercicio de los profesionales en materia de salud, para reducir la carga excesiva de trabajo al Ministerio Público, fue entonces que se sugirió se redimieran las controversias mediante el mecanismo del arbitraje, esta forma reduciría considerablemente los tiempos de resolución.

NOVENA. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico debe garantizar a los usuarios y prestadores de servicios médicos, la imparcialidad en el análisis, dictamen y resolución en las controversias que conozca, siendo entonces un órgano desconcentrado de la Secretaria de Salud con autonomía técnica para

recibir quejas, investigar irregularidades en prestación de servicios médicos y emitir opiniones, acuerdos o laudos.

DÉCIMA. Hay que hacer notar que para evitar llegar a este órgano desconcentrado es muy importante la relación médico-paciente, anteriormente este vínculo estaba basado en la confianza y libertad, hoy en día el exceso de trabajo en hospitales públicos reduce significativamente la cordialidad en la comunicación, la atención médica en estos lugares no es constante en un solo galeno, es decir, cada que el paciente asiste a consulta lo atiende diferente médico, aunque si bien en el expediente está prescrito diagnóstico y tratamiento, cada profesional de la salud tiene su criterio. Muchas veces esta variante induce a la insatisfacción del paciente en el manejo de su tratamiento y puede desembocar en quejas ante la autoridad antes mencionada.

DÉCIMO PRIMERA. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en conjunto con el ISSSTE, SECRETARIA DE SALUD, IMSS, COMISION NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, emitieron un primer documento que es considerado un antecedente para el surgimiento de la Carta de los Derechos Generales de los Médicos, en esta se plasma el derecho a ejercer la profesión libre, laborar en instalaciones apropiadas, contar con los recursos necesarios, recibir trato digno y respetuoso, salvaguardar su prestigio e intereses personales, recibir en forma oportuna la remuneración a su servicio.

DÉCIMO SEGUNDA. La Carta de los Derechos Generales de los Pacientes tiene sus antecedentes en 1981, donde la Asamblea Médica Mundial formula la Declaración de Lisboa sobre los Derechos de los Pacientes, y bajo esta influencia la CONAMED en 1991 emite esta carta, en ella se mencionan derechos como recibir atención médica, trato digno, información clara, confidencialidad, aclarar dudas con respecto al diagnóstico o tratamiento, recibir atención médica en caso de urgencia, constar con expediente clínico e inconformarse cuando no sea adecuada la atención médica.

DÉCIMO TERCERA. Las cartas de los Derechos Generales de los Pacientes y de los Derechos Generales de los Médicos, son imperativamente

importantes en el desarrollo de las actividades de atención médica; en ese orden de ideas, ambas partes deben respetar lo descrito en esos documentos, así entonces, ello llevará a una atención más eficiente y oportuna para el paciente y brindará confianza en los familiares.

DÉCIMO CUARTA. El trato amable entre médico y paciente no se debe romper, porque de ser así se afectaría la relación y el respeto; incidiendo en desigualdad, esto se da, porque los médicos son los que tienen una mayor observancia en sus actividades, ya que el médico debe tratar al paciente con calidad y calidez; sin embargo, los familiares hay ocasiones que no lo hacen así, sino al contrario, exigen una mejor atención, así como, la cura al padecimiento del paciente. Aún y cuando a veces, no está en las manos del medico la salud, sino solo control de la enfermedad.

DÉCIMO QUINTA. En ocasiones el paciente o el familiar en su enojo o frustración por tener sano a su paciente, no miden sus actos y se han dado casos que los médicos o personal de salud han sido agredidos verbal y/o físicamente. Estas agresiones pueden causar daños que impidan a este profesional continuar con la atención en el momento o bien afectar hasta su vida cotidiana; esas conductas lo pueden dañar moralmente, ya que se violan sus derechos de la personalidad, como su imagen, su nombre o incluso al grabar conversaciones confidenciales que solo atañen al paciente y/o familiar, y que al realizar la grabación se vulnera la información confidencial y puede ser expuesta al igual que la forma en que se desempeña en su labor.

DÉCIMO SEXTA. Las conductas agresivas pueden afectar el patrimonio pecuniario o el moral del personal de salud por lo que surge a cargo del autor/a por lo que debe responder por los daños causados. Para que se acredite este tipo de responsabilidad se debe confirmar que la conducta ilícita fue dolosa o con culpa, de igual forma hay que demostrar el daño causado y el nexo causal.

DÉCIMO SEPTIMA. Al realizar una encuesta al personal de salud en enero de 2019, en un hospital público en la Ciudad de México, los resultados arrojaron que el 50% de los encuestados han sufrido agresiones o maltratos en el último

año, el 94% el agresor ha sido un individuo, el 45% se siente inseguro en su lugar de trabajo y el 100% ha tenido sentimientos de impotencia, ansiedad o estrés postraumático.

DÉCIMO OCTAVA. Desafortunadamente estos actos violentos se han presentado en diferentes partes del mundo, por mencionar algunos: Perú, Uruguay, Paraguay, Argentina y España. La violencia verbal contra el personal de salud es un problema latente; ya en los países antes mencionados se han realizado avances en su legislación al respecto.

DÉCIMO NOVENA. En Perú y Paraguay se han planteado políticas en el sector salud que lleven a realizar penas más severas a quien agrede al personal sanitario; lo mismo sucede en Uruguay, donde la academia Nacional de Medicina, las Facultades de Medicina de diversas universidades y asociaciones como la de Psiquiatría y Neurología están trabajando y poniendo su esfuerzo para que el gobierno implemente herramientas que funcionen para obtener protección.

VIGÉSIMA. Argentina es uno de los países que ha trabajado arduamente sobre el tema objeto y ha realizado un manual llamado *Manual de prevención, intervención y seguimiento de violencia y agresiones hacia el personal de salud por los pacientes y sus familias*, elaborado por la Sociedad Argentina de Pediatría en 2013, Ese protocolo se usa para actuar en caso de violencia física o verbal, ya también tiene una propuesta de ley para implementar sanciones más severa.

VIGÉSIMO PRIMERA. En España existe la Organización Médica Colegial, ésta creó el Observatorio Nacional de Agresiones donde se respalda a los médicos y de cerca se revisan los casos de violencia, tratando de conseguir que dichas agresiones sean catalogadas como violencia social.

VIGÉSIMO SEGUNDA. En el artículo 189 del Código Penal Federal, expresa la sanción en caso de agredir a servidores públicos, que será de uno a seis años de prisión, y en el supuesto de haber cometido algún delito, se sumara lo que le corresponda a este.

VIGÉSIMO TERCERA. No hay normatividad interna en las instituciones de salud, que exijan que el familiar deba tener una buena conducta y que en el caso de no cumplir con el comportamiento adecuado se pueda intervenir legalmente siempre que ocurran abusos por parte del familiar. Pero siempre se deben resguardar los derechos de los pacientes.

VIGÉSIMO CUARTA. Ante la problemática planteada que las instituciones públicas o privadas realicen protocolos que se deban aplicar en el caso de que existan agresiones hacia el personal de salud.

VIGÉSIMO QUINTA. Se propone reformar los artículos 1916 del Código Civil vigente en la Ciudad de México y los artículos 48 y 52 de la Ley General de Salud como se ha planteado en este trabajo, en el capítulo respectivo, para proteger los derechos de la personalidad por los posibles daños que pueda sufrir el personal de salud al ser agredido verbalmente con amenazas por parte de los familiares, ya que, se le puede ocasionar un menoscabo en su honor, al difamarle en cuanto a su actividad profesional solo porque el familiar se encuentra alterado o se siente con derecho de exigir o abusar de su derecho a la salud; en su imagen, al ser grabado y difundido contribuyendo a sufrir una afectación mayor a su persona; en su psique, cuando recibe amenazas y esto contribuye a disminuir su productividad laboral causado por el estrés postraumático o síndrome de burnout. Las reformas descritas en el Capítulo 5, contribuirán a tener un derecho a la salud más equitativo en el cual ambas partes puedan cumplir cabalmente con sus derechos y obligaciones.

VIGÉSIMO SEXTA. La responsabilidad civil es la obligación de reparar el daño causado a una persona derivado del obrar ilícito de otra. En ese orden de ideas si un sujeto agrede al personal de salud, le causa un daño que debe ser reparado.

VIGÉSIMO SÉPTIMA. La conducta ilícita de agresión, contra el personal médico puede generar daño, el cual puede ser material o moral, el daño material recae en el patrimonio pecuniario de la persona y este debe ser resarcido de forma pecuniaria o material dependiendo de lo que se haya afectado con ese obrar indebido. El daño moral es un poco más complicado ya que se violenta el

patrimonio moral del ser humano, como puede ser en sus sentimientos, afectos y creencias; el cual debe ser reparado en sentido estricto y será el juzgador quien valorará lo dañado para así contener la agresión a una reparación pecuniaria.

VIGÉSIMO OCTAVA. Lo que se propone en esta investigación es regular el comportamiento de los familiares dentro de las instituciones y/o unidades de salud pública y privada para que la atención médica sea de calidad y benéfica para el paciente, sin embargo no se debe perder de vista, en el mismo modo, el ejercicio ético y profesional del personal médico. Siendo de ambos lados el buen comportamiento para el beneficio del paciente y se dé el cumplimiento del derecho a la salud.

VIGÉSIMA NOVENA. Es por ello que se sugiere la adición al artículo 1916 del Código Civil para el Distrito Federal, hoy Ciudad de México, donde se pretende se obligue a quien causo daño moral al personal de salud lo repare de forma pecuniaria, independientemente si existe daño material. Otra de las propuestas es reformar la Ley General de Salud. De igual manea se propone adicionar el artículo 48 bis en el sentido de dar atribuciones a las instituciones de salud a salvaguardar la integridad de su personal y emitir protocolos de seguridad para cumplir con esto. Y por último reformar el artículo 52, de la misma legislación, donde se involucran a los usuarios y familiares de pacientes a tratar con respecto al personal sanitario y de no ser así serán acreedores a sanciones específicas, respaldadas siempre por el reglamento interno de cada institución.

ANEXO 1

5420-7000

En la CONAMED hacemos valer tus derechos
como trabajador de la salud.
Comunicate con nosotros.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONAMED
COMITÉ NACIONAL DE
ABSTRACTO MÉDICO



10 DERECHOS GENERALES DE LAS Y LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

1. Ejercer la profesión en forma libre, sin presiones y en igualdad de condiciones interprofesionales.
2. Laborar en instalaciones apropiadas y seguras, que garanticen la seguridad e integridad personal y profesional.
3. Contar con los recursos necesarios para el óptimo desempeño de sus funciones.
4. Abstenerse de garantizar resultados y proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
5. Recibir trato digno y respetuoso por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.
6. Tener acceso a la actualización profesional en igualdad de oportunidades para su desarrollo personal y a actividades de investigación y docencia de acuerdo con su profesión y competencias.
7. Asociarse libremente para promover sus intereses profesionales.
8. Salvaguardar su prestigio e intereses profesionales.
9. Tener acceso a posiciones de toma de decisión de acuerdo con sus competencias.
10. Recibir de forma oportuna y completa la remuneración que corresponda por los servicios prestados.



10 DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre tu atención.
5. Otorgar o no tu consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando te inconformes por la atención médica recibida.

5420 7000 Y 01 800 711 0658

Miña 250, esq. Eugenia (a unas cuerdas del metro Eugenia)
Col. Narvarte, C. P. 03600. Visite la página: www.conamed.gob.mx
para localizar la Comisión más cercana en su entidad.

ANEXO 2

AGRESIONES A PERSONAL DE SALUD

ESTA ENCUESTA ESTA ENFOCADA EN EVALUAR QUE TAN FRECUENTE ES AGREDIDO(POR FAMILIARES O PACIENTES) EL PERSONAL DE SALUD EN SU ENTORNO LABORAL

*Obligatorio

1. PROFESION *

.....

2. EDAD *

.....

3. ALGUNA VEZ, ¿A SUFRIDO AGRESIONES (VERBALES Y/O FÍSICAS) A CONSECUENCIA DE SU TAREA ASISTENCIAL? *

Marca solo un óvalo.

- SI (SIGA CON EL CUESTIONARIO)
- NO (FIN DE LA ENCUESTA)

4. EN EL ÚLTIMO AÑO, ¿CUANTAS VECES A SUFRIDO DE AGRESIONES?

Marca solo un óvalo.

- UNA VEZ
- DOS VECES
- TRES O MÁS VECES

5. ¿QUE TIPO DE AGRESIONES?

Marca solo un óvalo.

- VERBALES DE FAMILIARES
- FÍSICAS DE FAMILIARES
- AMBAS DE FAMILIARES
- VERBALES DE PACIENTES
- FÍSICAS DE PACIENTES
- AMABAS DE PACIENTES

6. ¿EN QUE CONTEXTO SE PRESENTO LA AGRESIÓN?

Marca solo un óvalo.

- INSTITUCIÓN PÚBLICA
- INSTITUCIÓN PRIVADA

7. ¿EN QUE ÁREA?

Marca solo un óvalo.

- URGENCIAS
- CONSULTA EXTERNA
- HOSPITALIZACION
- TERAPIA INTENSIVA
- OTRO: ESPECIFIQUE

8. MOTIVO DESENCADENANTE:

Marca solo un óvalo.

- INFORME MÉDICO
- DEMORA DE ATENCIÓN
- CARENCIA DE RECURSOS PARA RESOLVER PROBLEMA MÉDICO
- COMUNICAR FALLECIMIENTO
- INCONFORMIDAD DE LA ATENCIÓN

9. AGRESORES:

Marca solo un óvalo.

- INDIVIDUAL
- GRUPO DE PERSONAS

10. ESTADO DEL AGRESOR:

Marca solo un óvalo.

- INTOXICADO
- ESTADO MENTAL ALTERADO (ANGUSTIA, PREOCUPACIÓN)
- NINGUNA

11. SITUACIÓN:

Marca solo un óvalo.

- USTED ESTABA SOLO
- ESTABA ACOMPAÑADO DE COLEGAS

12. ¿CUAL FUE SU RESPUESTA A LA AGRESIÓN?

Marca solo un óvalo.

- INSULTANDO O AGREDIENDO
- CONTROLANDO MEDIANTE DIÁLOGO
- AVISÓ A COMPAÑEROS O SEGURIDAD
- ABANDONÓ LUGAR DE LOS HECHOS (INTERRUMPE LA ASISTENCIA)

13. CONSECUENCIA DE LA AGRESIÓN RECIBIDA, ¿HA SUFRIDO ALGUNA LESIÓN O SECUELA PSÍQUICA O FÍSICA?

Marca solo un óvalo.

- SI (CONTINUÉ)
 NO (PASE A LA TERCERA PREGUNTA DESPUÉS DE ESTA)

14. ¿CUAL FUE LA SECUELA O LESIÓN? (PUEDE MARCAR MAS DE DOS)

Selecciona todos los que correspondan.

- LESIONES FÍSICAS
 ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
 ANSIEDAD
 SINDROME DE BURN OUT
 OTROS TRASTORNOS (ENOJO, IMPOTENCIA)

15. ¿SE OBLIGO A SUSPENDER SUS LABORES?

Marca solo un óvalo.

- SI
 NO

16. ¿HAY PERSONAL DE SEGURIDAD EN SU LUGAR DE TRABAJO?

Marca solo un óvalo.

- SI, TOMA ACCIONES PARA PROTEGER
 SI, SOLO OBSERVA
 SI, TRATA DE CONTROLAR LA SITUACION
 SI, USA LA FUERZA FÍSICA
 NO

17. ¿SE SIENTE INSEGURO EN SU LUGAR DE TRABAJO ACTUALMENTE?

Marca solo un óvalo.

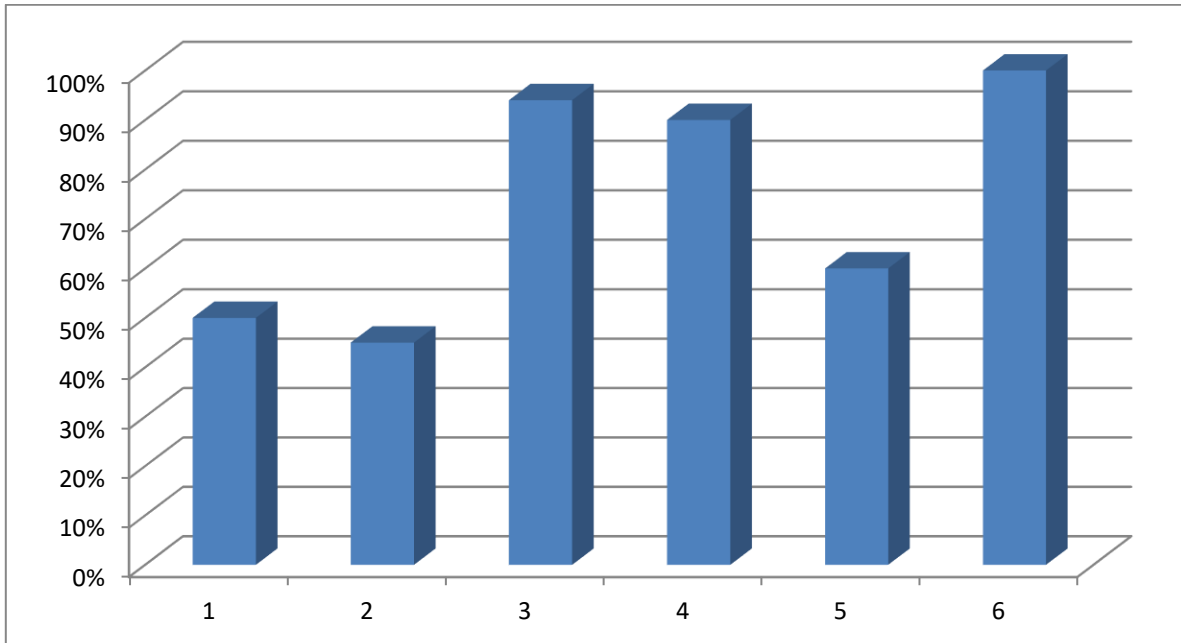
- SI (CONTINUÉ)
 NO (FIN DE LA ENCUESTA)

18. COMO CREE USTED QUE PODRÍAN CONTROLARSE ESOS ACTOS DENTRO DE SU LUGAR DE TRABAJO?

.....
.....
.....
.....
.....

En la última pregunta la respuesta más recurrente fue: *que se les informe sobre el reglamento y se les dijera sobre las consecuencias cuando se agrede al personal de salud.*

Los resultados de la encuesta realizada, en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, en enero de 2019, fueron:



1.- En relación a la pregunta 1 del cuestionario, tenemos como resultado que:

El personal que ha sido agredido (50%)

2.- En relación a la pregunta 13 del cuestionario, tenemos como resultado que:

El personal se siente inseguro en su lugar de trabajo (45%)

3.- En relación a la pregunta 7 del cuestionario, tenemos como resultado que:

El agresor es una sola persona (94%)

4.- En relación a la pregunta 4 del cuestionario, tenemos como resultado que:

La agresión sucede en una institución pública (90%)

5.- En relación a la pregunta 8 del cuestionario, tenemos como resultado que:

El agresor no se encontraba en estado inconveniente (60%)

6.- En relación a la pregunta 12 del cuestionario, tenemos como resultado que:

Ha tenido emociones o sentimientos como: ansiedad, enojo o impotencia, síndrome burn out, estrés post-traumático. (100%)

Estos resultados se basaron en 100 encuestas realizadas a personal de salud dentro del Hospital Infantil de México Federico Gómez, en el mes de enero 2019.

ANEXO 3



*Honorable Legislatura
de Tucumán*



LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE TUCUMAN SANCIONA CON FUERZA DE

LEY

HONORABLE LEGISLATURA	
MESA DE ENTRADAS	
EXPTE:	14-16-17
ENTRO-SALIDA	15/10/2017
HORA:	13:05
LIBRO:	26 FOLIO: 3
A:	
FIRMA RESPONSABLE	

Contravenciones contra la Violencia en Instituciones Educativas y de Salud.

Artículo 1.- Incorporase como Capítulo IV a la ley 5140, el siguiente:

Capítulo IV

Régimen Especial Contra la Violencia en Instituciones Educativas y de Salud

Artículo 56 Bis.- Será sancionada con arresto de cinco (5) a sesenta (60) días, multa de entre el cincuenta (50%) y el cien (100%) por ciento de la remuneración del juez de primera instancia de la Provincia de Tucumán, tareas comunitarias, asistencia a sesiones psicológicas y/o reparación del daño, la persona que, dentro del establecimiento educativo de gestión pública o privada o en las inmediaciones del mismo, o dentro de un establecimiento de de Salud pública o privada, o en sus inmediaciones, realice cualquiera de las siguientes acciones:

- Hostigue, maltrate o perturbe emocional e intelectualmente a un trabajador de la educación o de la salud.
- Insulte a un trabajador de la educación o de la salud.
- Ejerza actos de violencia física contra un trabajador de la educación o de la salud.
- Atentare contra un bien de utilidad pública.
- Ingrese sin autorización a un establecimiento educativo o de salud y no se retire a requerimiento del personal.




Honorable Legislatura
de Tucumán

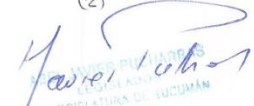


Artículo 56 Ter.- En el marco de las contravenciones de este capítulo, se procederá a comunicar inmediatamente al juez de instrucción de la situación procesal de los contraventores siendo además imprescindible la intervención de un defensor o letrado particular en cada uno de los supuestos a los fines de garantizar el derecho de toda persona a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente, independiente e imparcial.


Artículo 2. De Forma.-

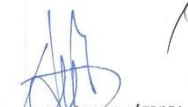

LIC. ADELA ESTOFAN DE TERRAF
LEGISLADORA
H. LEGISLATURA DE TUCUMÁN
(2)



Dr. José María Canelada
Legislador Provincial
Presidente de Bloque de Legisladores UCR
(1)


LIC. MARÍA VICTORIA
LEGISLADORA
H. LEGISLATURA DE TUCUMÁN
(3)


LIC. CLAUDIO DANIEL VINA
LEGISLADOR
H. LEGISLATURA DE TUCUMÁN
(7)


Dr. MANUEL FERNANDO VALDEZ
LEGISLADOR
H. LEGISLATURA DE TUCUMÁN
(4)


Dra. STELLA MARIS CORDOBA
LEGISLADORA
H. LEGISLATURA DE TUCUMÁN
(6)


RAMÓN SANTIAGO CANO
LEGISLADOR
H. LEGISLATURA DE TUCUMÁN
(5)


Lic. OSVALDO RUBÉN MORELLI
LEGISLADOR
H. LEGISLATURA DE TUCUMÁN
(8)



*Honorable Legislatura
de Tucumán*



FUNDAMENTOS

El presente proyecto tiene como bien jurídico tutelado la seguridad en las Instituciones de la Salud y de la Educación regulando un sistema contravencional sin trabas burocráticas, que permita la actuación inmediata por parte de las fuerzas públicas de seguridad y de la justicia, para actuar en casos de violencia en las referidas instituciones, salvaguardando las debidas garantías procesales.

Por ello, entendemos que la figura legal que más se adapta a para dar una respuesta urgente a tan delicado problema es la figura contravencional. Su dinamismo y su directa implementación hacen de este instituto un beneficio tutelar que garantiza "prima facie" una rápida respuesta a las demandas sociales de seguridad cotidiana.

Desde otra perspectiva, cabe destacar que la Organización Internacional de Trabajo ha publicado un extenso y minucioso informe oficial en el que indica que Francia, Argentina, Rumania, Canadá e Inglaterra han señalado las tasas más elevadas de agresiones y acoso sexual en el lugar de trabajo.

El informe de la OIT se centra en el análisis de las tendencias globales y entre los resultados del estudio, el informe señala textualmente: "Los brotes de violencia que se producen en los lugares de trabajo de todo el mundo permiten concluir que este problema rebasa en efecto las fronteras de los países, los ámbitos de trabajo o cualesquiera categorías profesionales".

En algunos lugares de trabajo y ocupaciones, como los taxistas, el personal de los servicios sanitarios, el personal docente, los trabajadores sociales, el servicio doméstico en países extranjeros o el trabajo solitario, sobre todo en los turnos de noche del comercio de detalle, existe un grado de riesgo ante la violencia mucho mayor que el correspondiente a otros ámbitos u ocupaciones.

Dicho riesgo es considerablemente mayor para las mujeres, dado que se concentran en las ocupaciones más expuestas, como la enseñanza, el trabajo social, la enfermería, la banca y el comercio minorista.



Honorable Legislatura
de Tucumán



Tanto los trabajadores como los empleadores reconocen cada vez más que las agresiones psicológicas son una forma grave de violencia. La violencia psicológica incluye el amedrentamiento de grupo o "mobbing", es decir, la intimidación y el hostigamiento psicológico colectivos.

Este informe, basado en encuestas reales y estudios pormenorizados, refleja claramente la vulnerabilidad en materia de seguridad que poseen los establecimientos de la salud y los educativos en general. En nuestra Provincia es de notorio y público conocimiento el incremento de la violencia en estos establecimientos en los últimos años.

Según la OIT, los actos de violencia provocan una alteración inmediata y a menudo duradera de las relaciones interpersonales, la organización del trabajo y el entorno laboral en su conjunto. En los empleadores recae el costo directo del trabajo perdido y de la necesidad de mejorar las medidas de seguridad. Entre los costos indirectos se pueden citar la menor eficiencia y productividad, la reducción de la calidad de los productos, la pérdida de prestigio de la empresa y la disminución del número de clientes.

En estos últimos años cada vez son más las provincias que están elaborando medidas para enfrentar esta problemática, entre las cuales se puede nombrar la creación de una policía hospitalaria, la colocación de cámaras de vigilancia permanentes, un sistema de "encargados" o "celadores" de la seguridad pertenecientes al mismo establecimiento, cambio en la disposición de los lugares físicos de espera, etc.

Por todo lo expuesto, proponemos este proyecto en defensa del trabajo de estos sectores vitales para nuestra Provincia.

Por todo lo antes expresado es que solicito a mis pares la aprobación del presente proyecto de ley.

Lic. ADELA ESTEFAN DE TERRAF
LEGISLADORA
H. LEGISLATURA DE TUCUMÁN (2)

Dr. MANUEL FERNANDO VALDEZ
LEGISLADOR
H. LEGISLATURA DE TUCUMÁN (4)

Dr. José María Canelada
Legislador Provincial
Presidente de Bloque de Legisladores UCR (1)

Dra. STELLA MARIS CORDOBA
LEGISLADORA
H. LEGISLATURA DE TUCUMÁN (6)

RAMÓN SANTIAGO CANO
LEGISLADOR
H. LEGISLATURA DE TUCUMÁN (5)

Dr. CLAUDIO DANIEL VINA
LEGISLADOR
H. LEGISLATURA DE TUCUMÁN (7)

Arq. OSWALDO FERRARI MORELLI
LEGISLADOR
H. LEGISLATURA DE TUCUMÁN (8)

Dr. JAVIER PUCHARRAS
LEGISLADOR
H. LEGISLATURA DE TUCUMÁN (3)

BIBLIOGRAFÍA

- Adame Goddard, J., *Filosofía social para juristas*. México, Mc Graw Hill, 1998.
- Bazúa Witte, A., *Los derechos de la personalidad, sanción civil a su violación*, Mexico, Porrúa, 2005.
- Bejarano Sánchez, M., *Obligaciones Civiles.*, Mexico, Oxford, 2010.
- Borja Soriano, M., *Teoría General de las Obligaciones.*, México, Porrúa, 1991.
- Carrillo Favela, L. M., *La Responsabilidad Profesional del Médico en México*, México, Porrúa, 2009.
- Contreras López, Sandra Raquel, *Derecho Civil. Derecho de las personas y Teoría Integral del Acto jurídico*, México, Porrúa, 2016.
- De Freitas Drumond, J. G. *El Derecho médico en Iberoamerica: Evolución y Perspectivas*. Sideme , 2010.
- Gutierrez y González, E., *Derecho de la Obligaciones*. México, Porrúa, 2015.
- Gutiérrez y González, E., *El Patrimonio: El pecuniario y el moral o derechos de la Personalidad*, México, Porrúa, 1999
- Hospital Infantil de México Federico Gómez. Caso de agresion. Departamento de Calidad Hospitalaria, México, 2019.
- Mazeaud, H., *Tratado teórico y práctico de la responsabilidad civil delictual y contractual*. Argentina, Juridicas.Europa-América. 1977.
- Méndez Cervantes, F., *Compendio de Historia Grafica de la Medicina Mexicana*. Mexico, Mendez Editores, 2008.
- Mendoza Martínez, L. A. *La acción civil del daño moral.*, IIJ, Serie Estudios Juridicos, México, UNAM. 2014.
- Moctezuma Barragan, G., Retos y perspectivas de la responsabilidad profesional. En C. N. D. Humanos, *Responsabilidad Profesional del Médico y los Derechos Humanos*, México, 1995, p. 104,105.
- Olivera Toro, J., *El daño moral.*, Mexico, Editorial Themis, 1993.
- Reglero Campos, L. F., *Lecciones de responsabilidad civil.*, Navarra, España, 2002.
- Rojina Villegas, R., *Compendio de derecho civil.*, México, Porrúa, 2006.

Romero Coloma, A. M., *Derecho a la información y libertad de expresion*. Bosch, Barcelona, España, 1984.

Sánchez Vázquez, A., *Ética.*, Barcelona, España, 1984, p. 25-26.

Trigo Represas, F. A. *Tratado de la responsabilidad civil*. La Ley, Buenos Aires, 2004.

Zanoni, E. *El daño en la responsabilidad civil*. Argentina, Argentina, 1993.

Zavala de González, M., *Resarcimiento de daños.*, Hammurabi, Argentina, 1996.

HEMEROGRAFÍA

Brebbia, R., Responsabilidad extracontractual en el proyecto de unificación del derecho privado en América Latina. *Revista de derecho de la integracion y unificacion del derecho en Europa y América latina*, 2000, p. 43.

Celis Quintal, M. A.. La proteccion de la intimidad como derecho fundamental de los mexicanos. *Estudios en homenaje a Marcia Muñoz de Alba Medrano. Protección de la persona y derechos fundamentales*, 2006, p. 72,74,76,77.

CNDH. *Derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud*. Mexico D.F. Comision Nacional de Derechos Humanos. 2015.

CONAMED. Informacion sobre la CONAMED para los profesionales de la salud. Mexico, Ciudad de México, Mexico. 2011

CONAMED. La CONAMED en el contexto del derecho a la preotección de la salud. En *20 años de arbitraje médico en México*. CONAMED, Ciudad de México, 2016.

Correa Arreola, J. A.. Mapas Comunicacionales en la Atención Médica. *Revista CONAMED* , Núm 3, 2002, p.35.

Fajardo Dolci, G. Recomendaciones para prevenir el error médico, la mala práctica y la responsabilidad profesional. *Revista CONAMED*, 2012, p. 33-34.

Gaceta, L.. Se aprobó por unanimidad la ley para proteger de agresiones a médicos y a docentes. *LA GACETA* . 27 de abril de 2017.

Gómez Fröd, C. El sistema de salud en México. *Revista CONAMED*, 2017, p. 130.

Hernández Torres, I. Importancia de la Cominicación Médico-Paciente en medicina familiar. *Medigraphic Artemisa*, 2006, p.139,140.

Larenz, K., Derecho de las Obligaciones, version española y notas de Jaime Santos Briz., *Revista de Derecho Privado*, 1958, p.13.

Martínez León, M., El riesgo emergente que constituyen las agresiones y violencia que sufren los médicos en el ejercicio de su profesión: el caso España. *Revista Bioética*, 2010, p. 263-274.

Matile, C., Maltrato a los profesionales de Salud. *Revista médica Universitaria UNCuyo*, 2016, p. 1-11.

Ortega Cerda, J. J. Factores que afectan la relación médico-paciente. *Revista CONAMED*, 2002, Núm 3, 23.

Quero Morales, J. El Derecho Sanitario Mexicano. *Revista de la Facultad de Derecho de México*, 1963, p. 143-147.

Quiarte Rivas, G. Obligaciones y Derechos de los médicos en su ejercicio profesional. *Revista de Sanidad Militar Mexicana*, 2004, p. 336-341.

Rodríguez Sendín, J., & Manonelles Marqueta, P. El paciente: objeto irrenunciable de la Medicina. *Archivos de medicina del Deporte*, 2013, p. 132-134.

Samudio Dominguez, E., Agresiones Violentas contra los trabajadores de la Salud Pediátrica en el ámbito laboral. *Revista de salud pública de Paraguay*, 2017, p. 28-32.

San Vicente Parada, A., *Derechos de la personalidad y dignidad su naturaleza jurídica. Amicus Curiae*, septiembre-diciembre de 2015, p18.

San Vicente Parada, A., *La responsabilidad civil de los periodistas*. México. (sin publicar).

Silva Camarena, J. M., ¿Qué es eso de ética profesional? *Revista de Contaduría y Administración, UNAM*, 2002, número 205, p. 5.

Tena Tamayo, C., & Manuelle Lee, G., Modelo Mexicano de Arbitraje Médico. Distrito Federal, México: CONAMED, 2003.

Travetto C, et. al., *Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud*. Revista Panameicana de Salud Pública, 2015, p. 307-15.

Turnes, A. Violencia y Medicina. *Revista de Sindicato Médico del Uruguay*, 2009, p. 6-12.

Tuya-Figueroa, Violencia laboral externa tipo amenaza contra médicos en servicios hospitalarios de Lima metropolitana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2016, p. 1726-4642.

Vargas Villanueva, F. La responsabilidad civil objetiva del médico y daño moral. *Revista CONAMED*, 2004, p.20.

Villanueva Compañ, MLa Comunicación Humano-Organizacional y la Atención Médica. *REVISTA CONAMED*, 2002, Núm 3, p. 32-33.

LEGISLACIÓN Y JURISPRUDENCIA

Código Civil para el Distrito Federal. <http://www.aldf.gob.mx/codigos-107-4.html>

Código Penal Federal, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpf.html>

CONAMED. *Decreto de Creación*

<https://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/decreto-creacion.pdf>

Ley de Responsabilidad Civil para la protección del derecho a la vida privada, el honor y a la propia imagen en el Distrito Federal. <http://www.aldf.gob.mx/archivo-f1622931dc0f6677e86f68ef7b9b2270.pdf>

Ley General de Salud,

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_241218.pdf

818031. Tesis, (6ª) Tercera Sala, Responsabilidad Extracontractual. Semanario Judicial de la Federación. Sexta Época, Vol. LX, Cuarta parte, mayo de 1962, página 291.

2002742. Tesis aislada 1a. XX/2011 (10ª) *Derecho al Honor y Prestigio Profesional*, citada, aparece publicada en el Seminario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, Libro IV, Tomo 3, enero de 2012, página 2906

2003844. Tesis aislada, I.5º.C.4K (10ª). *Derechos A La Intimidad, Propia Imagen, Identidad Personal Y Sexual. Constituyen Derechos de Defensa y Garantía Esencial para la Condición Humana*. Tribunales Colegiados de Circuito. Décima Época. Semanario Judicial. Libro XXI, Tomo 2, junio 2013, página 1258.

2005542. 1ª. LII/2014 (10ª). Responsabilidad Civil. Su concepto y clasificación. Primera Sala, Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Décima Época, Libro 3, febrero de 2014, página 683.

PERIÓDICOS

DOF. Decreto. *Diario Oficial de la Federación*. México, México.

MEDIOS ELECTRÓNICOS

CONAMED, Derechos de los Médicos, <https://www.gob.mx/conamed>

Durante Montiel, *La comunicación e interacción en el ejercicio médico*, Facultad de Medicina, 2006, http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2006/ago_01_ponencia.html

Fernández Fernández, A. *Biblioteca Virtual Instituto de Investigaciones Jurídicas*. 2017, <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/9/4488/10.pdf>

INEGI. *Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Información*. 2015. <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/estructura/>

Intramed. *Intramed.net*. 2005 <https://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=77037>

iso9001calidad.com. 2018, <http://iso9001calidad.com/iso-9001-2000-sistemas-gestion-calidad-requisitos-21.html>

Muñoz Pascual, J. C. *Agresiones al personal de los servicios de salud*. 2006, <http://www.index-f.com/edocente/89pdf/891517.pdf>

OECD. *OECD.*, (2014). www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-Mexico-2014-in-spanish-pdf

OMC. *Organización Médica Colegial de España*. 2017. www.cgcom.es/sites/default/files/agresiones_2017/2/index.html

OMC, 2014. *El médico interactivo*, <http://elmedicointeractivo.com/observatorio-agresiones-omc-trabaja-tipo-actos-medicos-catalogue-violencia-social-20140124135155047382/>

OMC, *Medicos y pacientes.com*. 2018. https://www.cgcom.es/noticias/2018/03/18_03_16_agresiones_a_sanitarios

OMS. OMS, 2006.. https://www.who.int/topics/health_workforce/es/

OMS. *Organización Mundial de la Salud*. 2019. de <https://www.who.int/topics/violence/es/>

OMS, G. C. 1970. OMS., <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38600>

San Vicente Parada, A.. *Latitud Megalopolis*. 2018, <https://latitudmegalopolis.com/2018/03/23/etica-y-moral-una-breve-introduccion/>.

SAP. *SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA*. 2013, www.pediatrariosario.org.ar/index.php/violencia-contra-medicos

Tena Tamayo, *Derechos de los Médicos. Experiencia Mexicana para su determinación y difusión*, 2003, Medigraphic Artemisa: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/im036g.pdf>

Ucha, F, Definición ABC, 2012, <https://www.definicionabc.com/salud/medico.php>

WMA. *Declaración de los derechos del paciente en Lisboa*, Asociación Médica Mundial, 2017. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-lisboa-de-la-amm-sobre-los-derechos-del-paciente/>

DICCIONARIOS

Clayton L., T. M. *Diccionario Médico Enciclopédico Taber's*. México-Bogotá: El Manual Moderno, 1997.

RAE. *Real Academia Española*. 2018. <https://dle.rae.es/?id=H3y8ljj|H3yay0R>

RAE.. *Real Academia Española*. 2018 <https://dle.rae.es/?id=WCqQQIf>