



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

CAMPO DEL CONOCIMIENTO: HUMANIDADES EN SALUD

CAMPO DISCIPLINARIO: BIOÉTICA

EL ERROR MÉDICO, ABORDAJE DESDE EL ANÁLISIS DE LOS PROCEDIMIENTOS
ARBITRALES DE LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO MAESTRA EN CIENCIAS QUE PRESENTA :

MARÍA DEL ROSARIO GUTIÉRREZ RAZO

TUTOR: DR. ONOFRE MUÑOZ HERNÁNDEZ

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO, 2022



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por apoyarme cada momento y no dejarme desistir:

- Ana Paula gracias por ser el motor de mi vida, infinitamente gracias por elegirme como tú mamá. Te amodoro
- José Alberto gracias por ser mi par, mi socio; gracias siempre por tu impulso, tu fuerza y tu amor. Gracias a dios por encontrarnos, te amo con el alma.
- Silvia, Nanita... gracias eternamente por ser la cómplice de todas las decisiones fuertes, gracias por no dejarme desistir, te quiero.
- A mis papás por su infinito amor, por apoyarme incondicionalmente y por enseñarme a no darme por vencida, Los adoro.
- A mis hermanos que a pesar de no entender porque lo hacía, están siempre a mi lado apoyando cada decisión. Los llevo en mi corazón. Los amo
- A Jennifer Hincapié por convencerme y enseñarme que existe este otro mundo maravilloso de la medicina. Gracias doctora por no perder la fe en mí.
- A mis tutores: Dr. Onofre Muñoz, Dra. Carina Gómez y Dr. Carlos Viesca, gracias por creer en mí y por guiarme hasta el final. Los admiro profundamente
- A Carmen, Perla, Norma y Luis Armando por su valiosísima ayuda y su paciencia, mil gracias chicos, son mi equipo favorito.
- A mis compañeros Itzcoatl y Monse que han sido mi ejemplo a seguir, mil gracias. Al final no crean que lograrán deshacerse de mí.
- A mis maestros que me tuvieron paciencia y me enseñaron mundos alternos del conocimiento sin los que hoy ya no podría vivir.
- A esos pacientes que tuvieron que enfrentarse a una mala práctica médica y a un proceso arbitral, sepan que no están solos, que existimos personas intentando poner un granito de arena para que esto suceda lo menos posible.
- A la CONAMED que me permitió conocer, estudiar y analizar sus procesos. Gracias

DEDICATORIA

A los amores de mi vida

Perseguir los sueños, las metas y los objetivos nunca tiene fecha de caducidad y hoy cumpliendo este sueño que perseguí por mucho tiempo, quiero decirte a ti Ana Paula que eres mi más grande inspiración y mi mayor orgullo, por eso te dedico este trabajo.

Te amo con todo mi corazón

Compartir la vida contigo me ha permitido trascender, crear y lograr... tenerte a mi lado y sabernos juntos hacia el mismo rumbo me ha dado la certeza de lograr este sueño. A ti José Alberto te dedico esta tesis como muestra de mi compromiso de continuar construyendo esta familia.

Te amo profundamente.

INDICE

Contenido

CAPITULO I INTRODUCCIÓN	6
1.1 Planteamiento del problema.....	10
1.2 Pregunta de Investigación	11
1.3 Hipótesis.....	11
1.4 Objetivos generales.....	11
1.5 Objetivos específicos.....	12
1.6 Método de Investigación	12
CAPITULO II EL ERROR MÉDICO	13
2.1 Que significa error.....	13
2.2 El error en la práctica médica	15
2.3 Dimensiones e implicaciones del error.....	22
2.3.1 Desde el médico	22
2.3.2 Desde el paciente	25
2.3.3 Desde la Institución	27
2.3.4 Prevención del error	28
2.4 Error médico y bioética	29
CAPITULO III ERROR MÉDICO DESDE LA LEGALIDAD.....	34
3.1 Mala práctica en el acto médico	34
3.2 Términos en la mala práctica médica	36
3.2.1 Negligencia	36
3.2.2 Imprudencia médica	37
3.2.3 Impericia.....	38
3.2.4 Dolo.....	38
3.2.5 El síndrome Clínico Judicial	38
3.2.6 Responsabilidad civil.....	38
3.2.7 Responsabilidad civil extracontractual objetiva	39
3.2.8 Responsabilidad civil contractual	39
3.2.9 Responsabilidad civil extracontractual subjetiva	39
3.2.10 Responsabilidad penal médica	40
3.2.11 Actividad administrativa irregular	40
3.2.12 El daño	40
3.3 Error, legalidad y bioética	41
CAPITULO IV DILEMA DEL PACIENTE ANTE UNA MALA PRAXIS.....	45
4.1 Ante una mala práctica	45

4.2 Vulnerabilidad	49
4.3 Vulnerabilidad del paciente	52
4.4 Vulnerabilidad del médico.....	53
4.5 La vulnerabilidad desde la bioética	56
4.6 Que hacer - La queja médica.....	57
4.7 A dónde acudir	60
CAPITULO V INSTANCIAS PARA PRESENTAR QUEJAS.....	61
5.1 Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)	62
5.2 Ministerio Público	64
5.3 Comisión Nacional de Derechos Humanos	66
5.4 Juzgados civiles	68
CAPITULO VI LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO (CONAMED)	69
6.1 Inconformidades y quejas de los pacientes en contra de los médicos.	71
6.2 Laudos arbitrales.....	73
6.3 Recurso de amparo	74
6.4 Dictámenes médicos Institucionales.....	75
6.5 Reparación del daño	75
CAPITULO VII RESULTADOS.....	78
7.1 Las quejas presentadas y sometidas a arbitraje.....	79
7.2 Edad de los pacientes de los casos de arbitraje.....	80
7.3 Proporción por género.....	80
7.4 Tipo de hospital de mayor incidencia	81
7.5 Identificación de algunas quejas provenientes de Comisiones Estatales.....	81
7.6 Especialidades Médicas	83
7.6.1 Especialidad y Género.....	84
7.7 Tipo de error	87
7.8 Compensación al paciente	88
7.9 Montos reclamados	88
CAPITULO VIII DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	90
8.1 El paciente ¿También comete errores?	90
8.2 Relación médico-paciente	91
Conclusiones.....	92
BIBLIOGRAFÍA	95

CAPITULO I INTRODUCCIÓN

La inseguridad del paciente ante cualquier tratamiento médico, constituye un problema de salud pública en nuestro país, ya que existen riesgos de atención en todos los niveles del sector salud. Los errores forman parte del ser humano y por lo tanto han existido siempre; sin embargo, en los últimos 20 años, los errores prevenibles en la atención que ponen en peligro la integridad del paciente han sido motivo de estudio y se han hecho visibles a la sociedad, con el fin de poder desarrollar estrategias sobre gestión de calidad y poder mejorar algunos procesos de atención a la salud.

De acuerdo con la *Health and Safety Commission of Great Britain*, la seguridad del paciente se define como “el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el compromiso con la adecuada ejecución de los programas de seguridad de la organización”, que disminuyan los riesgos y daños al paciente.(Vítolo, 2016)

La OMS considera que el daño causado a los pacientes debido a eventos adversos representa una de las principales causas de muerte y discapacidad. Para septiembre de 2019, en la publicación de noticias de la ONU se dio a conocer que cada año se producen 134 millones de eventos adversos debido a cuestiones de seguridad asistencial en hospitales de países de ingresos bajos y medios, contribuyendo al fallecimiento de 2,6 millones de personas. (Salud, 2019)

Según la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) hay errores excusables e inexcusables. Los excusables son cometidos con una lógica de pensamiento correcta pero su interpretación es inadecuada. Los inexcusables son los provocados por descuido o falta de pericia. (B.Cantón, 2016)

Está claro que los errores médicos se originan por factores internos y externos del sujeto tales como: fatiga, sobre carga cognitiva, falta de conocimientos o descuido, poca experiencia, exceso de confianza, tropiezos en la comunicación con el paciente y con su

equipo, procesos poco claros en la información, alteraciones de la personalidad o el síndrome de desgaste profesional producto de largas jornadas de trabajo. Por esto es necesario continuar estudiando dichos factores de riesgo y proponer soluciones.

El médico debe mantenerse en actualización, enseñando, investigando, desarrollando su lado humano y en un sentido más amplio, desde la bioética, (estudio de la conducta humana hacia los problemas relativos de la vida y el ecosistema); propiciando y cuidando la vida en salud de forma integral. Es por esto que, una reflexión multidisciplinaria como la que ofrece la bioética, resulta necesaria para obtener condiciones de justicia, equidad y respeto total a los Derechos Humanos en todas las esferas de la salud.

El ejercicio de la medicina tiene como uno de sus principios fundamentales la no maleficencia, sin embargo cometer errores que pueden ser prevenibles, constituye un daño al paciente. Errar significa realizar una acción no intencionada de omisión o una acción no apropiada en relación con la obtención de un objetivo, pero el “Error Médico” tiene que ver, además, con el proceder clínico equivocado en la práctica médica, como consecuencia de un criterio incorrecto en cualquiera de las etapas del acto médico. (Gómez-Fröde et al., 2019)

En el quehacer médico existe la posibilidad de que haya mala praxis por parte del médico o de la institución o del equipo que acompaña al médico y ésta puede ser considerada como omisión, descuido o realización de acciones no adecuadas, por ejemplo el examen al paciente mal efectuado, mal diagnóstico y fallas en el tratamiento; uso indebido de medicamentos; omitir pautas específicas para el diagnóstico de una enfermedad; falta de comunicación con los demás integrantes del equipo médico; cirugías sin diagnóstico ni pronóstico establecidos; cirugías con una pobre planeación; insuficiente valoración clínica preoperatoria; falta de vigilancia postoperatoria; cirugías que podrían evitarse mediante un adecuado tratamiento terapéutico; personal sin la suficiente capacitación técnicas específicas, etcétera.

En los principales tipos de mala práctica médica se pueden señalar:

- **Negligencia médica:** que corresponde a no cumplir los principios de la profesión. Es decir, no se hace que se debe o a sabiendas de que no debe hacerse, lo hace.
- **Imprudencia:** daño causado por llevar a cabo el acto médico sin las precauciones mínimas necesarias y sin medir las consecuencias.
- **Impericia:** es la falta de conocimientos técnicos, experiencia o habilidad ya sea de forma parcial o total. Corresponde básicamente a la ineptitud para realizar su profesión.
- **Dolo:** acción deliberada con voluntad de cometer un delito sabiendo que es ilícito. Intención maliciosa de engañar o de no cumplir una obligación ya contraída. (Carrasco, 2013)

En un sistema sanitario como el mexicano, en donde la responsabilidad de todo lo que pueda suceder en el proceso de atención clínica recae sobre el médico, como líder del equipo de atención, lo que puede desencadenar una serie de errores no detectados, ni aceptados, tomando en consideración que determinar la responsabilidad por error trae consigo la ejecución de sanciones administrativas, civiles o penales, esto genera temor en el líder y en el equipo, sentimiento que conduce a querer ocultar los errores para no recibir algún castigo y perjudicar su carrera profesional y su vida personal. Ante esto la posibilidad de identificar el error se reduce y con ello, la posibilidad de analizarlo y aprender de él.

Por ello es necesario agregar algunas definiciones más e intentar entender la visión legal del impacto que tiene el error médico.

Derecho sanitario: Para Rafael Aguiar Guevara son las diferentes normas jurídicas y preceptos éticos y morales, de carácter público y privado, que regulan la actividad de quienes proveen servicios de salud ya sean trabajadores o instituciones; y que van en relación con el derecho a la salud y atención médica, y también relacionadas con las reglas de la Salud Pública a través de las directrices y políticas del país; así como la difusión de las enfermedades que pueden comprometer el bienestar individual de los integrantes de la sociedad, sin discriminación, y donde prevalece la salud de la comunidad sobre el interés individual. (Gómez-Fröde, 2021)

Responsabilidad profesional: La ley de profesiones define la responsabilidad de los médicos y ahí mismo establece que serán castigados por las autoridades competentes por los delitos que cometan durante su ejercicio y esto será bajo los preceptos del Código Penal Federal en el artículo 288 que dice: «Bajo el nombre de lesión, se comprende no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deja huella material en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa». (Federal, 2021) y del Código Civil Federal ya que no solamente hay responsabilidad penal, sino también civil, como lo establece en el artículo 9 que «obra culposamente el que produce el resultado típico que no previó, siendo previsible o previo, confiando en que no se produciría en virtud de que la violación a un deber de cuidado que debía y podía observar según las circunstancias y condiciones personales». (Unión, 2021)

Valores y principio éticos en medicina: Son los valores que conducen a comportamientos y actitudes orientados al servicio de los enfermos y de la sociedad, antes que al propio beneficio. En la práctica médica ha habido varias corrientes éticas y actualmente bioéticas que visualizan y consideran tanto la realización adecuada de la atención de la salud y la consiguiente formación ética y bioética de los médicos y los demás componentes del equipo de atención de la salud. (Beauchamp & Childress, 2011)

En cuanto a los principios básicos se resumen en cuatro:

1. La beneficencia, es decir, bienestar del enfermo; se refiere a que el prestador de servicios médicos se debe al interés del paciente.
2. La No maleficencia, no hacer daño
3. Autonomía: Corresponde al respeto por la autonomía del paciente, es decir, promover en sus pacientes la toma de decisiones libres, autónomas y bien informadas.
4. Justicia: el médico debe facilitar la distribución equitativa de los recursos trabajando activamente en contra de cualquier tipo de discriminación en el sistema de salud.(Teris Quile, 2014)

“La mayoría coincide en que un ejercicio médico ético se da, cuando se cumplen cuatro principios fundamentales: beneficencia, no maleficencia, autonomía del enfermo y justicia en el suministro de la medicina.” (Rivero Serrano & Durante Montiel, 2008)

La bioética de otros países sobre todo la europea ha incluido otros principios que son también importantes como la vulnerabilidad el cual en este caso resulta ser de gran valía. Peter Kemp y Jacob Rendtorf afirman que la vulnerabilidad esta entre las ciencias y la solidaridad. (Kemp P. & J., 2000)

1.1 Planteamiento del problema

Es necesario tener en cuenta que estudiar medicina es una profesión de alta exigencia, cuyo principal objetivo es brindar ayudar a los demás en la preservación de la salud, alivio del dolor y la atención de las enfermedades (Callahan y colaboradores *The Hastings Center*, 1996). Esta no es una ciencia exacta que además requiere continua actualización por los procesos de globalización y los vertiginosos avances científicos. El paso inicial de la formación en la medicina es estudiar entre 6 a 12 años, entre la licenciatura y según el área de especialidad y la profundidad de la misma; además que se requiere práctica constante, en la formación de la residencias médicas es necesario estar en jornadas de 24 horas cada tercer día, y de trabajo intenso preparándose y estudiando al mismo tiempo que trabajar buscando tener el mayor conocimiento posible con solo un objetivo: ayudar a sus semejantes.

El médico es humano y puede equivocarse, a pesar de ello siempre darán lo mejor de sí. Lo importante es tener claro que nunca actuarán con dolo. El deber del médico es llevar a cabo una actuación profesional ética y honesta, es decir debe ser en todo sentido un ser Bioético.

El error médico o error de diagnóstico o mala praxis: Se considera como una falla en la atención médica y que pudiera haber causado algún tipo de daño al paciente y que no fue de mala fe, ni tampoco se pueda clasificar como negligencia, imprudencia o impericia, que implique responsabilidad moral o legal; sin embargo en la actualidad este tipo de fallas constituyen un problema para el sistema de salud ya que ha habido incremento en las demandas por parte de los pacientes. (S. B. Fernández Cantón, 2016)

En la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) el método para determinar la existencia o no de mala praxis es mediante la realización de plenos en los que se reúnen médicos y abogados a resolver casos con base en las normas oficiales, las guías de práctica clínica y la literatura científica. Lo que la Comisión busca es que las partes comprendan que la resolución obtenida es justa y apegada a los principios de las prácticas médicas aceptadas, muchas veces con las pruebas aportadas por ambas partes se puede determinar congruentemente el acto médico.

Es a partir de aquí que analizar las consecuencias legales en los profesionales de la salud que han cometido errores médicos nos permitirá crear programas actuales y específicos para prevenir errores, promover códigos de ética e incrementar la seguridad en el paciente.

1.2 Pregunta de Investigación

¿Existe una mayor prevalencia de errores médicos en el servicio de salud público que en el privado?

1.3 Hipótesis

La mayor cantidad de laudos (sentencia que dicta un árbitro mediador de un conflicto) revisados también desde la bioética de las acciones de mala práctica médica arbitrados por la CONAMED es mayor en el sector público y no así en el privado durante el periodo 2016-2020.

1.4 Objetivos generales

1. Definir el error médico y sus diferentes terminologías legales, así como su vinculación con la vulnerabilidad en la relación médico-paciente.
2. Caracterizar la mala práctica médica conforme a los laudos emitidos por CONAMED en el periodo del 2016 al 2020.

1.5 Objetivos específicos

- 1 Analizar en qué sector ya sea público o privado sucede la mayor incidencia de errores médicos comprobados recibidos en CONAMED.
- 2 Conceptualizar al error médico y sus diferentes términos legales.
- 3 Enmarcar a los profesionales sanitarios y a los pacientes como grupos vulnerables frente a la relación Médico-Paciente.
- 4 Revisar los casos interpuestos ante la CONAMED
- 5 Descubrir el origen de las solicitudes de algunas comisiones estatales que enviaron sus casos a la Ciudad de México y que fueron comprobados como error médico.

1.6 Método de Investigación

Se llevará a cabo una revisión documental sobre conceptos asociados al error médico y vulnerabilidad desde una perspectiva legal y bioética utilizando bases de datos Pubmed, medigraphic, el catálogo de Tesiunam, la revista de la CONAMED, Scielo y la base de bibliunam con el objetivo de encontrar los documentos que contengan los términos a analizar como son: error médico, negligencia, impericia, dolo, evento adverso, responsabilidad civil, arbitraje médico, laudo, y algunos conceptos bioéticos como vulnerabilidad, autonomía, no maleficencia, justicia, beneficencia, Philia (según Aristóteles es una amistad que desea recíprocamente el bien), daño. Agregaré un “Qué hacer” ante una mala práctica médica. Además se realizará un cuantitativo, transversal, descriptivo, comparativo y retrospectivo aplicado a las quejas interpuestas en los años 2016 al 2020, contemplando las variables de género, edad, especialidad de atención, tipo de hospital, ciudad, estado y monto pagado, para finalmente realizar un análisis descriptivo (frecuencias) y un análisis inferencial (diferencia estadística por tipo de hospital, por especialidad, por género o por edad, por ubicación)

Los análisis estadísticos se llevarán a cabo a través del software SPSS (IBM) Versión 25

La investigación propuesta en este documento consiste en identificar en cuántos casos se ha condenado al prestador del servicio médico por mala práctica médica, en cuántos otros no se ha demostrado el error y en qué áreas clínicas sucede con mayor frecuencia, cuáles son los Estados del país de mayor incidencia y cuáles serían los hospitales de más alto índice de quejas.

CAPITULO II EL ERROR MÉDICO

“Errare humanum est, sed in errore perseverare dementis”.
(Errar es humano, pero perseverar en el error es de necios.)
Cicerón

“Si cierras tus puertas a los errores dejas afuera la verdad”
Rabindranath Tagore (1928)

2.1 Que significa error

La palabra error procede del término latín *error*, que significa desacierto, equivocación, conducta reprobable, no dar en el blanco, fallar o no acertar. (Moliner, 2002)

Errar como problema es tan antiguo como la misma existencia del ser humano porque es parte su naturaleza, está dentro de la esencia de cada ser, es decir es parte de la condición humana y por lo tanto también el asumir sus consecuencias. Equivocarse es, casi inevitable en cualquier área de la vida, por lo que comprender, aceptar y trabajar y superar nuestra falibilidad debe ser parte de la vida de las personas.

En 1937, Jenno Kollaritz realizó un primer trabajo científico sobre al error humano en el que proponía una clasificación de cuatro clases de errores: por sustitución, por omisión, por repetición y por inserción; así examinó 1 200 errores que habían sido cometidos por sus colegas, por su esposa y por él mismo. Esta clasificación fue construida primero con

base en la apariencia exterior de los errores, después en su forma y no se tomaría en cuenta su origen. A partir de ese proyecto de investigación se logró visualizar que el patrón de frecuencia se presenta durante amplios períodos de tiempo; lo que hace pensar que podrían existir diversas causas comunes, repetitivas y sistemáticas que son las generadoras de los errores. (Estany Anna, Camps Victoria, 2012)

Pero entonces ¿Qué es el error? Senders y Moray en 1991 llegan a la conclusión que el término error significa: “algo ha sido hecho sin intención del actor; que no es deseado por un conjunto de reglas o por un observador externo y que llevó una tarea o un sistema fuera de sus límites aceptables”. (Callaos, 2009)

Es decir, se trata de un evento que puede ser neuronal, sensorial, perceptual, cognoscitivo o motor que generalmente lleva a realizar una acción de consecuencias inaceptables ya que esto produce una desviación de lo que originalmente era la intención, la expectativa o el deseo de que algo sucediera. En otras palabras resulta ser un acto inintencionado de acción u omisión, por el cual no se obtiene el resultado que se pretendía o el que se tenía la intención obtener. Una intención o acción inapropiada en relación con un objetivo o contexto determinados. Ante estas conclusiones es importante aclarar que se descarta el error intencional porque a fin de cuentas su objetivo es causar daño. (Reason, 2009)

Desde la perspectiva de lo que es el error, es necesario mencionar que la alteración de la función cognitiva es lo que provoca que las personas cometan errores y esta alteración puede llevarse a cabo por muchas razones o diversos factores como pueden ser: fatiga, ansiedad, miedo, estrés o factores externos como uso de alcohol, drogas e incluso cuestiones ambientales como el calor, el frío o la lluvia. Por lo tanto los errores provienen de procesos mentales y actos únicos y personales.

Pero veamos desde el punto de vista filosófico. Errar es perder y perderse al mismo tiempo, equivocarse acecha en lo conocido o en lo desconocido; fallamos aun cuando creemos saber todo, y también cuando nos encontramos en la ignorancia. El error, entonces, no es un «afuera» sino que convive desde dentro con nosotros mismos, lo que ocasiona que exista una cierta familiaridad con el error, y esto a su vez nos enfrenta en

un ataque cara a cara que genera uno de los desafíos más apasionantes en todas las esferas de la vida del ser humano. Pero sobre todo en el de la ciencia, donde esta lucha entre acierto y error es la que produce constantemente grandes cambios en el desarrollo.

El reconocimiento de los errores ha sido a lo largo de la historia una proclamación de progreso y evolución, no por nada han sonado el «solo sé que no sé nada» socrática y la «docta ignorancia» de Nicolás de Cusa, que son, el reconocimiento a la naturaleza del error en el ser humano. (Estany Anna, Camps Victoria, 2012)

2.2 El error en la práctica médica

Sin duda alguna la atención médica en todas sus facetas engloba las actividades más complejas y altruistas a las que se dedica el ser humano, la ciencia médica se ha enfocado en el desarrollo del conocimiento, las destrezas y actitudes de los profesionales para comprender, enfrentar y manejar con efectividad el funcionamiento del cuerpo y sus enfermedades; es por ello que las equivocaciones son inaceptables, constantemente se busca la perfección, y por lo tanto el manejo de la culpa es poco tolerado.

La cotidianidad intra y extra hospitalaria se convierte en una carrera donde se debe combinar la rapidez en las decisiones y los aciertos de forma constante, y esto la vuelve cada vez más complicada. Falta tiempo para todo lo que se debe saber y hacer, ser perfecto se ha convertido en una meta a la que deben llegar, cueste lo que cueste. Pero la perfección no es perfecta, es en realidad falta de confianza y seguridad, según comenta Fernando Miralles psicólogo de la Universidad de Sao Paulo. Buscar la perfección conlleva a cargar con una presión que les genera sufrimiento: jamás están conformes con los resultados de sus acciones, niegan cualquier error o imperfección ya que lo relacionan con falta de valor personal.(Beatriz, 2015)

El médico es humano, no es perfecto, y aunque siempre darán lo mejor de sí; lo importante es tener claro que su deber es llevar a cabo una actuación profesional ética y honesta. Desde la antigüedad se puede identificar el grado exigencia en la responsabilidad de los médicos, como se puede constatar en el conocido primer texto deontológico “Código de

Hammurabi” en el año 2394 a.n.e, (*código de Hammurabi, aptdo. 218 § "Si un médico hace incisión profunda en un hombre con bisturí de bronce y le provoca la muerte, o si le abre la sien a un hombre con bisturí de bronce y deja tuerto al hombre, que le corten la mano"*), también en otras leyes de otras culturas como la egipcia, la romana o la griega en las que hacen clara referencia de cómo debe comportarse el médico y cuáles podrían ser algunas de las sanciones que podría obtener si su conducta produjera algún daño al paciente; incluso podría ser la pena de muerte según el caso. (Lazcano, 2001).

Así también podemos encontrar este actuar del médico en la escritura del mundo antiguo (*Éxodo 21, versículo 22 "Si unos hombres, en el curso de una riña, dan un golpe a una mujer encinta, y provocan el parto sin más daño, el culpable será multado conforme a lo que imponga el marido de la mujer y mediante arbitrio; Pero si resultare daño, darás vida por vida, ..."*), (De Reina, 1958) o en el juramento Hipocrático, siglo V a.n.e, el cual instauró las bases para la conducta médica y ética del médico marcando como fin el pulir su práctica y perfeccionar resultados. Estos postulados continúan vigentes en el presente.(Beatriz, 2015)

La frase "*Primum non nocere*" atribuida a Hipócrates significa: "*Primero no hacer daño*", hace referencia a la obligación que tiene el médico de evitar dañar o lesionar a su paciente; no ir en contra de la *Physis*, hace énfasis en tener como prioridad la jerarquización de las obligaciones éticas. Queda entendido que ningún médico actúa con la intención de dañar a pesar de que todas sus acciones corran riesgo por la potencialidad inherente que las acciones médicas tienen de hacer o no daño; es decir, tienen efectos buenos y malos. Esta frase busca tener presente la ponderación beneficio/daño en la cual la idea es siempre correr el riesgo de producir tal vez algún daño si y solo sí se obtiene con ello un beneficio mayor. (Lifshitz, 2010)

Cabe mencionar que el primer concepto en el que se sustenta la medicina hipocrática es el de la *Physis* o naturaleza, donde nace todo lo que hay, fuente de todas las cosas, que además es racional y tiende a organizarse correctamente, busca a hacer las cosas correctamente por medio de lo que conocemos como leyes naturales. Por lo tanto para Hipócrates el buen médico debe conocer la *Physis* en general y la expresión de la *Physis*

en la naturaleza de sus enfermos en lo general y en lo particular, por lo que es evidente que el médico debe ayudar y actuar con la naturaleza y no en contra de ella.

En 1910 Abraham Flexner, a través de un informe al Congreso de Estados Unidos presentó cifras de errores médicos, hizo evidente la deficiente calidad en los servicios hospitalarios y por lo tanto impulsó a corregir la atención médica a partir del comienzo del control moderno de la calidad.(Ramos Dominguez, 2011)

Hoy por hoy la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha dedicado una gran parte de sus recursos a desarrollar una adecuada metodología para la seguridad de los pacientes, evitando en lo posible los errores médicos; cómo podemos ver, este problema del error en la práctica médica no es nada nuevo.

La ética médica ha conducido a la bioética actual a plantear la interacción entre el conocimiento científico y las acciones que puedan perjudicar la vida misma y en el caso de la medicina el actuar médico y la vida de los pacientes. (Potter, 1971)

La propia condición humana está vinculada al error en cualquier ejercicio práctico y en cualquier actividad y por supuesto que el ejercicio de la medicina no es la excepción. Algo importante de mencionar es que la reacción básica del ser humano ante un error es hacer conciencia de lo sucedido, intentar corregirlo si es posible y así no cargar con culpa, pero cuando esto resulta inevitable, lo que sucede es “comprar” la acción, encontrar un culpable reprimirlo y castigarlo. Los casos de muerte o de algún daño en un paciente provocados por algún tipo de error, con facilidad trascienden a los medios de comunicación, a los responsables de la regulación gubernamental, a los familiares del paciente afectado, a la opinión pública, y por supuesto a la institución; esto provoca que quieran encontrar al culpable para aplicarle sanciones ejemplares. Sin embargo, esto no asegura que se pueda volver a cometer el mismo error en la misma institución.

El riesgo que corren los médicos en las instituciones hospitalarias grandes es un problema que se está abordando en los años recientes por las diversas autoridades sanitarias en

muchos países como Estados Unidos, Australia, Gran Bretaña y Canadá. (S. Fernández Cantón, 2015)

El análisis científico de los errores es reciente, incluso se ha discutido desde disciplinas como la ingeniería de factores humanos, la psicología cognitiva, el análisis de equipos, la sociología de organizaciones, y el resultado ha traído como consecuencia la aplicación de principios y técnicas de seguridad y esto a su vez ha permitido mejorar extraordinariamente el nivel de protección. Estas técnicas empezaron a introducirse en los servicios de anestesia en la década de los años ochenta con excelentes resultados lo que provocó que se continuara en otros servicios constituyendo así el origen de los diferentes de prevención de riesgos. (García Solís, 2018)

Existen cinco áreas básicas de la atención de un médico dentro de las cuales puede llevarse a cabo un error, estas son: tratamiento médico y quirúrgico, diagnóstico, comunicación o documentación, comunicación interpersonal y el área administrativa. El diagnóstico es un momento clave para el desarrollo de la relación y para el cumplimiento del objetivo que es cuidar la salud y determinar la naturaleza y las causas del mal que le aqueja al paciente.

Para 1912 Richard Cabot médico de Harvard, publicó un estudio sobre los errores en el diagnóstico de las enfermedades,(Peña, 2007) y lo que se hizo notar fue algunos eran comunes, y que se presentaban con relativa frecuencia. Aunque es importante destacar que la incidencia de los errores varía según cada autor. (Lifshitz, 2012)

Los procesos que dan origen a los errores son múltiples y muy complejos, su dimensión se puede comprobar con la realización de autopsias y es a partir de allí que se clasifican como **error simple**, al que no ocasiona más problemas ni riesgo en la salud del paciente, y **error grave**, al que si genera algún tipo de riesgo a la salud del paciente e incluso puede hacer peligrar su vida. (Alvarado-Guevara & Flores-Sandí, 2009)

Principales conceptos vinculados a los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente
Daño asociado a la Atención Sanitaria: Es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de la atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.
Incidente relacionado con la Seguridad del Paciente: Es un evento o circunstancia que sucede durante la atención clínica de un paciente y que si bien no le genera un daño directo a su salud, sí le afecta en la medida que al ocurrir fallas en los procesos de atención, afectan en cierta medida a la persona, generalmente debido a que se prolongue su estancia hospitalaria.
Evento Adverso: Todo incidente imprevisto e inesperado como consecuencia de la atención (mayoritariamente) hospitalaria que produce la muerte, una discapacidad, la prolongación o estancia, o el reingreso subsecuente.
Evento Adverso grave: Evento adverso que ocasiona la muerte, contribuye a ella, produce una discapacidad o genera una intervención quirúrgica.
Evento Adverso moderado: Si ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de un día de duración.
Evento Adverso leve: Si ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria.
Evento Adverso prevenible: Incidente que no se habría producido si el paciente hubiese recibido la atención adecuada para la ocasión.
Incidente con daños: Denominado también como Evento Adverso, que es un incidente que causa algún daño al paciente.
Incidente sin daños: Es aquél en que un evento alcanza al paciente, pero que no le causa algún daño apreciable.
Error: Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error de omisión), ya sea en la fase de planificación o de la ejecución.
Infracción: Es un desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos. Tanto los errores como las infracciones elevan el riesgo, aunque no llegue a producirse un incidente.
Cuasierror: Es un incidente que no alcanza al paciente, pero que evidentemente debe ser considerado para estudio.

Fuente: Cuadro publicado por Beatriz Fernandez Cantón en su artículo: Los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente en el Boletín CONAMED-OPS de 2015 (S. Fernández Cantón, 2015)

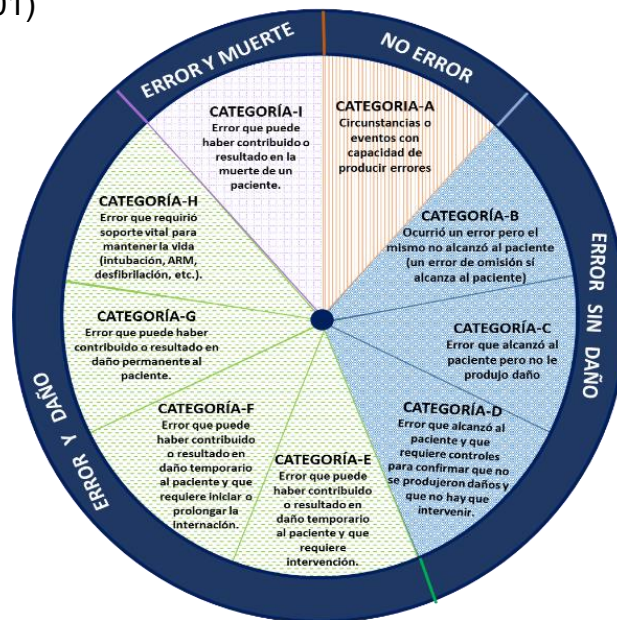
Cada evento adverso puede ser prevenible o evitable pero también inevitable debido a que las causas no son conocidas y por lo tanto no pueden ser modificadas e incluso pueden estar o no vinculadas a un error médico. En estos casos no podría evitarse pero quizá solo minimizar sus consecuencias. La medicina tiene un límite absoluto que es la naturaleza humana, esa naturaleza que mantiene una enfermedad, un padecimiento o la muerte sin que el profesional pueda hacer más. Existen límites de ámbito, límites científicos a pesar de los grandes avances; límites de seguridad en los pacientes y límites económicos que como en muchas áreas de la vida, el recurso nunca es suficiente. (Zapater et al., 2006)

La Organización Mundial de la Salud considera que de cada 10 pacientes cuando menos uno, sufre algún daño durante la atención hospitalaria en los países de ingresos altos y que 15 % del gasto hospitalario en los países pertenecientes a la Organización para la

Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) tiene relación con errores cometidos en cualquier momento de la atención médica.

Así mismo la OMS señala, que, cuando menos 117 países en todo el mundo utilizan la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) para obtener las estadísticas de mortalidad, y que estas sean el indicador principal del estatus de la salud de ese país. El objetivo de esta clasificación es el registro, el análisis, la interpretación y la comparación de datos de morbilidad y mortalidad en el mundo. (World Health Organization, 2015)

Como hemos dicho, los errores pueden suceder en cualquier área de la atención médica, pero una de las más frecuentes es el de la medicación, es por eso que el Consejo Nacional de Coordinación del error por Medicación de los Estados Unidos, se dio cuenta de la necesidad de organizar y categorizar de forma estandarizada la comisión de errores por medicación y, en 1996 organizó la información obtenida por grados de acuerdo con la gravedad de las consecuencias. (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, 2001)



Fuente: National Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention index (NCCP MERP, 2001)

En el caso de la Unión Europea, la frecuencia de errores con los pacientes ingresados se ubica entre 8% y 12% (World Health Organization, 2010) es decir, una muerte por cada 100 000 habitantes por año, como resultado de algún error, lo que implica alrededor de 5 mil muertes anuales.

En mayo de 2016, en Baltimore, el Departamento de Cirugía de la Escuela de Medicina de la Universidad Johns Hopkins, realizó un estudio que considera a los errores médicos como la tercera causa de muerte más común en los Estados Unidos, con un rango de incidencia de 210 mil a 400 mil muertes al año. Aunque también hacen notar en este estudio que las cifras son bajas ya que se basaron en registros de pacientes hospitalizados. (Martín A Makary, 2016)

La medicina es la más generosa y noble vocación a la que el hombre se ha dedicado para auxiliar su padecer, sin embargo la comisión de eventos adversos causa descrédito ante la sociedad y es por esto un sin número de errores no se reportan, por miedo a las críticas del gremio y a las potenciales acciones legales. Cometer errores es una característica del ser humano, inherente al crecimiento y desarrollo, sin embargo, en casi todas las esferas de la vida tendemos a desplazar las responsabilidades de los hechos a causas externas para no cargar con esa culpa y evitar ser castigados en lugar de prevenir.

El ser y el deber ser, en el actuar médico, se han establecido en la Declaración de Helsinki, propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, promovida por la Asociación Médica Mundial (AMM). Esta declaración especifica que el médico debe “Velar solícitamente y ante todo por la salud del paciente”. Que el deber del médico debe ser el promover y velar por la salud, el bienestar y los derechos de los pacientes, incluyendo a quienes participan en investigaciones médicas.

Lucian Leape y colaboradores, en 1993, hicieron una clasificación de los errores que resulta útil para categorizar y ordenar errores sobre los cuales el sistema o el médico pueden intervenir. (Alvarado-Guevara & Flores-Sandí, 2009)

TIPOS DE ERRORES	
Diagnósticos:	Error o retardo en el diagnóstico.
	Falla en el uso de las pruebas indicadas.
	Falla para actuar sobre los resultados ofrecidos por el monitoreo o la prueba
	Uso de pruebas terapéuticas desactualizadas
Terapéuticos:	Cuidado inapropiado o no indicado
	Error en el método o la dosis de un medicamento
	Error en la administración del tratamiento
	Error en la realización de una cirugía, un procedimiento o una prueba
	Retraso evitable en el tratamiento o en la respuesta a una prueba anormal
Preventivos:	Falla para proveer un tratamiento profiláctico
	Seguimiento del tratamiento inadecuado
Otros:	Falla en el equipo
	Falla en la comunicación
	Falla en otros sistemas

Fuente: Lucian Leape y colaboradores, 1993

La idea de hacer esta clasificación es categorizar y agrupar los errores con el fin de reconocerlos con mayor facilidad y poder intervenir y actuar ante ellos de forma conjunta, médico e institución para resolver o enfrentar.

2.3 Dimensiones e implicaciones del error

2.3.1 Desde el médico

La formación e investigación médica están basadas en la ciencia, pero no de forma simple sino en la confianza en la ciencia y en la comprobación, es decir probar para encontrar evidencias o errores en su validez; de ahí se va a encontrar la forma más eficaz de transmitir los resultados, los valores y las técnicas; y así se llega al conocimiento.

El papel del médico es de gran importancia en cualquier sociedad o cultura, no solo porque son portadores de esos conocimientos científicos sino porque resuelven, curan y ayudan al enfermo. El médico como agente moral que es debe estar consciente de que su responsabilidad consiste en usar sus conocimientos para la restauración de la autonomía del paciente, que por estar enfermo puede tenerla debilitada. Por lo tanto la

responsabilidad del médico es de gran peso, es quien dispone de los conocimientos y herramientas para ayudar a los enfermos. Resuelven, apoyan, curan y son los receptores de las historias de cada paciente y para ello se debe tener una gran valentía y empatía, no es fácil ser el escucha de las narraciones que el paciente tiene para contar sobre su enfermedad y sobre su vida y que él tendrá que interpretar y utilizar para poder atenderlo, apoyarlo y recuperarlo lo mejor posible. (Moratalla & Feyto, 2013)

Ante todo debemos tener muy presente que el error en la práctica médica no es exclusivo del médico, aquí también es necesario adicionar a todos los profesionales y personal que labora en las instituciones prestadoras de servicios de salud, quienes hacen parte del equipo médico y se suman a este conflicto, sin embargo la carga moral para el médico es importante porque compromete la responsabilidad profesional cuando se hace evidente la ignorancia o el no aplicar las reglas de la *lex artis*, en tiempo, forma y lugar.

Leape (2000) considera que la gran mayoría de errores no son por negligencia, o por inadecuada atención, o por falta de entrenamiento, sino que tienen que ver con el diseño del sistema o de la organización de los servicios de salud. Considera también que las evidencias son determinantes al reconocer que deben a múltiples factores y que raramente son producto de la falta de cuidado de un solo individuo. (Ramos Dominguez, 2011)

La mala práctica médica puede surgir en cualquier área médica donde un médico u otro profesional de la salud no cumplan con los estándares adecuados de atención. Esto sucede en los mejores hospitales. Los factores de riesgo son innumerables; en una revisión del tema en hospitales de California, EU, lograron agrupar hasta 39 variables con diversos factores o causas. (Alvarado-Guevara & Flores-Sandí, 2009).

El Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias, Ingeniería y Medicina de Estados Unidos clasificó diversas causas del error y dijo: “Por inapropiado diagnóstico o por diferentes factores, que demoran o atrasan una oportuna conducta o tratamiento, causan innecesarios eventos adversos y peligro de perder la vida”. Se considera que son una gran cantidad las diferentes causas de error médico. (Martín A Makary, 2016)

Clasificación de las causas del error médico según la Academia Nacional de Ciencias, Ingeniería y Medicina de Estados Unidos:

- **Por exceso de servicio (overuse)**, tratamiento innecesario o que tiene pocas probabilidades de beneficios. Como por ejemplo: indicar incorrectamente un antibiótico que causa resistencia y reacciones adversas, realizar una operación innecesaria.
- **Por insuficiencia de servicios (underuse)**, no utilizar o demorar un servicio o tratamiento potencialmente adecuado, que trae como consecuencia complicaciones, muertes prematura y altos costos. Por ejemplo: no usar beta bloqueadores, lo que aumenta su letalidad, no realizar un control adecuado a los diabéticos para la prevención de complicaciones, no utilizar el examen para el diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino o la mamografía, un inadecuado seguimiento del embarazo, no lavarse las manos como está normado.
- **Por inapropiado diagnóstico (misuse)**, errores en el diagnóstico, por diferentes factores, que demora o atrasa una oportuna conducta o tratamiento, que causan innecesarios eventos adversos y peligro de perder la vida. Se considera que este grupo incluye la mayoría de las causas del error en la práctica médica.
- **Por Inapropiado servicio**, por ejemplo en la atención o en la terapéutica, en la comunicación entre el médico y el paciente, falta de seguimiento o una historia clínica mal elaborada.

Fuente: Academia Nacional de Ciencias, Ingeniería y Medicina, EEUU

Algunos Factores de Riesgo	
Factores Directos	Factores Indirectos
1 Agotamiento físico y mental	1 Influencia del entorno.
2 Inadecuadas condiciones de trabajo	2 Inadecuados métodos de trabajo.
3 Exceso de confianza	3 Sobre demanda.
4 Transfusiones de sangre no segura	4 Relaciones interpersonales deficientes
5 Accidentes	5 Demora en la atención.
6 Falta de equidad	6 Desorden administrativo.
7 Inadecuada información y orientación	7 Incumplimiento de normas.
8 Errores de escritura y lectura	8 Incumplimiento de procesos de calidad
9 Aplicación de nuevas tecnologías	9 Investigaciones diagnósticas no seguras
10 Inadecuada relación médico-paciente	10 Defectos de recursos, equipos y de organización
11 Inyección y vacunación no segura	11 Falta de estandarización en los procesos de atención
12 Fallo en el fármaco vigilancia	12 Falta de recursos: físicos, humanos, equipamiento.
13 Falta de requisitos de calidad	
14 No actualización o cumplimiento de normas	

Fuente: Academia Nacional de Ciencias, Ingeniería y Medicina, EEUU

Como hemos visto algunas de las bases éticas de la práctica médica está en los principios de No Maleficencia y Beneficencia, el médico debe centrarse en el respeto a la dignidad del enfermo y promover acciones para mejorar su atención, pero los médicos recién formados no encontrarán a enfermos aislados del contexto social, es por eso que se busca que estén comprometidos en enfrentar los problemas que la realidad del país impone. Situaciones como la extrema pobreza en muchas regiones impiden no solo que se garantice la asistencia, sino que incluso no se logre tener el derecho a la vida digna.

2.3.2 Desde el paciente

La relación médico-paciente se basa en aspectos interpersonales del cuidado y de la comprensión de la vulnerabilidad en la que el paciente se encuentra. El paciente se halla en una situación de incertidumbre, de fragilidad y de dependencia; su situación lo hace necesitar apoyo, comprensión, consejo y sobre todo alivio a su malestar o dolor. Es por ello que deposita su confianza en el médico de quien espera para comenzar; respeto, orientación, confiabilidad y apoyo.

Desde su origen esta relación se basa en el principio de beneficencia, es decir, el médico siempre busca el mayor beneficio para el paciente estableciendo una alianza, un equipo donde el médico como experto es quien lidera y el enfermo es quien sigue las instrucciones porque está situado en un lugar de inferioridad moral por la misma enfermedad. Esta es una relación asimétrica en donde uno intenta beneficiar al otro sin su opinión se le llama paternalismo. Aquí es claro el papel de obediencia y sumisión que debe tener el paciente y el rol que cada uno debe desempeñar en esta relación. (Moratalla & Feyto, 2013)

En los Estados Unidos, el paternalismo ha sido poco a poco sustituido por la vía judicial. Primero se hablaba de negligencia médica o impericia, y después se habló de la “agresión técnica”, en el momento en que el médico interviene en el cuerpo del enfermo sin consentimiento. El delito y la noción de consentimiento se fueron especificando a través de demandas judiciales. El paciente siempre será el primer afectado ya sea por lesiones menores, o por daños severos, incluso por discapacidad o muerte; o quizá por daños

emocionales que las lesiones físicas puedan causar como; estrés, aislamiento, miedo, etc.

El paciente siempre va a buscar que el médico le ayude a restablecer su salud, a aliviar el sufrimiento, a encontrar empatía, a recuperar su autonomía y su identidad; desde aquí es de donde debemos ubicar al paciente. Desde la confianza que deposita en el profesional y que espera haya de regreso.

La reunión con un médico que no mira al paciente, que solo mira su computadora, que se la pasa llenando papeles sin observar y escuchar con atención a su paciente no logrará jamás establecer el vínculo de confianza indispensable para el éxito de esta relación.

La población vulnerable, se refiere a personas o grupos poblacionales que por determinadas circunstancias o por su propia naturaleza, se encuentran mayormente expuestos a sufrir daño o maltrato en contra de sus derechos fundamentales; o que requieren de un esfuerzo adicional para incorporarse al desarrollo, buscando evitar la pobreza, la exclusión, la inequidad y la violencia.

La vulnerabilidad en salud se refiere principalmente a que todos los seres vivos, en este caso los seres humanos podemos enfermarnos indistintamente pero esto es más evidente en algunos grupos poblacionales que presentan problemas de salud particulares, y que también tiene algunas desventajas para resolverlos, en comparación con otros grupos de personas.

Las personas vulnerables por su condición física o por tener enfermedades complicadas, se vuelven "pacientes frágiles" que obtienen una atención especial por parte del médico y del equipo de salud con el que se atienden.

Los pacientes vulnerables a pesar de experimentar enojo, confusión, y dolor, cuando son escuchados por su médico tratante suelen sentirse agradecidos y aliviados por ser comprendidos y recibir empatía con sus sentimientos; y de la misma manera se sentirán empáticos con los sentimientos del médico. Es importante hacer notar que en ocasiones los pacientes culpan al médico no principalmente por el error sino por su actitud de

deshonestidad, falta de interés e incluso incomprensión al que sometieron al enfermo.

La relación médico paciente es un encuentro de dos seres humanos vulnerables por naturaleza y si le agregamos el avance de la ciencia, la revolución tecnológica y la inmediatez de la vida cotidiana, la práctica médica se ha transformado importantemente.(W. Souza et al., 2020) Es importante mencionar que en esta relación hay dos cosas básicamente necesarias: la confianza y la apertura dialógica que permita que esta confianza se dé entre ambos.

2.3.3 Desde la Institución

En la comisión de un error médico dentro de una institución, como hemos dicho, hay básicamente tres afectados, el paciente que es el principal perjudicado, el médico que sufre emocional y laboralmente y en tercer lugar la institución que pierde la confianza de los pacientes y llega a tener pérdidas económicas, daños en la reputación y muchas otras situaciones que le afectarán en el futuro ante la sociedad y la comunidad médica. (Muracciole, 2015)

La medicina actual está construida mediante procesos organizacionales complejos y con características específicas según las reglas legales, las políticas públicas, el volumen de los servicios, el espacio físico y muchas otras razones que la hacen cada vez más compleja. Esto delimita las acciones de los médicos con la intención de proveer servicios de atención médica específicos y llenos de procesos; cada institución tiene sus propios rasgos y procesos definidos que le son característicos y que son el marco con el cual se comporta el médico al atender a los pacientes.

Ninguna área de especialidad donde se presentan los pacientes es inmune a que se presenten errores, sin embargo hay unas donde se presentan con mayor frecuencia, por la misma naturaleza de la especialidad, y es tanto el área quirúrgica como el área donde se atienden enfermedades complejas. En todo esto se encuentran también una serie de condiciones que confluyen con muchas otras razones más por las que es factible la comisión de errores en la práctica médica

2.3.4 Prevención del error

Ha sido ampliamente estudiado que los errores médicos son ya un problema de salud pública que amenaza la seguridad de los pacientes en las instituciones de salud. Una gran parte de los errores son resultado de los problemas creados por lo complejo de los sistemas de atención médica y de la falta de comunicación entre pacientes y sus médicos.

El conjunto de estructuras o procesos organizacionales establecidos para dar un servicio médico de calidad es lo que hoy llamamos “seguridad del paciente”; lo que surge a partir de la búsqueda de la reducción de esos eventos adversos y de la reflexión de que todo el personal de salud debe hacerse responsable de la calidad de atención a los usuarios de sus servicios.

La OMS en su asamblea de Ginebra en el 2002 reconoció que existe la necesidad de promover a la seguridad en el paciente como uno de los principios fundamentales de todos los sistemas de salud a partir de acciones como estas:

1. Prestar atención constante a la seguridad del paciente en el centro de atención
2. Registrar, notificar y medir los diferentes eventos
3. Desarrollar y acatar las normas sobre calidad de la atención
4. Fomentar una cultura de seguridad en la comunidad médica
5. Incentivar la investigación en este campo
6. Involucrar a los usuarios de estos servicios a ser parte de esta cultura

Este último punto nos hace caer en la otra parte de esta seguridad en la atención médica, la que de alguna manera importante recae en el paciente al cual podemos hacerle las siguientes recomendaciones (Agency for Healthcare Research and Quality, 2000):

1. Involucrarse en su cuidado, es decir que tome parte en las decisiones sobre su tratamiento en conjunto con el médico
2. Informar a todos los médicos que lo revisen sobre los medicamentos que toma y a los que pueda ser alérgico.
3. Asegurarse de haber comprendido claramente las indicaciones de la receta e incluso el nombre de los medicamentos y sus efectos.
4. Mantener el cuidado de higiene en manos tanto propias como pedírselo a los médicos a fin de evitar contagios adicionales tanto en las consultas como en la hospitalización
5. Ante un procedimiento quirúrgico asegurarse de que el paciente como el médico

- saben exactamente lo que se va a hacer.
6. Expresar sus preocupaciones o sus dudas
 7. Siempre ir con un familiar o acompañante
 8. Mantenerse atento a sus síntomas o cambios e informarlos oportunamente al médico.

2.4 Error médico y bioética

Según Hipócrates, el médico con empeño y esmero debe dedicarse a la recuperación de la salud, sin embargo la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, es procurar que su paciente logre una *enekén hygieiés*, un bienestar físico y psíquico, entendiendo como psíquico la acción del alma *Psique* a través del cuerpo, posibilidad de que la verdadera salud conduce a la curación «*sophrosine*» es decir, sensatez y sabiduría. (Viesca Treviño, 2009)

De acuerdo con Oscar Vera en su artículo aspectos éticos y legales en el acto médico, “El decoro, la honestidad, el altruismo y la integridad moral, constituyen normas que condicionan y gobiernan la conducta de los médicos y exaltan su idealismo a los planos más elevados de la vida en la sociedad. La docencia e investigación médicas son parte constitutiva de la práctica médica y su realización se inscribe en las más antiguas tradiciones y son esfuerzos sociales corporativos de la más alta responsabilidad por lo que su orientación y control se fundamentan en los principios y valores éticos más relevantes de nuestra época”. (Carrasco, 2013)

Desde la Bioética se plantea que el médico debe tener una buena formación científico-técnica y ética, para que acepte cuando cometa un error, y de éste hecho adquiera conocimientos que le permitan no volver a repetirlo. Tener presentes los principios de la bioética, la **Autonomía**, que es la libertad de elegir de manera razonada y con valor moral, la **No maleficencia**, que es no hacer daño, no someter al paciente a peligros innecesarios, y ponderar riesgos y beneficios; **Justicia** para tomar las decisiones adecuadas y **Beneficencia**, que es la base de las acciones del médico al buscar la máxima ayuda posible para el paciente. (García Solís, 2018)

En la Bioética europea se han incluido otros principios como los propuestos por Kemp y Rendtorf que son cuatro y corresponden a los siguientes: Vulnerabilidad, Dignidad, Autonomía e Integridad.

- La vulnerabilidad la define como fragilidad y dice que los seres humanos somos una unidad orgánica que gozamos de integridad que no es absoluta, es decir es perfectamente alterable, esta integridad se ve permanentemente amenazada por cuestiones internas o externas como el paso de los años que altera el estado físico o como la enfermedad, el sufrimiento, la angustia y por supuesto la muerte.
- Dignidad se establece como un atributo de la persona humana y está directamente relacionada con el respeto, es decir que el ser humano debe ser tratado por el mismo y por los otros como un fin y no como un medio según Immanuel Kant. La dignidad le pertenece a cualquier persona por el solo hecho de serlo y está ligada a la racionalidad y libertad de cada ser humano.
- Autonomía comprendida como la capacidad del ser humano de tomar decisiones, es decir de pensar y tomar acciones con base en esos pensamientos.
- Integridad se refiere a la armonía o equilibrio de la existencia del ser humano. Integridad de una persona se manifiesta en el adecuado funcionamiento de los tres elementos básicos: corporal, psicológico e intelectual. (Torralba, n.d.)

Ellos argumentan que estos principios manifiestan la protección que requiere la humanidad y de cada persona que la integra como guía para políticas públicas futuras en bioderecho. Otro argumento es que estos principios van dando la pauta de la moralidad política de los sistemas médicos que integran la Unión Europea y al mismo tiempo funcionan como base de los derechos humanos de la sociedad europea que es multicultural y con convicciones específicas según el país del que se trate.

Es importante mencionar que los autores hacen hincapié en que estos principios deben promoverse en un contexto de solidaridad, respeto y responsabilidad cuyo objetivo sea buscar el progreso, la paz y crear una sociedad más justa en la que la ética del cuidado sea la base principal. (Dahl Rendtorff, 2020)

En cuanto a las virtudes en la medicina, Edmun Pellegrino y David Thomasma establecen una lista de virtudes que puede marcar el bien del quehacer médico y que se establecerían por lo tanto en virtudes médicas. Compasión, justicia, templanza, Ser fiel a la confianza,

prudencia, fortaleza y altruismo, así como honestidad, benevolencia y verdad. (De Santiago, 2014)

Estos autores integran estos principios dentro de la toma de decisiones del médico en su práctica profesional. Establecen a los principios como punto de referencia que les permitan realizar actos concretos que estén entre el deber y hacer lo correcto según el fin último. Los propósitos de la actividad médica que al fin y al cabo es la sanación. Mientras que los deberes son obligaciones del quehacer médico con objetivo básicamente concreto, las virtudes son las razones que desde el fondo del ser del médico empujan a actuar con excelencia.

Pero ¿Que se busca en la medicina en cuanto a virtud? La palabra virtud aunque surge del latín es del griego que se toma para obtener su significado. El término *Areté* significa excelencia y se refiere a cumplir cabalmente el propósito decidido de acuerdo con las habilidades y capacidades de la persona, es entonces la búsqueda de la excelencia. (P. Souza & Poirot, 2016)

Si nos basamos en las principales características de la bioética, nos podemos centrar en la idea de que es dilemática o controversial, es decir, se defienden o rebaten posturas en contra o a favor de conflictos o situaciones problemáticas moralmente; desde esta perspectiva el error médico se puede analizar desde varias alternativas: desde los principios que trasgrede y que debe ejercer al realizar sus labores profesionales o desde la carga moral y de responsabilidad que lleva en los hombros en su actuar.

Los errores no se reportan por miedo a las críticas del gremio y a las potenciales acciones legales. Incurrir en errores es una característica del ser humano e inherente al crecimiento y desarrollo, sin embargo, en casi todas las esferas de la vida tendemos a desplazar las responsabilidades de los hechos a causas externas para no cargar con esa culpa y evitar ser castigados en lugar de prevenir.

Comencemos, por recordar, que el primer juez es la propia consciencia que ejerce el juicio de la propia razón sobre el sentido moral de cada acción, a partir de ahí, podremos

comprender el enorme peso que carga un médico que se equivoca. Sin dejar de lado el otro de igual o mayor grado, que es el de la sociedad, del gremio y del paciente.

El paternalismo que aún existe para la responsabilidad profesional del médico que cumple con el cometido técnico específico y universal, exigirá siempre el cumplimiento cabal y constante de este ejercicio profesional. La responsabilidad es un valor a cultivar desde la infancia, fomentar con el crecimiento y mantener con acciones y ejemplos. Responder ante los propios actos debe ser desde la libertad y la consciencia de las consecuencias, buenas o malas.

El cuidado integral de los enfermos es una obligación moral de los médicos y de todos los profesionales de la salud, es decir, velar por el bien del enfermo, adoptar una postura empática, caminar a su lado, ofrecerle ayuda discreta y no permitir que se dé cuenta de las dificultades que hay a su alrededor; porque cuidar a alguien es abrirse a la perspectiva de que en cualquier momento nosotros podemos ser ese otro. Para ello se requiere disponibilidad, preocupación y aproximación fraterna, con disposición para servir, superar la distancia física y moral ética, transformando al “tú” en prójimo. (W. Souza et al., 2020)

El prójimo, ese otro, es quien puede revelar la dimensión y el alcance de su propio dolor es por eso que es necesario romper con la racionalidad construida a lo largo de la historia de la medicina, esa donde no se escucha, no se acerca al enfermo. La proximidad deseada anhela la mirada, la caricia, el tacto, la escucha, categorías esenciales a la práctica clínica, en la que el “yo” es siempre servidor del prójimo, es un hermano, ofreciendo fraternidad.

Cuidar del otro, ocuparnos del prójimo o del próximo debería ser una enseñanza y un compromiso de cada persona. Compadecerse del otro debería ser una inversión para el futuro de la salud de la humanidad. Levinas dice que la responsabilidad debe ser una obligación pero nadie quiere porque responder ante los demás de los propios actos es solo de valientes. (Levinas, 2009)

Según Pedro Laín Entralgo, el vínculo entre ambos seres humanos (médico y paciente)

se da en dos vías, la que va del paciente al médico y la que va del médico al paciente y que establecen una relación particular unida por una *Philia*, una amistad particular basada en el amor a la perfección de la naturaleza. Una relación amistosa que se muestra como fidelidad, aprecio y mutuo cuidado. Aristóteles habla de una *Philia* como disposición habitual, una amistad que desea recíprocamente el bien. La amistad aristotélica radica en querer y procurar el bien del amigo, entendido éste como una realización individual de la naturaleza humana. Es una amistad del enfermo con el médico, del médico con el hombre en general, una relación interhumana. (Laín Entralgo, 1964)

El acto médico debe entonces caracterizarse por llevar a cabo actos plenos de sentido, compasivos, benéficos, responsables, respetuosos del ser y las expectativas del paciente, actos creadores de confianza, promotores de la salud y sin conflicto de intereses entre el médico y el paciente.

Esto porque la medicina es la más humana de las ciencias que busca conjuntar un saber o conocimiento y un saber hacer ante una necesidad de recuperar la salud. Al fin y al cabo se ha configurado una ciencia médica que observa, experimenta y explica de acuerdo a las normas establecidas para su práctica; lo que la hace interpretativa de la realidad sobre signos y síntomas que serán la narrativa de la enfermedad.

Cuidar del otro dedicadamente, escuchar y reflexionar sobre lo que le aqueja al enfermo, observar paciente y atentamente, aplicar sus conocimientos a beneficiar al que adolece es lo que transformará a un buen estudiante de biología humana, en médico.

Hipócrates da bases para la reflexión moral desde la beneficencia y no maleficencia dentro de un marco de moral social común. Gert, Culver y Clouser hablan de la moralidad común, de la experiencia moral cotidiana; esa que se da en todos los ámbitos de la actividad humana y, por supuesto en la medicina en donde el objetivo es: evitar y disminuir los males y daños en la salud de la sociedad. (Bio, 2018)

CAPITULO III ERROR MÉDICO DESDE LA LEGALIDAD

3.1 Mala práctica en el acto médico

La vida humana así como la salud es el bien jurídico de mayor importancia, de ahí surge que los médicos tengan un papel relevante en el derecho punitivo, de tal suerte que el Estado brinda especial interés e regular la forma en que tales profesionistas realizan su actividad, exigiéndoles una actuación profesional, ética y honesta. El deber es la norma con relación al sujeto a quien se prescribe la conducta. (García Solís, 2018)

En México se cuenta con un vasto marco jurídico, a través del cual se reconoce el derecho a la salud, y el cual le permite al Estado garantizar ese derecho a través de la prestación de los servicios de salud y autoriza a los profesionales a contribuir, con sus conocimientos, al cumplimiento de ese objetivo, utilizando mecanismos e instrumentos que clarifiquen la responsabilidad que existe o se deriva de una mala praxis.

La principal reglamentación jurídica que regula el derecho a la salud, su protección y las responsabilidades de los profesionales de la salud está conformada por:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- La Ley General de Salud
- Códigos Penal y Civil (Federal y Estatales)
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
- Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaría de Salud
- Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos
- La Ley General de Profesiones y la Ley General de Educación (estas dos regulan la responsabilidad profesional)

Adicionalmente se encuentran instrumentos internacionales de los que México es parte y la jurisprudencia que se ha emitido en la materia en los últimos años. (Gamboa Montejano & Valdés Robledo, 2015)

En nuestro país el ejercicio profesional está regulado y es responsabilidad del Estado atender las solicitudes sociales ante el mal funcionamiento de un profesionista; en el caso

de la medicina también se puede llegar a instancias legales cuando se encuentra una mala práctica médica que deja insatisfecho a un paciente.

La primera respuesta del ser humano cuando se enfrenta a un error, es buscar un culpable y castigarlo. Si revisamos, la conducta común es que al presentarse un caso de daño o muerte de un paciente a causa de un error y que llega hasta los medios de comunicación, y a las instancias regulatorias del Gobierno, a las familias del paciente o a la opinión pública y a la misma Institución donde sucedió; es buscar de forma inmediata al médico responsable, culparlo y castigarlo ejemplarmente para que no vuelva a suceder, aunque esto no garantice que se evite.

Un evento adverso conlleva diferentes personas involucradas pero el resultado de éste, trae consigo tres afectados principales: el primero es el paciente y su familia, el segundo el profesional o profesionales involucrados y el tercero la institución u hospital. Para él o los segundos afectados, el daño provocado por un error no es menos importante que la misma afectación del paciente; para los profesionales de la salud existen también consecuencias emocionales, sociales y laborales con las que tendrá que lidiar. La afectación llega a ser moral, psicológica, afecta la calidad de su trabajo y en el ámbito laboral repercute en su productividad y desempeño; ya que puede llegar a tener trastornos de sueño, baja autoestima, bajo nivel de concentración, trastornos gastrointestinales, taquicardias, consumo excesivo de cafeína, fármacos, tabaco y alcohol; convirtiéndose en un problema de salud pública.

Diversas alternativas se han creado para intentar disminuir los eventos adversos, sin embargo, existe un grupo de profesionales que requiere de un análisis específico y que son aquellos que por las circunstancias del caso han tenido que llegar hasta la queja o demanda legal. Ahí se involucran otras aristas que hacen del evento adverso algo más complejo.

La Mala Práctica médica o *Mala praxis* se refiere a cualquier infracción por parte del médico del deber propio de su profesión. Es el incumplimiento de las obligaciones de medios ordinarios en la atención médica contenidas en las normas sanitarias y en los

principios que orientan su práctica derivado de una conducta (acción u omisión) por negligencia, impericia o dolo.

¿Existe entonces alguna diferencia entre la mala práctica y el error médico? La respuesta es sí, una mala práctica está considerada a partir de la culpabilidad de incumplimiento de las obligaciones del médico, mientras que el error médico se trata de una conducta equivocada sin que se haya ejercido dolo alguno.

Es importante recordar que las normas jurídicas se hacen desde el deber ser, son deontológicas pero obligatorias por ser jurídicas, sin embargo desde la dimensión formativa de la bioética se debe considerar lo que es conveniente, estableciendo una responsabilidad moral y no una obligatoriedad como en el derecho positivo.

En el establecimiento de leyes, normas, o reglamentos no se limita el hecho de que se resuelvan los dilemas bioéticos en sí, sino se establecen límites sociales que no son absolutos sino contextuales para su resolución. Por lo tanto sigue existiendo el dilema bioético y es posible que sean detonadores de modificación de las leyes o reglamentos en otro tiempo o en otro contexto o que se consideren casos de excepción.

3.2 Términos en la mala práctica médica

Ahondaremos en términos jurídicos usados en el argot de la mala práctica, estos son tomados de la descripción que hace el *Diccionario Jurídico de Arbitraje Médico* y algunos artículos actuales sobre los aspectos legales del error médico en México, (Gómez-Fröde *et al.*, 2019; Santamaría-Benhumea *et al.*, 2014):

3.2.1 Negligencia

Es la mala práctica médica ejercida, que no cumple con los principios que marca la *lex artis*, caracterizada por la falta de cuidado y diligencia debida, al desviarse de los estándares aceptados en la comunidad médica y que puede causar daños, lesiones o hasta la muerte del paciente.

En la conducta negligente hay desidia, abandono, pereza, apatía; mientras que en la diligente, implica actividad, esmero, aplicación, atención, cualidades que debe observar el médico al llevar a cabo sus tareas profesionales y que contienen implícito el deber jurídico de evitar el error y por ende, un resultado dañino para el paciente.

El despacho de abogados Sierra en España publicó que son tres los elementos de la negligencia:

1. Por un lado, la lesión. Esta puede ser inmediata o no, y física o moral. Por ejemplo, un mal diagnóstico que perjudique las posibilidades de curación del paciente puede considerarse negligencia médica. Del mismo modo, no es necesario que la lesión cause un menoscabo en la integridad física del paciente. Así, una marca meramente estética puede suponer responsabilidad del personal sanitario cuando se deba a su mala praxis.
2. Por otro lado, la mala praxis. Se entiende como tal el apartarse del protocolo sanitario o los estándares de la profesión. Aunque existan casos en los que ésta no sería tal cuando se justifica perfectamente el no apegarse a dichos protocolos. Así, la mala praxis puede derivar de un descuido de la diligencia debida. Pero también de una vía de actuación que no habrían seguido otros facultativos.
3. Por último, un nexo causal. Así, la lesión debe ser consecuencia de la mala praxis. A falta de la relación de causalidad (por ejemplo, si la lesión se hubiera producido incluso aplicando el tratamiento corriente) el paciente lesionado no tendrá derecho a indemnización.

Fuente: (Sierra abogados, 2022)

Estos tres elementos deben converger para que se pueda decirse que se ha producido negligencia médica y que se haya generado el derecho a indemnización. Normalmente, para apreciar la mala praxis y su causa es necesario solicitar los servicios de un perito médico. (Sierra abogados, 2022)

3.2.2 Imprudencia médica

Es la actuación precipitada que no prevé las consecuencias que pueden derivarse de ese obrar irreflexivo. Consiste en una conducta que debía evitarse o una acción que se ha realizado de manera inadecuada o prematura.

3.2.3 Impericia

Es la actuación inexperta, con falta de práctica, de experiencia o de habilidad o de sabiduría en el conocimiento de los preceptos y reglas necesarios para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación médica.

3.2.4 Dolo

Es el engaño o fraude realizados con toda la intención de producir daño a alguien mediante la acción u omisión.

Es la voluntad consciente de realizar un acto que se considera delito. Un delito es cuando el sujeto lo comete, conociendo los elementos del tipo penal o previendo como posible, el resultado típico y pese a ello, quiere o acepta la realización del hecho descrito por la ley.

3.2.5 El síndrome Clínico Judicial

También conocido como Síndrome Post Demanda, comprende todas las alteraciones que cambian el estado de salud de un individuo que se ve sometido a un proceso desde un inicio (citación, demanda), durante sus diferentes y diversas etapas (mediación, conciliación, juicio, sentencia) y después de haber concluido. Este síndrome abarca todos los cambios físicos, psíquicos y morales que se pueden producir, entre ellos se encuentra el estrés agudo o crónico. En el ámbito psicológico destacan: angustia, ideación paranoide, ansiedad, depresión, inestabilidad emocional, irritabilidad, disfunción sexual e insomnio. El médico afectado suele presentar frustración y ciertas alteraciones en la conducta que afectaran su relación familiar, social y profesional y que de alguna forma lo inducirá al consumo de alcohol y enervantes para evitar la realidad que enfrenta.

3.2.6 Responsabilidad civil

Corresponde a la obligación de pagar a una persona una cantidad de dinero o en especie por haberle ocasionado algún daño o perjuicio. Entendiendo como persona, a la física y también a la moral, tanto pública como privada; de acuerdo con los artículos 2108 y 2109

del Código Civil Federal que establecen la responsabilidad que puede emanar de hecho lícitos e ilícitos.

El daño físico a personas o cosas debe ser reparado según dos criterios: el primero corresponde a la restitución de las cosas a su estado original; segundo, si no fuere posible lo anterior la reparación será en equivalente es decir en dinero. Esto porque cuando el daño es ocasionado a personas no se pretende restituir a la persona en si sino que únicamente se pagarán montos establecidos en la legislación para las respectivas formas de causar el daño. El Código Civil Federal establece que para saber el porcentaje de reparación de la incapacidad generada se recurrirá a la Ley Federal del Trabajo donde la indemnización máxima será de mil doscientos días de salario mínimo general vigente en México; y en caso de muerte, se pagará la reparación como si se tratase de incapacidad permanente.(Cámara de Diputados, 2022)

3.2.7 Responsabilidad civil extracontractual objetiva

Es el actuar lícito que causa un daño por el ejercicio de una actividad peligrosa. Es cuando una persona a través de mecanismos, instrumentos, aparatos o sustancias peligrosas; o por la velocidad con que sucedan, por su naturaleza explosiva o inflamables, por energía de la corriente eléctrica que conduzcan o por otras causas análogas, está obligada a responder por el daño que provoque, aunque no obre ilícitamente, a no ser que demuestre que ese daño se produjo por culpa o negligencia inexcusable del afectado.

3.2.8 Responsabilidad civil contractual

Se origina por el incumplimiento de un contrato, en el cual las partes han estado vinculadas con anterioridad al hecho producto de la responsabilidad. Por lo que será suficiente incumplir con la obligación pactada.

3.2.9 Responsabilidad civil extracontractual subjetiva

Surge del incumplimiento del deber genérico que tiene el profesional de la salud de no afectar a terceros, lo que da origen a la reparación de los daños y perjuicios ocasionados

a su paciente con motivo de los actos u omisiones realizados durante la prestación del servicio médico.

Los elementos necesarios para que se conforme son los siguientes:

1. Conducta ilícita.- Acto u omisión que va en contra a lo que establece la *lex artis* médica y disposiciones sanitarias.
2. Daño.- En controversias médicas, la afectación a un bien jurídico, puede tratarse de la vida, integridad física, patrimonio o bien de los sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación de una persona.
3. Relación de causalidad.- vínculo de carácter objetivo entre la conducta y el daño.

3.2.10 Responsabilidad penal médica

Los profesionales de la salud durante el tiempo que ejercen su profesión pueden incurrir en la comisión de una conducta catalogada como delito, como puede ser: homicidio, lesiones, inducción al suicidio, omisión o negación de ayuda, fraude o falsedad de declaración ante autoridad judicial, falsificación de documentos o expedientes clínicos.

Dichas conductas pueden ser dolosas o culposas. Si la acción se efectúa con toda la intención de provocar daño, lo que se presenta es dolo, pero si se fue por omisión de la previsión de los resultados, el delito será catalogado como culposo.

3.2.11 Actividad administrativa irregular

Acciones administrativas que afectan a la práctica médica y que no están consideradas dentro o que rompen los procesos administrativos regulares para el funcionamiento de una institución

3.2.12 El daño

El daño, es considerado como el detrimento sufrido en el cuerpo, ya sea en la persona o en el patrimonio. Con relación al cuerpo, cualquier modificación a la figura de la persona o la pérdida de alguna parte del cuerpo o de alguna función, que provoque disminución

temporal o permanente de la integridad física representa un daño. Por supuesto, el mayor daño provocado a una persona, siempre será la pérdida de la vida. El daño está vinculado con el perjuicio que produce la lesión en cuanto a lo que deja de obtenerse, o a los diversos gastos que se ocasiona el daño y que debe ser indemnizado: desde los salarios no percibidos hasta los gastos médicos generados por las lesiones sufridas.

La existencia de un daño en sí, no produce responsabilidad civil médica, por ejemplo, en el caso de cortar una pierna para evitar la pérdida de la vida por gangrena. El daño debe ser injusto y antijurídico, es decir, que se produzca una lesión injustificada de un derecho subjetivo o de un interés legítimo, protegido.

3.3 Error, legalidad y bioética

El personal de salud tiene la obligación de asistir y atender a las personas enfermas, teniendo en consideración que el fin de esta profesión es preservar la vida humana, por lo tanto es su responsabilidad proteger la vida y la salud del paciente, así como su integridad física. A pesar de estas máximas, se ha identificado que el actuar de los profesionales en el área de la salud no siempre se apega a las normas establecidas. El actuar inadecuado o incorrecto puede provocar daño a un paciente, es lo que se conoce como mala práctica médica.(Gamboa Montejano & Valdés Robledo, 2015)

Los derechos de los pacientes siempre estarán protegidos según los profesionales de la salud se conduzcan bajo los principios éticos de su profesión. Lo que significa que es necesario señalar a la ética como una conducta de suma importancia en el ejercicio médico, pues permite que sus actos sean con responsabilidad y consciencia. Con relación a la ética médica se han emitido diversos preceptos que marcan la dirección de quehacer en éste ámbito, entre ellos se destacan:

Juramento Hipocrático:

Nace en el año 400 a.C. y en él se pretendía establecer los preceptos que regirían el ejercicio médico de quienes tienen la responsabilidad franca de decidir sobre situaciones de carácter sustancial y de gran importancia para los seres humanos como lo es la salud, la enfermedad, el dolor, la vida y por supuesto la muerte.

En este juramento se busca comprometer a los médicos a actuar con los valores ahí plasmados y que les servirán de base para enfrentar problemas éticos y morales propios de su profesión. Sobre el particular destaca lo siguiente: “...*Dirigiré la dieta con los ojos puestos a la recuperación de los pacientes, en la medida de mis fuerzas y de mi juicio y les evitaré toda maldad y daño. No administraré a nadie un fármaco mortal, aunque me lo pida, ni tomaré la iniciativa de una sugerencia de este tipo. Asimismo no recetaré a una mujer un pasivo abortivo; por el contrario viviré y practicaré mi arte de forma santa y pura. No operaré con cuchillo ni siquiera a los pacientes enfermos de cálculos, sino que los dejaré en manos de quienes se ocupan de estas prácticas.*”(Robin, 2003)

Se puede observar que este texto intenta prevenir actos de negligencia, busca promover la prudencia y aprender a delegar a quienes son expertos en la materia de las prácticas médicas. Es importante tomar en cuenta que éste es un código deontológico, que establece obligaciones y deberes a cumplir en la práctica médica pero que para efectos éticos y bioéticos resulta ser limitado, ya que deja de contemplar muchos otros aspectos, fundamentalmente la reflexión ética y filosófica por parte del profesional.

Oración de Maimónides:

La Oración de Maimónides (filósofo y médico judío de Córdoba – Siglo XII)

1. Dios todopoderoso..., Tú me has elegido para velar sobre la vida y la salud... Apóyame para que haga el bien a los hombres. Inspírame un gran amor a mi arte y a mis criaturas.
2. No permitas que la sed de ganancias o que la ambición de renombre y admiración, enemigas de la verdad y del amor a la humanidad, puedan desviarme de atender al bienestar de tus criaturas.
3. Que esté siempre bien dispuesto para ayudar con buen ánimo al pobre y al rico, al malo y al bueno, al enemigo igual que al amigo.
4. Haz que en el que sufre no vea yo más que al hombre.
5. Que no deje de ver lo que es visible, pero no permitas que me arrogue el poder de inventar lo que no existe.
6. Concédeme que mis pacientes tengan confianza en mí y en mi arte y sigan mis prescripciones y mi consejo.
7. Aleja de su lado a los charlatanes y a la multitud de parientes oficiosos y sabelotodo..., que echan a perder lo mejor de nuestro arte...
8. Llena mi alma de delicadeza y serenidad..., que no me haga un resentido ante los que saben más que yo..., y haz que sea modesto.
9. Concédeme la fuerza, la alegría y la ambición de saber más cada día, pues el arte es inacabable y la mente siempre puede crecer.
10. Tú me has elegido para velar sobre la vida y la salud..., apóyame para que haga el bien a los hombres...

Fuente: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica

El Código Internacional de Ética Médica, de la Asociación Médica Mundial (WMA)

Texto adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM, realizada en Londres, Inglaterra, en octubre 1949. Así mismo fue enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial, llevada a cabo en Sídney, Australia, en agosto de 1968. Para la 35ª Asamblea Médica Mundial de Venecia, Italia, en octubre 1983 y la 57ª Asamblea General de la AMM, efectuada en Pilanesberg, Sudáfrica, en octubre de 2006

Este código señala los principales deberes de los médicos entre los que se encuentran los siguientes:

Deberes del médico según “El Código Internacional de Ética Médica” de la WMA

1. El médico debe mantener siempre el nivel más alto de conducta profesional.
2. El médico no debe permitir que motivos de lucro influyan el ejercicio libre e independiente de su juicio profesional en favor de sus pacientes.
3. El médico debe, en todos los tipos de práctica médica, dedicarse a proporcionar su servicio médico competente, con plena independencia técnica y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana.
4. El médico debe tratar con honestidad a pacientes y colegas, y esforzarse por denunciar a los médicos faltos de ética o de competencia profesional, o a quienes incurran en fraude o engaño.

Fuente: Asociación Médica Mundial

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO,

Promulgada 19 de octubre 2005 por la Conferencia General de la UNESCO

Este documento reconoce la relación entre la Ética y los Derechos Humanos en el ámbito de la Medicina, de las diferentes ciencias de la vida y de las tecnologías aplicadas a los seres humanos (Art. 1) y recomienda que se respete “la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás” (Art. 5). Este principio de autonomía implica necesariamente la responsabilidad.(Observatorio de bioética UCV, 2019)

Existen otros códigos que sirven de guía para el desempeño de la práctica médica en cualquier lugar y cultura; y que intentan reafirmar los principios básicos de lo que el profesional puede hacer para beneficiar al enfermo y evitar lo que pueda producir daño. Entre ellos se encuentran la Misión y Visión de cada Centro Médico, Hospital, Clínica, Instituto o Consultorio Médico a las que cada facultativo también debe apegarse, así como a los diferentes comités de ética y bioética de cada institución. Con esto se trata de fortalecer los roles técnicos, humanistas y sociales del médico que se enfrenta día a día a los problemas de salud de la humanidad además de la responsabilidad que tienen para con los pacientes, la sociedad, las instituciones y los gobiernos.

En el campo de la Bioética el concepto de responsabilidad tiene diversas connotaciones y está tomando una importancia cada vez mayor. La historia de la bioética civil tiene que ver con la participación de pacientes y ciertos sujetos de investigación, y, por lo tanto, con el aumento de la responsabilidad en la toma de decisiones. Los profesionales involucrados han visto que su responsabilidad ha crecido hasta el punto de que ahora deben compartirla con otros integrantes de su equipo. (Casado Da Rocha, s/n.d.)

Como se puede observar existen varios documentos a lo largo de la historia que van marcando las pautas de la conducta del médico antes los pacientes con conceptos e instrucciones del trato hacia el enfermo y a hacia su familia, buscando el compromiso y la solidaridad del profesional con el paciente; todo con el objetivo de procurar una atención médica de calidad buscando a través del tiempo las diferentes formas de mejora continua.

Los diferentes sucesos sobre investigación en seres humanos han ido marcando las pautas para hacer y para dejar de hacer lo que no es correcto con los enfermos. Cada documento, cada código y cada momento han sido los cimientos de lo que hoy tenemos como ética médica y como bioética.

CAPITULO IV DILEMA DEL PACIENTE ANTE UNA MALA PRAXIS

4.1 Ante una mala práctica

Es claro que la obligación de todas las instituciones de salud y de todos los médicos es brindar la mejor atención posible, sin embargo, si esa atención proporcionada no es la adecuada o llegara a provocar algún daño al paciente, surgirá ahí la responsabilidad jurídica de responder por lo hecho, lo que lo hará responder civil, administrativa o penalmente, de acuerdo con las leyes e instancias correspondientes. (Mariñelarena, 2011) En este sentido, podemos decir que la queja médica es la expresión de los paciente ante las inconformidades o problemas relacionados a la interacción entre pacientes y médicos en el otorgamiento del servicio de salud y que tiene que ver con el mal manejo de información y comunicación, maltrato al paciente, insatisfacción en la atención, y/o la presencia de errores médicos.(S. B. Fernández Cantón, 2016)

Es importante mencionar que en algunos países el crecimiento en las demandas por errores médicos ha causado el surgimiento de la llamada medicina defensiva, la cual se caracteriza por las restricciones de ciertas conductas o procedimientos por miedo a cometer un diagnóstico equivocado. Esto trae como consecuencia la solicitud de pruebas excesivas con tal de tener suficientes bases para establecer los siguientes pasos de la terapéutica aplicable al paciente y con ello no enfrentarse al error que pueda generar una demanda. Una mala práctica atenta contra la salud de las personas incluso contra la vida y por lo tanto atenta contra el respeto a los derechos humanos, lo cual encamina a un dilema ético. Ésta acción se produce por acciones omisas que el profesional de salud comete.(Fuente-Del-Campo & Rios-Ruíz, 2018)

Un punto que va tomando cada vez más relevancia y que influye en la toma de decisión de presentar una queja es la percepción que se tiene de los médicos y la que tienen entre ellos mismos, es decir, la opinión de un colega al descalificar a otro médico en su forma de trabajar, la influencia que tiene la información obtenida en internet, la exigencia cada vez más alta de la sociedad, el papel de los medios de comunicación y la barra de

abogados que ha resultado ser una industria en crecimiento intentando promover litigios contra equipos médicos.

Debemos tener claro que el ejercicio médico es el “Conjunto de acciones que ejerce legítimamente un médico debidamente registrado con cédula profesional y que sucede aplicando los conocimientos científicos, éticos y morales en conjunto con la normatividad vigente” (S. B. Fernández Cantón, 2016) y que son sustentados por la *Lex Artis*. Aunque es relevante mencionar que la doctrina analiza si el concepto de *Lex Artis* es aplicable a toda la actividad médica, es decir, la exploración, el diagnóstico, el pronóstico y por supuesto el tratamiento, o si únicamente se refiere a ciertas actividades del ejercicio médico. Sin embargo la jurisprudencia aplica el concepto de *Lex Artis* a la exploración médica, el diagnóstico y al tratamiento únicamente tanto clínicos como quirúrgicos.

El diccionario jurídico de arbitraje médico, señala las siguientes definiciones:

Lex Artis médica: “Se refiere al conjunto de reglas, procedimientos, prácticas, técnicas y reglamentación general para realizar el acto médico contenidas en la literatura científica aceptada y en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su ejercicio”.(Gómez-Fröde *et al.*, 2019)

Lex Artis ad hoc: “Criterio valorativo, posterior a un proceso de deliberación, para corregir el acto médico ejecutado por el profesional de la medicina. Tiene en cuenta las especiales características de su autor, su profesión, la complejidad y la trascendencia vital del paciente, así como la influencia de otros factores endógenos, el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, así como de la organización sanitaria, para calificar dicho acto de conformidad con la técnica o ciencia requerida”.(Gómez-Fröde *et al.*, 2019)

Si después de haber llevado a cabo el proceso correcto de atención al paciente, si hubo diagnóstico correcto, si se indicó el procedimiento adecuado, si se aplicó apropiadamente la técnica, si las instrucciones al paciente fueron comprendidas, si hubo seguimiento y supervisión adecuada, y a pesar de todo ello existiese la posibilidad de producir un daño, debemos entender que la medicina es falible, que hay una cantidad considerable de

circunstancias adicionales que pueden ser factores influyentes para cometer un error. No olvidemos que “la posibilidad de hacer daño es inherente al ejercicio médico, es parte de la naturaleza de los seres humanos”. (Lifshitz, 2010)

Si a pesar de lo anterior existe un error, debemos dejar claro que se tienen mecanismos de evaluación del quehacer médico, es decir, los pacientes que por alguna razón sean afectados por una mala práctica médica pueden reclamar al médico, a los profesionales de la salud responsables o a la institución bajo los tres tipos de responsabilidades básicas que ya hemos mencionado en capítulos anteriores:

Responsabilidad civil. Sucede frente a los tribunales de lo civil, y tiene como objetivo lograr una indemnización o reembolso de gastos por las lesiones y daños morales. Normalmente se dará frente a seguros y centros médicos privados aunque no necesariamente.

Responsabilidad administrativa. Se puede decir que es la versión pública de la responsabilidad civil. A través de ella se reclama frente al orden contencioso-administrativo por negligencias sucedidas en centros públicos o se promueve directamente una queja ante el Órgano Interno de Control

Responsabilidad penal. Procede en los casos en los que hay un delito que perseguir, y busca inhabilitar al facultativo. En algunas ocasiones se puede solicitar multas o hasta penas de prisión.

Para incurrir en esa responsabilidad debemos dejar clara la diferencia entre los dos principales conceptos:

- **Mala praxis:** toda infracción de parte del médico, es decir, debe existir culpa en el actuar del profesional.
- **Error médico:** es una equivocación del médico y que puede ser por factores adicionales a su actuar, es decir, es resultado de varios sucesos que ocurren sin que haya un responsable único. Existen errores excusables e inexcusables. (S. B. Fernández Cantón, 2016)

A los pacientes les gustaría recibir una explicación clara y comprensible de lo que ocurrió; desean saber los motivos, quienes estuvieron involucrados, el punto donde se perdió el control, quien será responsable por los daños y que sucederá después; y por supuesto saber cómo se podrían evitar estos daños en el futuro; esto porque es relevante recordar que el golpe de los errores médicos resulta múltiple, no únicamente de carácter médico-clínicos, también psicológicos y físicos, por supuesto económicos y hasta legales. Siempre el usuario va a resentir las repercusiones en mayor o menor medida en diferentes aspectos de su vida, por lo que buscan ser escuchados y escuchar que los médicos admitieron su error con arrepentimiento y también con empatía. Esto muchas veces logra disminuir la culpa en el médico y enmienda la relación y confianza entre el médico y su paciente. La falta de información detallada y la ausencia de una disculpa aumentan la posibilidad de llevarlo a un litigio.

Una vez cometido el error, lo más importante es comunicarlo lo antes posible. El médico debe acercarse al paciente o a la familia y hablarlo. Debe tomar en cuenta el nivel sociocultural y las circunstancias de los pacientes y de sus familias, debe comprender las razones que influyeron en el error, dejar claro si el error fue o no involuntario, ser sincero y empático, ofrecer disculpas, aclarar con honestidad las dudas y procurar que todo esto suceda en un lugar apropiado y sin interrupciones (Muracciole, 2015) Aunque muchas veces esto no sucede, es un gran paso para evitar llegar hasta la queja. Pero cuando esto no se lleva a cabo y el paciente ha sido dañado de alguna manera, siempre tendrá argumentos para llegar al proceso de demanda.

Una vez teniendo claro que si existen razones para entablar una queja, hay algunas preguntas más que debemos conocer bien:

1. **¿De quién se puede quejar?** De cualquier prestador de servicios de salud, es decir, de quien haya atendido en instituciones públicas o privadas, con quienes hubiera tenido algún conflicto o irregularidad en la actuación médica.
2. **¿Ante que institución se presentan las quejas?** En primera instancia ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

3. **¿Cómo se puede presentar una queja en CONAMED?** Puede ser de dos formas: una de manera presencial y la otra por correo postal. Para el resto de la República Mexicana existen las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico donde se reciben también las quejas..

4.2 Vulnerabilidad

El término vulnerabilidad es un concepto que emana del latín y que se forma de tres partes claramente diferenciadas: 1. El sustantivo *vulnus*, que se traduce como “herida”; 2. La partícula *-abilis*, que equivale a “que puede”; y 3. El sufijo *-dad*, que indica “cualidad”. Lo cual nos da como resultado: “La cualidad que tiene alguien para poder ser herido”. (Julián & María, 2013) Y además es una característica del ser humano desde una perspectiva antropológica pero éste término se ha ido asociando con el paso del tiempo con las condiciones del individuo y del medio donde se desarrolla.

Es así que existen dos vulnerabilidades: la humana que se refiere a la fragilidad propia de la biología del ser humano y la vulnerabilidad socio-política que se refiere al entorno social, es decir al grupo al que pertenece, al género, al medio, a su condición socio económica, cultura y ambiente. (Feito, 2007) El sufrimiento, la enfermedad y la muerte son las principales manifestaciones de la vulnerabilidad humana, de nuestra debilidad, de nuestra impotencia como seres humanos.

En el mundo se comienza a hablar de vulnerabilidad en salud no solo por la capacidad del ser humano de enfermar y con ello poner en riesgo la vida, sino también por la falta de protección a personas con las que se llevaba a cabo investigación científica, como lo demuestran los informes de abusos cometidos con los prisioneros con quienes realizaban experimentos biomédicos durante la segunda guerra mundial. De allí surgen a la luz grandes atrocidades cometidas en pro de la segregación racial y protección de la raza aria por parte de Hitler y la complicidad de su colectivo sanitario. (Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y Comportamental, 2003)

Como suele suceder con los grandes momentos de la historia de la humanidad, esta tragedia sirvió de peldaño para la construcción y definición de códigos de conducta ética. Desde 1979 en el Informe Belmont la protección de sujetos humanos a investigación, se ha atribuido a la vulnerabilidad un papel mucho más importante en las investigaciones médicas, en la atención a la salud y en la bioética. (Solbakk, 2011)

En el informe Belmont se manejan tres principios fundamentales que resultan relevantes para la investigación en humanos y estos son: respeto, beneficio y justicia. Y dentro del respeto se incorpora la autonomía del ser, dentro del beneficio se encuentra la caridad y en la justicia la equidad. (Comision Nacional para la protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y Comportamental, 2003)

El 19 de octubre de 2005 la conferencia general de la UNESCO aprobó la “Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos”, la cual integra en su artículo 8 el “respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal”, que al texto dice: “Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos”. (Observatorio de bioética UCV, 2019) y el artículo 24 habla sobre que no solo los seres humanos en su individualidad pueden ser vulnerables sino también los grupos, las comunidades y las familias.

En el prólogo de ésta declaración se hace referencia a las circunstancias en las que estas familias, grupos o comunidades son susceptibles a ser vulnerables. Estas circunstancias son por:

- Enfermedad
- Discapacidad
- Condiciones ambientales
- Recursos limitados
- Otras circunstancias personales.

En el ámbito de la salud, los términos “vulnerabilidad” y “vulnerable” se utilizan para referirse a la susceptibilidad biológica de los individuos. Según el Centro Colaborador de

la Organización Panamericana de la Salud, Bireme, en sus bases de datos para la actualización de términos vinculados con las ciencias de la salud, vulnerabilidad la definen como:

Vulnerabilidad - Vulnerable
1. Grado de susceptibilidad o de riesgo a que está expuesta una población a sufrir daños por un desastre natural.
2. Relación existente entre la intensidad del daño resultante y la magnitud de una amenaza, evento adverso o accidente.
3. Probabilidad de una determinada comunidad o área geográfica de ser afectada por una amenaza o riesgo potencial de desastre, establecida a partir de estudios técnicos.
BIREME, Centro Colaborador de la Organización Panamericana de la Salud

Fuente: BIREME, Centro Colaborador de la OPS

“La vulnerabilidad quiere expresar las probabilidades de enfermarse o no enfermarse relacionadas con cada individuo que vive en cierto conjunto de condiciones” (OPS, 2021), es decir, es la expresión básica y universal de la condición humana que apela a la protección de la vida. (Solbakk, 2011)

PERSONAS VULNERABLES

EJEMPLOS DE PERSONAS, POBLACIONES O COMUNIDADES CONSIDERADAS PARTICULARMENTE VULNERABLES				
INFORME BELMONT	DECLARACIÓN DE HELSINKI	CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE CIENCIAS MÉDICAS (CICOMS, por sus siglas en Ingles)		
Minorías raciales	Personas incapaces de otorgar o negar su consentimiento	Personas incapaces de dar su consentimiento	Personas pobres	Nómades
Los economicamente desfavorecidos	personas suceptibles de coerción o influencia indebida	Niños Y Ancianos	Desempleados	Prisioneros
Los muy enfermos	Poblaciones o comunidades que no obtendrán beneficios directos de su participación	Miembros de menor rango o subordinados en un grupo jerárquico	Pacientes en salas de emergencia	Personas refugiadas o desplazadas
Los institucionalizados	Pacientes bajo investigación médica en combinación con la atención médica	Residentes de hogares de ancianos	Grupos etnicos y raciales minoritarios	Pacientes con enfermedades incurables
		Miembros de comunidades no familiarizadas con los conceptos médicos modernos	Personas sin hogar	Personas sin poder politico

Fuente:(Solbakk, 2011)

Personas o poblaciones que en ese momento no se encuentran en posesión de sus derechos humanos fundamentales como el de la salud y que necesitan protección y cuidado adicional. La vulnerabilidad en el ámbito de la salud se refiere a la desprotección de personas, grupos o comunidades a servicios que procuren una atención médica de calidad.

4.3 Vulnerabilidad del paciente

Para la Organización Mundial de la Salud, “enfermedad” está definida como “la alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, por causas conocidas y manifestadas por síntomas y signos específicos, y cuya evolución es más o menos previsible”. Son muchos los factores externos e internos que afectan la salud y que son promotores de disfunciones en el cuerpo humano y que logran provocar alguna enfermedad.

Factores internos: Alteraciones genéticas, del desarrollo embrionario, del crecimiento del ser humano, psicoemocionales y el envejecimiento.

Factores externos: Estilo de vida, alimentación y nutrición, entorno social y medio ambiente o accidentes traumáticos. (Moreno-Leiva et al., 2019)

Por lo tanto la enfermedad resulta ser una limitante en la vida de las personas, trunca el devenir de la vida; así el dolor, el malestar, la incomodidad que generan en el cuerpo humano, lo que hace que los pacientes sean tomados como frágiles, vulnerables ante los sistemas de salud a los que se presentan cuando se encuentran en condiciones de enfermedad. La vulnerabilidad no solo se refiere a la parte biológica sino también a la interacción con las personas.

La persona enferma es un sujeto susceptible que sufre alguna falla o deficiencia en el funcionamiento de su cuerpo lo que lo coloca en una posición de desventaja o indefensión e incluso la puede colocar aun en un punto de daño mayor por el avance de la enfermedad

y la falta de atención a esta. Es un sujeto que por esa condición ya se encuentra en desventaja. (Feito, 2007)

Atender, solucionar, curar, resolver es lo que el paciente requerirá para dejar de ser vulnerable, desde la interdisciplinariedad médica surgen alternativas de solución de esos trastornos de salud, que no solo son procesos bioquímicos y fisiológicos, sino también es el proceso cognitivo de las distintas profesiones o especialidades médicas que intervienen, es decir, el enfermo necesita un tratamiento para resolver su patología, por ello busca que el profesional aplique los conocimientos científicos de la práctica médica e intente proteger a los vulnerables de las patologías que les coartan su integridad. Otra forma de decirlo es que el enfermo es una persona que sufre la pérdida del bienestar ya sea de forma física, psíquica y social y que busca ayuda médica expresando su alteración simultánea en el ámbito psico-físico, cultural y social. (Rivero Montes, 2016)

Existe una idea de que cuanto más vulnerables son las personas, más confían en el médico debido a su mayor necesidad de apoyo y atención, es decir, la confianza es el resultado de un proceso psicológico de búsqueda de atención, apoyo o solución en un estado de ansiedad y desesperación (Plomp & Ballast, 2010)

4.4 Vulnerabilidad del médico

Parece curioso cuando descubrimos que cuidar y curar son términos que van de la mano frente a los cambios o alteraciones del cuerpo en donde las funciones vitales se encuentran alteradas y debe estar un profesional buscando la forma de remediar el mal, a partir de sus conocimientos, su sensibilidad, su actuar y su responsabilidad para resolver, minimizar o curar lo que esté ocurriendo al paciente. (Feito, 2007)

Establecer una relación interpersonal “paciente-médico” debe ser basada en la comprensión de que, en cada una de las posiciones que ambos ocupan existe vulnerabilidad, riesgo, incertidumbre; pero que confiar uno en el otro producirá empatía, certeza y seguridad para solucionar el mal.

El papel que el médico juega ante cada paciente que llega a solicitar ayuda es también vulnerable, no solo por ser un ser humano como todos, sino por la carga de responsabilidad que la sociedad ha depositado en él, en su profesión. El médico puede sentir angustia, miedo, incertidumbre, fragilidad ante casos en los que no está seguro poder resolver. La carga moral que trae consigo la profesión médica obliga a los profesionales a justificar sus actos ante las fallas, a buscar la manera de no asumir las consecuencias para no decepcionar al gremio al que pertenece.

Sobrepasar el respeto a la autonomía del paciente, trasgredir sus deseos en función de su mejoría pero sin su autorización; mal entender el concepto de beneficencia o sobrepasarlo; ponen al médico en una situación de alta vulnerabilidad ante el paciente, ante sus autoridades, ante la institución y ante sus pares; lo que le podría traer graves consecuencias ante una mala práctica médica.

La posición paternalista en la que se ha situado siempre el ejercicio de la medicina en nuestra cultura pero mucho más en nuestro país, ha hecho que la carga de responsabilidad para los médicos, enfermeras y demás personal de salud sea muy pesada y de difícil manejo. El temor a ser vulnerables los ha llevado a ejercer una medicina fría e impersonal.

Sin embargo, existe otra forma de ver la vulnerabilidad del médico frente a los pacientes. Ésta se basa en un estudio realizado en Noruega con 12 médicos con quienes se pretendía comprobar que dicha vulnerabilidad podía ser también una fortaleza. El estudio a través de sesiones grupales y entrevistas trajo como resultado que los médicos si se pueden identificar con los pacientes y su problema de salud de alguna manera, es decir, se permiten ellos mismos vivir, sentir o manifestar su propia vulnerabilidad, lo que les hace comprender con mayor facilidad lo que el paciente está sintiendo. Mostrarse desde ese lugar les permite ofrecer una mejor ayuda, mas dirigida, o más detallada quizá que subsane los males del enfermo. Luego entonces se puede decir que la susceptibilidad del médico puede llegar a desarrollarle la capacidad de comprender mejor al paciente. Al comportarse con honestidad en determinadas situaciones generará que el médico integre

otros elementos básicos de mejor entendimiento en la relación con el paciente. Si se usa con cuidado y precaución generara confianza. (Malterud *et al.*, 2009)

El impacto y las consecuencias que sufre el médico como segundo perjudicado del error médico son muchas; iniciando por la aparición del sentimiento de culpa, los cambios en su estado de ánimo, la carga moral, la pérdida de confianza que perciben algunos pacientes al conocer sobre la demanda en la que se encuentra inmerso, los gastos económicos, las implicaciones por negarse a aceptar su error y por transferir la responsabilidad, y más allá, las consecuencias futuras para su desarrollo profesional, particularmente si la queja se promovió ante instituciones de impartición y/o procuración de justicia.(S. B. Fernández Cantón, 2016)

Ante todos los riesgos que hoy implica ejercer la medicina y ante el grado de vulnerabilidad en el que se encuentran frente a una sociedad exigente, demandante, informada y pretenciosa, los médicos ejercen en la actualidad un tipo de medicina complicada y no ética que es la medicina defensiva.

Esta medicina defensiva es un ejercicio médico, es decir, es un conjunto de conductas desarrolladas por los médicos para protegerse y evitar demandas y que consisten en seleccionar sus casos y rechazar los que considera de riesgo, solicitar múltiples estudios, muchas veces innecesarios, recopila evidencias de más para su diagnóstico y tratamiento. Realiza intervenciones quirúrgicas preventivas no necesarias o no hace las que si son necesarias pero complicadas para evitar involucrarse en posibles dificultades que le generen quejas de sus pacientes, de las familias y hasta un posible litigio. (Fuente-Del-Campo & Rios-Ruíz, 2018)

Al solicitar exámenes de más el médico se auto protege para evitarse problemas, pero esta conducta es inadecuada y al mismo tiempo refleja su deficiente preparación o su falta de actualización y su poca formación ética y moral. Este proceder afecta tanto a comunidades como a individuos.

4.5 La vulnerabilidad desde la bioética

La vulnerabilidad se puede observar como parte del origen de la ética, ya que representa el sufrimiento humano ante la fragilidad y esto genera un sentimiento de empatía, de protección, de cuidado, de hacer el bien, las cuales son las bases de los principios de la bioética, aunque en la actualidad la insistencia sea fomentar la autonomía y la racionalidad; lo que deja de lado, ese otro ámbito que es el ver por los otros y encaminarse según los sentimientos ligándonos con las demás personas.

La fragilidad y vulnerabilidad hacen que ejerzamos preocupación por el sujeto que sufre, por el indefenso; pero aun no hace falta hacernos responsables del “extraño moral” de ese otro que es dañado por su propio cuerpo y por sus circunstancias. Tendríamos que hacernos conscientes de que la naturaleza del ser humano, nuestra biología, nuestro entorno, nos puede llevar en cualquier momento a ocupar el lugar de quien en este momento es el sujeto vulnerable y que sufre. No podemos olvidar la fragilidad del ser humano, la compasión que debe existir por el otro y por supuesto la solidaridad que nos pueden llevar a una mejor condición moral como sociedad. (Feito, 2007)

El doctor Ricardo Paez en su artículo “La vulnerabilidad social en la bioética”, nos explica con claridad que “La vulnerabilidad en bioética suele ser atendida desde la individualidad del sujeto y de sus propias condiciones, sin embargo ese individuo existe en una sociedad, en un entorno que también es vulnerable y que se convierte en una condición social como lo es la salud pública que parte de los determinantes sociales de la salud y que son esos factores de los que hemos hablado y que hacen a los grupos sociales ubicarse en una situación de vulnerabilidad. Estos grupos son aquellos que sufren un riesgo mayor, una carga más pesada de enfermedad debido a la susceptibilidad que generan sus condiciones socioeconómicas, ambientales y de acceso a la salud”.

La beneficencia, la no maleficencia y la autonomía tienen que ver con relaciones dependientes a su situación y entorno social que no son elegidos por los integrantes de las sociedades o grupos, lo que los orilla a un estatus de vulnerables, aunque no sea por propia elección y ejercicio de su autonomía. Sea o no justo, así sucede. (Páez Moreno, 2017)

Debemos recordar que la vida es inter-dependencia, somos seres individualistas como entidad pero somos abiertos, precisamos relaciones y vínculos de forma constante a lo largo de la vida. Tampoco debemos olvidar que, la Bioética nació con la intención de dar una voz a los que no la tenían, surge como sostén de la vida de los más vulnerables, de quienes no tenían herramientas para defender sus derechos a la salud, para quienes estaban siendo utilizados en experimentos en supuesto beneficio de la ciencia. Otra parte de la formación de la Bioética es el interés por la defensa del ambiente, de los seres vivos que nos acompañan quienes gracias al desarrollo tecnológico también se han convertido en vulnerables.

Nuestra reflexión bioética debe ir encaminada a fomentar la idea de que todo paciente es vulnerable y necesitado de cuidado, por lo que el médico debe ofrecer ese cuidado, a pesar de que ya no pueda curarlo. Curar es cuidar y viceversa. Toda persona tiene dignidad y valor que no solo se reduce a su condición física o a sus enfermedades, su vida “vale”, a pesar de lo que es o no para su entorno, su grupo o la sociedad en su conjunto. (Varela Luca, Chiuminatto Pablo, Grau Arturo, 2019)

4.6 Que hacer - La queja médica

Es claro que la obligación de las instituciones de salud y de los médicos es brindar la mejor atención posible, sin embargo si esa atención proporcionada no es la adecuada o llegara a ocasionar algún daño al paciente, surgirá ahí la responsabilidad profesional de responder por lo hecho, esto obliga a responder civil, administrativa o penalmente de acuerdo con las leyes e instancias correspondientes.

A partir del derecho a la protección de la salud plasmado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el Gobierno ha ido dando paso a las diferentes acciones para proteger y fortalecer la salud en nuestro país y una de tantas acciones es buscar mecanismos de retroalimentación; uno de ellos es la atención a la “Queja”.

Antes de continuar vayamos al *Diccionario* de María Moliner y veamos que la palabra queja significa: Protesta, lamento reproche, clamor, mostrar disgusto por algo o alguien que produce disconformidad. (Moliner, 2002) Quien manifiesta su reclamo recibe

generalmente el calificativo de quejoso. Por lo tanto en el terreno que nos ocupa que es la medicina, un paciente inconforme tiene la posibilidad de presentar su reclamo o queja a través de mecanismos judiciales y no judiciales.

Como lo hemos comentado, la atención a la salud se ve desde tres enfoques: el del paciente, el de médico y el de la institución prestadora del servicio; en este escenario complejo, el funcionamiento complicado de los centros de atención médica, genera inconformidades que terminan en una queja del paciente en contra del médico, del personal de salud incluso del hospital o institución.

Esa complejidad de la atención médica en nuestro país ha generado sistemas muy robustos con procesos que en algún punto se complican se vuelven factibles para la generación de un error; (esto adicionalmente a las capacidades, habilidades y conocimientos propios del médico); justo la queja es el momento de insatisfacción o de injusticia o de anormalidad en alguna parte de esos procesos, con uno o varios profesionales de la salud o servidores administrativos.

Este recurso se establece para llamar la atención de aquellos que puedan solucionar o corregir lo sucedido, sin embargo, existen varios mecanismos más que pueden llevarse a cabo para detener esa queja, según sean las circunstancias del evento. Por lo pronto se debe comenzar por identificar el origen, sus causas y a los involucrados.(Meljem Moctezuma *et al.*, 2010)

Durante mucho tiempo fue la Comisión Nacional de Derechos Humanos quien atendió estos reclamos pero con la instauración en 1996 de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), esto se modificó. La CONAMED se creó como un órgano especializado en conciliar las controversias entre médicos e instituciones y pacientes a través de análisis detallados de los diferentes casos para confirmar si el acto médico se llevó a cabo según los procedimientos oficiales o no.

En 25 años la CONAMED ha ido creando “Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias” que son métodos alternos a las vías judiciales y que conceden a ambas

partes la oportunidad de ejercer su derecho y de establecer su propia solución pacífica entre los pacientes y los prestadores de servicios médicos. Estos usuarios deben contar con la posibilidad de recibir un trato adecuado imparcial, gratuito y oportuno y al mismo tiempo un proceso equitativo, expedito y transparente. (Muñoz Hernández, 2016)

El *Diccionario jurídico de arbitraje médico* señala que queja médica es la “Petición a través de la cual una persona física por su propio interés o en defensa del derecho de un tercero, solicita la intervención de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico para resolver su controversia”.(Gómez-Fröde *et al.*, 2019)

Los diferentes mecanismos son también denominados “medios de Justicia Alternativa” y cuentan con varias ventajas en comparación con los procesos judiciales. Son protocolos ágiles, económicos, con objetividad, más humanos y dignos. Algunos de estos mecanismos son según el orden: La negociación, la mediación, la conciliación y el arbitraje que veremos con más detalle páginas más adelante. (Bustamante Leija *et al.*, 2012)

Una queja o controversia de atención médica se considera objeto preciado ya que sirve para mejorar la calidad y eficientar los servicios médicos convirtiéndose en el llamado a fomentar un servicio que de satisfacción a los usuarios de estos servicios. (Hernández-Torres *et al.*, 2009) En varios países han adaptado su legislación, y han creado un Ombudsman de la salud, que es quien atiende y da curso a las quejas para así evitar la judicialización de los asuntos como el caso norteamericano. En México como le hemos dicho, para eso se creó la CONAMED.

La atención que se le da a la queja es de gran importancia, ya que la información que se genera a partir de analizar lo sucedido permite crear conocimiento que de otra forma no se podría tener y, por supuesto, contribuye a la mejora de la atención en todos los aspectos y niveles. Estos instrumentos terminan siendo de gran utilidad por la información que emana, por la obtención de la causa-raíz de los sucesos que están provocando faltas, errores o malas atenciones y que siempre permitirán ser corregidas.

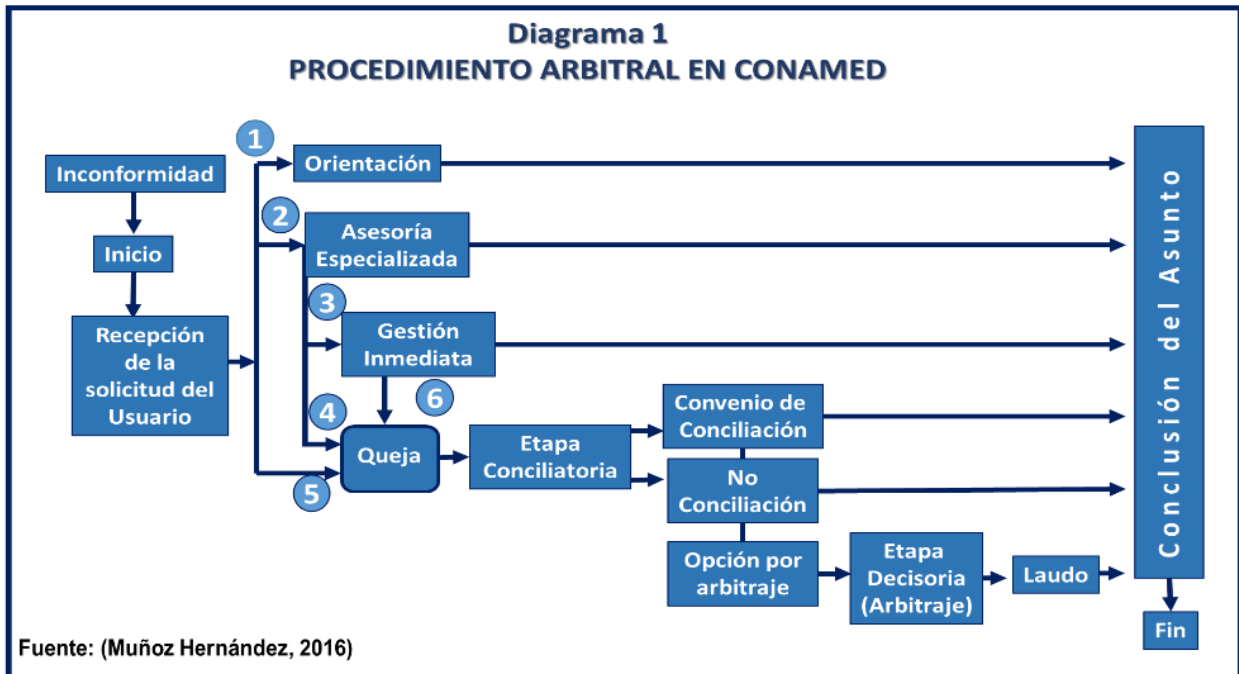
4.7 A dónde acudir

Existen diferentes instancias civiles, penales y administrativas donde puede un individuo interponer una inconformidad sobre un mal acto médico ya sea por parte del personal o de alguna institución médica, estos son: CONAMED, Ministerios Públicos, Comisión Nacional de Derechos Humanos y Juzgados Civiles, sin embargo, no en todas estas instancias se procede de la misma manera, es decir, interponer queja en Derechos Humanos traerá como resultado la emisión únicamente de una recomendación para el prestador del servicio, no una conciliación entre las partes; en el ministerio público, se revisa si existiera o no la comisión de un delito que puede ser homicidio o lesiones, pero en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico existen los Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias que permitirán solucionar el conflicto. (Diagrama1)

Cuando se tiene claro que se desea presentar una queja, lo más importante es contar con la información necesaria de que hacer, a donde acudir, que documentos se deben presentar y cuáles son los tiempos aproximados de los diferentes procesos.

Lo recomendable es:

1. Acudir personalmente a las oficinas de la CONAMED o de las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico de la ciudad de residencia.
2. A través de formatos oficiales relatar los hechos, es decir, escribir el motivo de la queja estableciendo el cuándo, cómo y dónde sucedieron los hechos, de quién te quejas y qué es lo que se solicita al prestador del servicio de salud.
3. Registrar nombre completo, el domicilio para notificaciones, el correo electrónico y los números de teléfono tanto del quejoso como del prestador del servicio de salud.
4. Anexar copia de la identificación oficial vigente con fotografía y firma del paciente.
5. Entregar copia de los documentos que sirvan para acreditar lo sucedido, que sustenten tu queja y que estén relacionados con el caso. (Carnet de citas, notas médicas, recetas, hojas de alta, resultados de estudios, resumen clínico, resultados de exámenes de laboratorio, etc.) (*Comisión Nacional de Arbitraje Médico, n.d.*)



CAPITULO V INSTANCIAS PARA PRESENTAR QUEJAS

Como lo hemos mencionado el médico tiene responsabilidad moral y responsabilidad social y debe responder ante ellas. En el momento en que su actuar lo lleve a cometer un hecho que se considere como un delito por producir un daño que lesione bienes tutelados, deberá responder legalmente, ya sea en el ámbito civil, penal o administrativo.

En el ámbito penal, si se le encuentra culpable se le impondrá una pena o medida de seguridad como la privación de la libertad o hasta la suspensión de forma temporal o definitiva del ejercicio profesional según lo considere el juez. En el ámbito civil se busca reparar el daño si esto resulta posible o pagar por los daños ocasionados. En el área administrativa el médico puede hacerse acreedor de una sanción, amonestación, suspensión e inhabilitación temporal o definitiva. (Ambrosio *et al.*, 2004)

Con relación a la responsabilidad profesional de los médicos, se pueden presentar opciones de índole no penal, es decir, una solución no jurisdiccional de carácter

administrativo como la CONAMED. En este organismo se trabaja con la llamada justicia alternativa que ofrece mecanismos de resolución a través de la mediación, la conciliación y el arbitraje. (Ambrosio *et al.*, 2004)

El arbitraje médico, da prioridad al análisis de los errores, compartiendo los resultados para prevenir su recurrencia al ponderar el actuar médico y las solicitudes del paciente más que buscar un culpable y declarar un ganador, buscan tratar de no agrandar las diferencias ya existentes, sino de acortarlas y conciliar.

Sin embargo revisaremos las diferentes entidades en las que según el caso se puede llegar a presentar una inconformidad del acto médico recibido.

5.1 Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)

Durante la administración del presidente Ernesto Zedillo Ponce de León, el 3 de junio de 1996 se creó esta Institución gubernamental, de carácter público, la cual ofrece mecanismos alternativos de solución de controversias entre pacientes y prestadores de servicios médicos del sector público o privado y colabora con autoridades de procuración e impartición de justicia y participa en la investigación, en el fomento a la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente. (Ríos Ruíz & Fuente del Campo, 2017)

Sus dos principales objetivos, siguiendo las funciones que marca su decreto de creación son:

1. Contribución a la solución de conflictos producidos en la prestación de servicios médicos.
2. Promoción en la mejora de calidad de los servicios de atención a la salud y en la seguridad del paciente.

A lo largo del país existen 28 Comisiones Estatales de Arbitraje Médico y son únicamente tres estados que no cuentan con una: Durango, Zacatecas, y Quintana Roo, por este motivo, las gestiones de estas entidades se concentran directamente en la CONAMED, en la Ciudad de México. (Ríos Ruíz & Fuente del Campo, 2017)

La CONAMED y las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, desempeñan un papel específico en la conciliación, funcionando como monitor del acto médico buscando resolver conflictos de forma imparcial y objetiva, frente a frente ya que dichos servicios otorgados por la Comisión son brindados por un equipo multidisciplinario de expertos en atender inconformidades y quejas en materia médica y jurídica.

El objetivo siempre será funcionar como la instancia de primera elección capaz de responder a la necesidad de la población respecto a la atención de cualquier controversia médica y por lo tanto generar y aportar conocimiento para mejorar la calidad de la atención médica y seguridad del paciente de forma permanente.

La CONAMED establece en su decreto de creación, la necesidad de la población de contar con mecanismos que, sin perjuicio de las instancias jurisdiccionales en la solución de conflictos, contribuyan a amparar el derecho a la protección de la salud y a mejorar la calidad en los servicios médicos. Para poder lograr tal objetivo, era necesario contar con un órgano al cual pudieran acudir los usuarios y prestadores de servicios médicos para esclarecer de forma amigable y de buena fe, posibles conflictos por la atención médica, con lo cual se contribuiría a evitar cargas de trabajo para los órganos jurisdiccionales, sin sustituirlos. (Federal, 1996)

El sistema de arbitraje médico mexicano contiene sistemas estandarizados y servicios que buscan responder eficazmente a las necesidades de nuestra sociedad con los cambios que el paso del tiempo va exigiendo. Es por esto que fortalecer el sistema arbitral es de gran importancia, es la clave para la resolución pacífica y alterna a la judicial, de los conflictos en el sistema de salud.

Las sociedades van teniendo vertiginosos cambios en el ámbito cultural, social o demográfico y por supuesto en el epidemiológico, lo que va permitiendo la transformación paulatina de los servicios de salud con todo y sus leyes, esto ha provocado evolución de los mecanismos de solución de controversias hacia opciones más reconciliadoras entre las personas y las relaciones paciente-médico.

La Dirección de Orientación y Gestión se encarga de recibir y tomar conocimiento de las quejas presentadas por la ciudadanía, otorgando orientación necesaria a los quejosos y llevar a cabo la gestión que proceda, ante los servicios de salud, para promover la solución del problema presentado, según sea el caso. La Dirección de Conciliación, que es el área que realiza el análisis del caso, es la que convoca al médico tratante y a quienes promovieron la queja para intentar establecer un acuerdo amistoso entre ellos, es frecuente que este arreglo lleve implícito el pagar alguna indemnización, condonar adeudos o el otorgar los servicios solicitados. En caso de no llegar a un acuerdo, el caso se turna a la Dirección General de Arbitraje, donde se emite el laudo correspondiente, con validez jurídica y se eleva a cosa juzgada.

5.2 Ministerio Público

El Ministerio Público mexicano tiene antecedentes diversos. El primer dato es que fue el promotor fiscal de la Colonia y continuo en el México Independiente; su trayectoria permite que hoy represente la huella de las instituciones coloniales que los insurgentes querían desarraigar, pero persistieron en el Derecho común y en la organización judicial. Cuando México logra su Independencia, se esforzó en construir instituciones políticas nuevas, pero quedó pendiente la recreación del orden jurídico ordinario.

El Ministerio Público Federal es el órgano acusador del Estado, es decir es la fiscalía. El Ministerio Público, funge como representante de la sociedad, y por ello monopoliza el ejercicio de la acción penal, pero siempre en nombre del Estado. Es común que sea considerado como la parte acusadora, de carácter público, encargada de exigir la actuación de la pretensión punitiva y de su resarcimiento, en el proceso penal. (República, 2018)

Es un organismo público del Poder Ejecutivo, que funge como la representación de los intereses de la sociedad dentro del Estado de Derecho democrático, a través del ejercicio de la investigación de los hechos que constituyan un delito, de proteger a los agraviados y testigos, y de dar sustento a la acción penal pública. También está

encargado de contribuir al establecimiento de los criterios de la política criminal o persecución penal con base en los principios orientadores del Derecho Penal.

Marco Legal del Ministerio Público de la Federación que marca su actuar

Sus atribuciones y facultades se encuentran descritas en el artículo 102 apartado A de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en el artículo 4 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República.

Organizado jerárquicamente, el Ministerio Público, federal o local, está encabezado por el Procurador General o Fiscal General o por los procuradores o fiscales en cada uno de los estados que conforman este país.

El Ministerio Público no solo es integrante de la Procuraduría General de la República y parte fundamental del Sistema de Justicia Penal Acusatorio; sino que la función ministerial debe ser comprendida desde el lugar que ocupa dentro del sistema de procuración de justicia. (República, 2018)

Ante esta instancia se presenta una denuncia ya sea por lesiones u homicidio y es el usuario el que debe presentarse a denunciar. Cuando una persona afecta tu integridad corporal y el daño es físico o mental, producido por ese acto y requiere tratamiento, curaciones o seguimiento médico o psicológico, entonces se puede presumir que fue afectado por el delito de lesiones. Por lo que se deberá acudir al ministerio público.

Se hará la descripción de la situación que generó las lesiones y se deberá solicitar que el personal médico o psicológico del ministerio público al que se acudió valore la condición. En los casos de lesiones simples se puede otorgar el perdón a la persona que supuestamente cometió el delito, ya que se trata de delitos que se persiguen por querrela. Esto implica que se pueda lograr un acuerdo reparatorio con base en los diversos Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal.

Cuando se presentan otros tipos de lesiones, estos delitos también pueden resolverse mediante la suspensión condicional del proceso (una alternativa al juicio oral) si el afectado

no se opone. Esto ocurre si existe la intención de reparar del daño y si se cumplen con las condiciones que impone el juez a la persona responsable. El afectado es citado a una audiencia cuando indique el juez de control. En su resolución, el juez de control fijará las condiciones bajo las cuales se suspende el proceso o se rechaza la solicitud y aceptará el plan de reparación propuesto por la persona imputada. El plan de reparación del daño es presentado por la persona investigada por el delito y en él propone acciones y plazos para cumplirlo.

Con base en el artículo 228 del Código Penal Federal, las sanciones para los delitos ya sean dolosos o culposos y que resulten consumados, pueden ir como suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o una suspensión definitiva en caso de que reincida. Esto con adición de la obligación de reparar el daño por sus actos y por los de sus auxiliares, cuando hayan actuado por sus instrucciones. O puede ser que se compruebe el acto y terminen en prisión. (México Stiftung Naumann, 2021)

El Código Penal Federal en los artículos 228, 229 y 230 habla de la responsabilidad profesional, y establece como sanción adicional a algún delito cometido, la suspensión temporal o definitiva del ejercicio profesional y contempla delitos concretos de la práctica médica, como el de abandono de tratamiento o retención de paciente, recién nacido o cadáver.

5.3 Comisión Nacional de Derechos Humanos

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), es una institución oficial encargada de defender y promover los derechos fundamentales de las personas, fue creada en 1990 por el entonces presidente de la República el Carlos Salinas de Gortari, con el objetivo de promover y vigilar que las instituciones gubernamentales cumplieran con sus obligaciones de defender y respetar los derechos humanos.

Originalmente la CNDH fue creada como parte integral de la Secretaría de Gobernación, pero posteriormente fue transformada en “agencia descentralizada” a través de una reforma constitucional en 1992, la cual le otorgó personalidad jurídica propia. Es en 1999

que se vuelve totalmente autónoma por otra reforma constitucional que le brindó independencia total del Poder Ejecutivo.

Con el paso del tiempo el presupuesto de la CNDH ha crecido de forma sostenida desde su autonomía y aunado a un personal de más de 1.000 empleados, hoy es una de las comisiones de más grandes del mundo. Como fue mencionada, su función es velar que las instituciones del Estado garanticen un recurso efectivo a los afectados cuando se incurre en abusos y que reformen políticas y prácticas que permiten violaciones de los derechos humanos de las personas.

Las reclamaciones ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos pueden presentarse a través de la queja y la impugnación como recursos.

Recurso de Queja: Se presenta cuando:

- Existen omisiones en que incurre un Organismo Local de Derechos Humanos durante el proceso de una queja presuntamente violatoria de derechos humanos y que hubiera causado perjuicio grave a quien se ha quejado.
- Existe falta de acciones por parte del Organismo Local de Derechos Humanos durante el proceso de atención de una queja con presunción de violación de derechos humanos.

Queja Aceptada: Para que la queja sea aceptada deberá cumplir con lo siguiente:

- Que sea interpuesta ante la CNDH
- Que este suscrita por la persona o personas quejasas
- Que contenga la expresión de los hechos atribuibles al organismo local del que se queja
- Que se presente por escrito ante la CNDH

Posteriormente, la Comisión exhortará al Organismo Local a presentar un informe del caso incluyendo constancias y fundamentos que justifiquen su conducta, todo esto será analizado para emitir una resolución que puede llegar a ser:

- ✓ **Recomendación** al Organismo correspondiente para que subsane la inactividad recurrida.

- ✓ **Acuerdo de no responsabilidad** dirigido al Organismo cuando los agravios estimados por el quejoso sean falsos o infundados.
- ✓ **Acuerdo de atracción** cuando se considere que la queja es un asunto importante y el Organismo tarda mucho en emitir su recomendación.

Recurso de Impugnación: Este recurso se utiliza cuando el quejoso considera que no ha sido reparado debidamente la violación denunciada o considera no satisfactoria la recomendación emitida por el Organismo de Derechos Humanos.

Impugnación Aceptada: Para que la impugnación sea aceptada debe contar con lo siguiente:

- Que sea interpuesta ante la CNDH
- Que sea inscrita por la persona afectada
- Que se presente en un plazo de 30 días naturales con base en la notificación del acuerdo de conclusión
- Que se presente por escrito y con una descripción concreta, el fundamento y las pruebas documentales.

Las resoluciones de la Comisión respecto de los recursos de impugnación pueden ser:

- ✓ Confirmación de la resolución definitiva del Organismo de Derechos Humanos.
- ✓ Modificación de la propia recomendación, en ese caso formulará, a su vez, otra Recomendación al Organismo.
- ✓ Declaración de suficiencia por el cumplimiento a la recomendación formulada
- ✓ Declaración de insuficiencia por cumplimiento de la recomendación por parte de la autoridad local

5.4 Juzgados civiles

Los juzgados civiles tienen origen con la Ley Orgánica de los Tribunales del Fuero Común de la Ciudad de México y territorios Federales de 1969 con el ex presidente Gustavo Díaz Ordáz.

Los juzgados civiles del Poder Judicial de la Ciudad de México, tienen como principal función administrar la justicia en materia civil, familiar, mercantil y federal a través del conocimiento de lo sucedido y de lo que las partes exponen y con ello dictan las resoluciones respectivas. Buscan contribuir a la paz social a través de un sistema administrativo que logre impartir justicia expedita, imparcial, gratuita, transparente y confiable que garantice el derecho de los usuarios.

En esta instancia se levanta una demanda en la que comúnmente se solicita el reembolso, una indemnización por daños e incluso por daño moral y al final se emite una sentencia. Es decir, a estos juzgados civiles les corresponde conocer y resolver los recursos que se interpongan, las oposiciones de las partes a las excusas y algunos otros asuntos relacionados con el Reglamento Interior del Tribunal.

CAPITULO VI LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO (CONAMED)

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico es una instancia autónoma, con presupuesto propio y especializada en el arbitraje y conciliación médica que cuenta con la facultad de recibir quejas, averiguar irregularidades en la prestación de servicios médicos y a partir de un análisis profundo y detallado emitir opiniones, acuerdos y laudos, lo que permite solucionar conflictos a partir de una actuación imparcial, respetuosa y confiable a través de procedimientos alternativos que buscan resolver conflictos tales como: orientación, gestión inmediata, conciliación y arbitraje (Modelo Mexicano de Arbitraje Médico).

Algunas de sus principales funciones:

1. Ofrece asesoría y orientación especializada tanto a pacientes como a prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones.
2. Recibe, investiga y gestiona los asuntos que estén vinculados con alguna posible irregularidad o negativa en la prestación de servicios médicos, por parte de instituciones públicas

3. Recibe quejas con detalles y pruebas de los prestadores de servicios médicos y pacientes y realiza las diligencias correspondientes
4. Lleva a cabo la conciliación de conflictos que se dan por supuestos actos inapropiados u omisiones del servicio médico y de casos de negligencia con consecuencias sobre la salud del paciente
5. Actúa como árbitro y pronuncia laudos correspondientes a las partes que se someten al arbitraje
6. Emite opiniones sobre las quejas que conoce, interviene de oficio en alguna otra cuestión de interés general en la esfera médica
7. Comunica a las autoridades competentes, y a los colegios, academias, asociaciones o consejos médicos, así como a los diferentes comités de ética, la negativa de los prestadores de servicios a proporcionar información solicitada para el análisis de algún caso. (*Asismed-L Asistencia Medico Legal, 2017*)

El diccionario jurídico de arbitraje médico define al arbitraje como:

Arbitraje: Forma heterocompositiva (intervención de un tercero ajeno e imparcial) para la solución de controversias. Las partes voluntariamente deciden someterse a un árbitro quien resolverá el litigio a través de emitir un laudo arbitral. Existen dos tipos de juicios arbitrales: de estricto derecho y en conciencia o equidad. También se clasifican en civiles, comerciales, mercantiles, marítimos; promovidos ante instituciones públicas.

Arbitraje en estricto derecho: Procedimiento que busca llegar a un acuerdo en una controversia que sucede entre un usuario y un prestador de servicios médicos, CONAMED resuelve de acuerdo con las reglas del derecho, atendiendo a los puntos debidamente probados por las partes.

Arbitraje en conciencia: Procedimiento para solucionar una controversia entre un usuario y un prestador del servicio médico, donde la CONAMED soluciona la controversia en equidad con base en los principios científicos y éticos de la práctica médica. (Gómez-Fröde et al., 2019)

Compromiso arbitral: Convenio establecido por partes capaces y en pleno uso de sus derechos civiles por el cual designan a la CONAMED para usar su proceso arbitral;

aceptando las reglas del reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas. (Arbitraje, 2018) Entre las partes no debe haber conflicto de interés emocional, afectivo, de creencias, ideología, de cultura y por supuesto económico.

Cuando un sujeto ha decidido presentar una queja, está aceptando conciliar con el médico o institución a quien reclama, por lo tanto deberá estar claro de que estará dispuesto a establecer un acuerdo que resuelva el conflicto. También debe tomar en cuenta que los profesionales de CONAMED son imparciales. Lo que quiere decir que no lo defenderán a él ni al médico, sino que ofrecerán la conciliación entre ambos para que juntos logren firmar convenio que deje al quejoso satisfecho.

Para la resolución de controversias, el marco legal se basa en el Código Civil Federal, por cuanto trata de aspectos civiles, a la Ley General de Salud y sus disposiciones, a la Ley Reglamentaria del artículo 5° Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en la Ciudad de México y en los diversos principios científicos, éticos y bioéticos que orientan la práctica médica. En cuanto a los plazos de resolución se llevan a cabo en promedio en 6 meses.

6.1 Inconformidades y quejas de los pacientes en contra de los médicos.

La queja médica es una solicitud que presenta persona física por su propio interés o en busca de defensa del derecho de un tercero, que busca la intervención de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico con la intención de llegar a una solución, cuando se le nieguen servicios médicos obligatorios o exista alguna irregularidad en su prestación; siempre y cuando sean de naturaleza civil o de atención médica. (Comisión Nacional de Arbitraje Médico, n.d.)

Cuando la queja busque tramitar medios preparatorios para un juicio civil o mercantil o busque obtener pruebas para iniciar un procedimiento judicial no podrá ser interpuesta en la CONAMED y en caso de no aceptarla se orienta al quejoso para que acuda a la instancia correspondiente. Si acaso la queja no estuviera completa, fuera imprecisa, o ambigua se

requiere al usuario para que aclare o complete la información y pueda continuar con el proceso. (Arbitraje, 2018)

El proceso de la queja tiene diferentes momentos de atención como lo hemos visto ya en el diagrama correspondiente.

Una vez interpuesta la queja, CONAMED ofrece varios mecanismos de solución al problema que se manifiesta en la queja. Estos mecanismos, permitirán a las partes poder ejercer su derecho a construir su particular solución al conflicto, reservando el proceso jurisdiccional como último recurso.

Estos mecanismos están compuestos por varias fases:

1. La negociación donde a través de la confrontación las partes tratan de solucionar el conflicto sin la intervención de un tercero
2. La mediación, proceso en donde ya interviene un tercero (mediador, facilitador del diálogo) aceptado por ambas partes, que es neutral e imparcial y cuya función debe ser la creación de un ambiente de confianza para la exposición del problema, refieran sus intereses y realicen su mejor esfuerzo para encontrar y construir una solución ellos mismos.
3. La conciliación, proceso en el que las partes optan por un tercero neutral e imparcial (conciliador, re iniciador del diálogo), que pueda sugerir opciones para la solución, las cuales sean evaluadas por ambos y, de considerarlas adecuadas, puedan ser acordadas libremente.
4. El arbitraje, proceso mediante el cual las partes establecen que un tercero neutral e imparcial (árbitro) dicte la mejor o adecuada resolución al conflicto, que resulta ser obligatoria para ambas y ejecutable judicialmente en caso de incumplimiento voluntariamente (Bustamante Leija et al., 2012).

Habiendo otros espacios donde levantar una queja, el lugar adecuado para esto es la CONAMED por las siguientes razones:

Es gratuito, confidencial, imparcial, recibirán un trato con igualdad, respeto y equidad, los procesos se manejan con bajo los principios de integridad, agilidad, y transparencia. Intentarán siempre que el médico y el paciente replanteen el caso y de buena fe resuelvan su conflicto. Aun cuando se opte por la conciliación y el arbitraje, el pleito judicial se evitará y se promoverá el diálogo siempre. Algo muy importante es que atender la queja será siempre de forma personalizada y estará a cargo de expertos y personal calificado en materia médica y jurídica.

En el caso de que el prestador del servicio médico no acepte someterse al proceso arbitral, la Comisión procurará mantener a salvo los derechos del afectado para que los ejerza en la vía que considere pertinente. Pero si acepta, deberá contestar el escrito con la información requerida para su análisis.

El conjunto de expertos conciliadores llamarán a las partes para que aporten las pruebas pertinentes que acrediten sus afirmaciones y busquen resolver la controversia por voluntad de ambas partes a través la transacción, desistimiento de la acción o finiquito correspondiente pero buscando siempre la protección de la salud de los usuarios.

6.2 Laudos arbitrales

Un laudo es la declaración por medio de la cual la CONAMED resuelve, con base en derecho o en conciencia, las cuestiones sometidas a su conocimiento por las partes.

De acuerdo con el *Diccionario jurídico de arbitraje médico*, un laudo arbitral es una resolución de carácter definitivo que pone fin al litigio médico entre usuario y prestador del servicio médico. Comparte los requisitos de forma de una sentencia judicial como son el Proemio, Resultandos, Considerandos y Puntos resolutivos. Contiene los argumentos y las conclusiones, resultado de la confrontación entre las pretensiones, las resistencias y las pruebas rendidas a la luz de lo dispuesto en las normas aplicables al conflicto. En el estudio resulta imprescindible interpretar la *lex artis* y la deontología médica y sus repercusiones jurídicas, atendiendo siempre a las circunstancias de modo, tiempo y lugar de cada caso. La parte final del laudo o resolutive determina si es absuelto o se condena a la parte demandada. (Gómez-Fröde et al., 2019)

Un laudo soluciona cuestiones civiles y establece siempre haberse pronunciado legalmente, con conocimiento de causa, a través de intervención legítima de la CONAMED y en los términos solicitados por las partes, atendiendo al compromiso arbitral.

Los laudos se dictan y se mandan a notificar en un lapso de treinta días posteriores a la citación. En caso de que el evento contara con un expediente voluminoso, la CONAMED, podrá disfrutar de un término ampliado de treinta días más para emitir el laudo. (Arbitraje, 2018)

Los laudos contienen lugar, fecha, nombre de los responsables de su emisión, nombres de ambas partes, el carácter o personalidad con que accedieron al procedimiento y el objeto de la controversia, y siempre tienen carácter de definitivos. Por lo que deben dictarse y mandarse notificar quince días después de la resolución.

6.3 Recurso de amparo

El criterio para determinar si existe o no mala praxis en un acto médico, como lo hemos mencionado, se define mediante la celebración de plenos o sesiones en las que médicos y abogados se reúnen para discutir los casos que son sometidos a arbitraje.

Intentar convencer a las partes de que la resolución es justa y sobre todo apegada a los principios de la *lex artis* resulta ser una tarea compleja, ya que ambas partes, incluso la que perdió, logren aceptar y comprender porque sus pretensiones no prosperaron o sus excepciones resultaron inútiles es complicado y no siempre se logra, por eso una vez que han recibido las notificaciones legales del laudo emitido, las partes gozan, según la Ley de Amparo de 15 días hábiles para promover juicio de amparo, siempre y cuando consideren que sus derechos fundamentales han sido violentados (Gómez-Fröde, 2018).

6.4 Dictámenes médicos Institucionales

Es un informe técnico derivado del análisis de un acto médico cuyo objetivo es ilustrar a las autoridades peticionarias respecto de la existencia o no de mala práctica, con base en la evidencia presentada, conforme a los hechos y las pruebas sometidas a su consideración, así como al leal saber y entender de la CONAMED.

Los dictámenes periciales son instrumentos necesarios para orientar al juzgador en la toma de decisiones correctas en alguna materia que escapa del conocimiento medio. El juzgador, conserva la facultad de decidir sobre la aplicación de ese dictamen en la medida en que lo convenzan los argumentos y conclusiones.

El informe pericial de la CONAMED, es de carácter institucional, emitido no por un simple perito y no entraña la resolución de controversia alguna; es la apreciación técnica del acto médico, al leal saber y entender de la Comisión, según las evidencias presentadas por la autoridad que lo pide. Por lo tanto recibe la denominación de “dictamen médico institucional” porque se atribuye a una institución y no a una persona física (perito) y se emite a solicitud de una autoridad.

6.5 Reparación del daño

A partir de 2011 el artículo primero de la Constitución Mexicana todas las autoridades a están obligadas a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, y por tanto también se les ordena que se les otorgue la protección más amplia. Es a partir de este artículo que encontramos fundamento del derecho a la reparación total o a una justa indemnización en el sistema constitucional mexicano.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos realizó respecto del derecho de reparación la siguiente interpretación: “El daño causado es el que determina la indemnización. Las reparaciones consisten en las medidas que tiende hacer desaparecer los efectos de las violaciones cometidas. Su naturaleza y su monto dependen del nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así

como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos. Las reparaciones no pueden implicar ni enriquecimiento ni empobrecimiento para el afectado o sus sucesores.” (Sinay & Espinosa, 2019)

En México, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación resolvió que obtener una indemnización integral es un derecho sustantivo que no debe restringirse innecesariamente, salvo en función de una finalidad constitucionalmente válida que persiga el bienestar general. En materia civil, afirmó que el derecho a una reparación integral es sinónimo del derecho a una justa indemnización. Dijo que las indemnizaciones serán consideradas justas cuando su cálculo se realice con base en el encuentro de dos principios: el de reparación integral del daño y el de individualización de la condena según las particularidades de cada caso.

Es por esto que una indemnización debe ser con base en la individualización tomando en cuenta lo siguiente:

1. La naturaleza y el tamaño de los daños causados: físicos, mentales o psicoemocionales.
2. La probabilidad de que el afectado se pueda rehabilitar
3. La frecuente pérdida de oportunidades: empleo, educación y prestaciones sociales
4. Los daños materiales, como lo son los ingresos
5. Los perjuicios inmateriales
6. Los gastos de ayuda jurídica o médica, la compra de medicamentos y diversos servicios médicos, psicológicos y sociales
7. El nivel de responsabilidad de las partes
8. La situación económica
9. Algunas características particulares más. (María & Fuentes, 2020)

Por otro lado, la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos puntualizó que la reparación del daño moral debe tomar en cuenta la pérdida sufrida en el patrimonio, en los sentimientos y emociones, en la vida privada y algunos otros elementos del ámbito moral tanto del afectado como de sus dependientes económicos, así como los gastos funerarios, los gastos del restablecimiento del estado de salud y otros más, que

cada caso determina y que son consecuencia directa e inmediata de la comisión de ese evento.

A lo largo del texto se ha comentado que, los profesionales de la salud pueden en cualquier momento incurrir en diversos tipos de responsabilidad y en el caso de la responsabilidad civil incluye también lo correspondiente a la reparación del daño:

En el artículo 1910 del Código Civil se señala que quien cause daño a otro, debe estar también obligado a repararlo, a menos que logre demostrar que el daño se produjo como consecuencia de culpa o negligencia inexcusable del afectado. (Zavala Villavicencio & Campos Castolo, 2012)(Gamboa Montejano & Valdés Robledo, 2015)

En el artículo 1915 se indica que la reparación equivale al restablecimiento de la situación anterior (en tanto sea posible) o en la remuneración de daños y perjuicios, lo cual será a elección del agraviado a menos de que el daño cause la muerte o incapacidad, entonces la reparación se determinará según la Ley Federal del Trabajo.

Sin embargo es importante aclarar que la reparación del daño no es solamente de manera material, sino también si existe el daño moral, el cual se define en el artículo 1916 como:

“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.”

Esto se presume cuando:

- Se vulnere ilegítimamente la libertad de las personas, o
- Se dañe ilegítimamente la integridad física o psíquica de las personas.

Desde la perspectiva bioeticista debemos hacer énfasis en que el médico es un agente moral y como tal es un profesional que tiene la capacidad de discernir entre el bien y el mal y así mismo de hacerse responsable de sus actos por lo que son sujetos de provocar daño moral a los pacientes. (Gamboa Montejano & Valdés Robledo, 2015)

CAPITULO VII RESULTADOS

En este apartado del documento es necesario recordar que los mexicanos tenemos el derecho constitucional a la salud pero ésta debe ser con calidad y respetando los principios éticos de esa profesión y dentro del marco legal que conlleva la responsabilidad profesional.

Los médicos son los responsables de ejercer su profesión con valores y principios en cualquier lugar, no debe haber diferencias de donde se ejerce, es decir, en el ámbito público o privado. Cuando esto no sucede y se cometen errores, las consecuencias legales (una muy pequeña parte) son las que aquí se examinaron.

De la información proporcionada por la CONAMED se revisaron y seleccionaron 271 documentos de quejas presentadas ante esta institución de varias ciudades de la República Mexicana y que son concentrados en la Ciudad de México bajo acuerdo de confidencialidad de 5 años, del 2016 al 2020.

De estos 271 expedientes de procedimientos arbitrales de los cuales, 122 se dictaron Laudos Condenatorios al profesional de la salud comprobando su mala práctica y los restantes 149 fueron laudos absolutorios. (Gráfico 1)

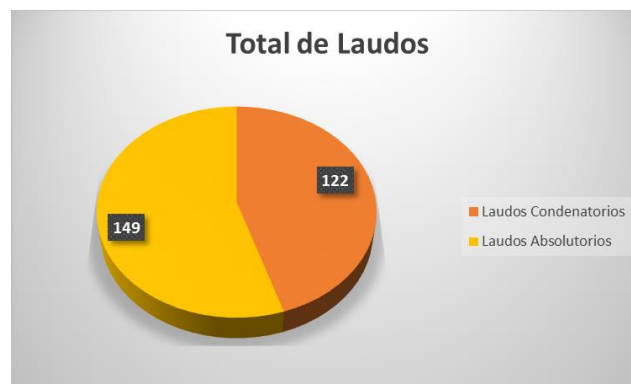


Gráfico 1 Gutiérrez R, 2022

Total de expedientes revisados

Absolutorio, es decir que a pesar de lo dicho por el demandante no se logró comprobar la mala práctica médica de acuerdo con los análisis de expertos en el área o especialidad y de lo señalado por las normas, leyes o guías que rigen la práctica médica en este país.

Las variables que se obtuvieron de cada uno de los expedientes son:

Número de Expediente, Año del proceso arbitral, Género y Edad del paciente, Tipo de Hospital, es decir, público o privado, Nombre del Hospital que está registrado pero por cuestiones de confidencialidad no será revelado, Ciudad y Estado de ubicación, Especialidad Médica de atención, Duración de la Atención, Tipo de Error, Tipo de Compensación que se le concede al paciente y el Monto Pagado. Es importante mencionar que 4 expedientes no contienen el monto a cubrir ya que se pide al demandado cubrir las piezas dentales necesarias sin establecer lo que esto pueda costar.

7.1 Las quejas presentadas y sometidas a arbitraje

Los casos fueron registrados con el año de inicio de la queja, aunque ese año no coincide con la fecha en la que se registró la resolución del laudo, o de cuando se concluyó el asunto en el sistema.

Los años de análisis contemplados en este documento se refieren a aquellos en que concluyeron o se dictaron los laudos definitivos. En este trabajo se pretende analizar los laudos de 5 años, de 2016 a 2020, aunque los casos concluidos en estos años iniciaron su proceso desde 2012. Fue necesario desglosar todos los casos desde el inicio de su presentación ante la CONAMED. (Gráfico 2)

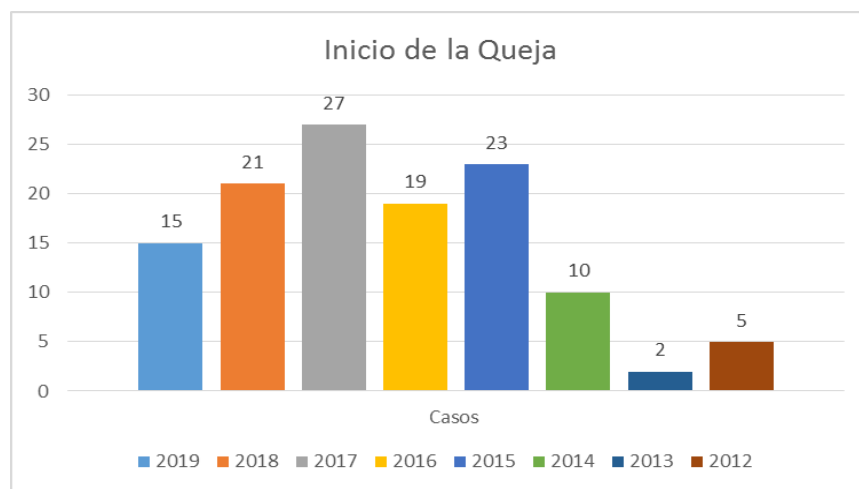


Gráfico 2 Gutiérrez R, 2022

Año en que se presentó la queja ante CONAMED

7.2 Edad de los pacientes de los casos de arbitraje

Se separó por edades de los quejosos y fueron ordenados por grupos específicos, es decir, los análisis quedaron establecidos en tres categorías: La niñez de los 0 a los 17 años, la adultez de los 18 a los 65 años y la vejez de los 66 en adelante. El grupo de la población mayormente afectada por la mala práctica médica se detectó entre las edades de 20 a 65 años. (Cuadro 1)

Grupos Etarios		
Grupo	Frecuencia	Porcentaje
NIÑEZ	10	8.2
ADULTEZ	94	77
VEJEZ	18	14.8
Total	122	100

Cuadro1. Gutiérrez R, 2022

Clasificación de los grupos etarios.

7.3 Proporción por género

Descubrir las diferencias por género de los quejosos constituyó una variable importante porque se podría pensar que no existe diferencia en estos casos ya que el servicio de atención médica es general, igual se atienden hombres y mujeres y la mala práctica puede suceder en cualquiera de ambos géneros, sin embargo si existe. En este análisis la diferencia entre ambos es considerable. Una tercera parte de las quejas es de varones y las dos terceras restantes son de mujeres. Evidentemente son ellas quienes más se quejan y quienes más casos condenatorios reportan. (Cuadro 2)

Proporción por género		
Género	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	78	63.9
MASCULINO	44	36.1
Total	122	100

Cuadro 2. Gutiérrez R, 2022

Porcentaje de quejas interpuestas por Hombres y Mujeres durante 5 años

7.4 Tipo de hospital de mayor incidencia

Se encontró que la mayor incidencia de casos comprobados de eventos adversos sucede en el ámbito privado, es decir, los hospitales privados abarcan 72% del total de los casos revisados en este estudio. Por lo tanto el restante 28% corresponde a los Hospitales del sector público. Lo anterior se debe a que tanto el IMSS como el ISSSTE tienen un sistema propio para la atención de las quejas por problemas de atención médica, a través de sus direcciones de atención y orientación al derechohabiente. Cuando el derechohabiente no está de acuerdo con la resolución institucional acude a la CONAMED donde tiene la facultad de inconformarse a través de sus procedimientos. (Cuadro 3)

Proporción de casos de error médico por Tipo de Hospital		
Tipo	Frecuencia	Porcentaje
PRIVADO	88	72.1
PÚBLICO	34	27.9
Total	122	100

Cuadro 3. Gutiérrez R, 2022
Quejas de Hospitales Públicos y Privados

7.5 Identificación de algunas quejas provenientes de Comisiones Estatales

Los resultados se presentan en cuatro gráficas diferentes. Una que corresponde la Comisión Estatal, una segunda que muestra los casos por ciudad sin incluir la Ciudad de México, una tercera que muestra los sucedidos en la Ciudad de México y que fueron identificados por alcaldía y una cuarta que representa al Estado de México y que está separada por municipio; esto con el fin de ubicar algunas de las ciudades de procedencia de los laudos condenatorios arbitrados por la CONAMED en estos 5 años.

El estado de San Luis Potosí reflejó un número alto de casos después de la Ciudad de México (71 casos) con 13 casos seguidos por el estado de Guanajuato con 11 casos. (Gráfico 3)



Gráfico 3. Gutiérrez R, 2022, Casos por Estado

Podemos identificar que los casos de San Luis Potosí están todos concentrados en una sola ciudad y no a lo largo del estado a diferencia de Guanajuato que sus 11 casos están distribuidos en 4 ciudades: Celaya, Guanajuato, Irapuato y León. (Gráfico 4)

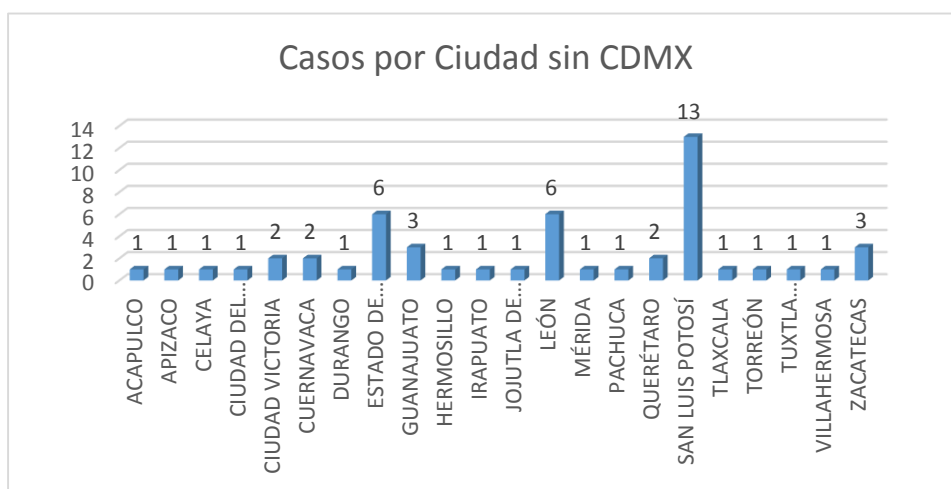


Gráfico 4 Gutiérrez R, 2022, Casos por ciudad sin la Ciudad de México

En la Ciudad de México los arbitrajes se concentraron en 12 de las 16 alcaldías que la conforman siendo Benito Juárez la de mayor número de casos con 13, seguida por Cuauhtémoc con 12 y Álvaro Obregón con 10, Miguel Hidalgo con 8. Coyoacán e

Iztapalapa coinciden con el mismo número 7 a pesar de tener una enorme diferencia en población (Iztapalapa 1'835,486 Millones, Coyoacán 614,447 Millones de habitantes. Información publicada en cuentame.inegi.gob.mx) (Gráfico 5)

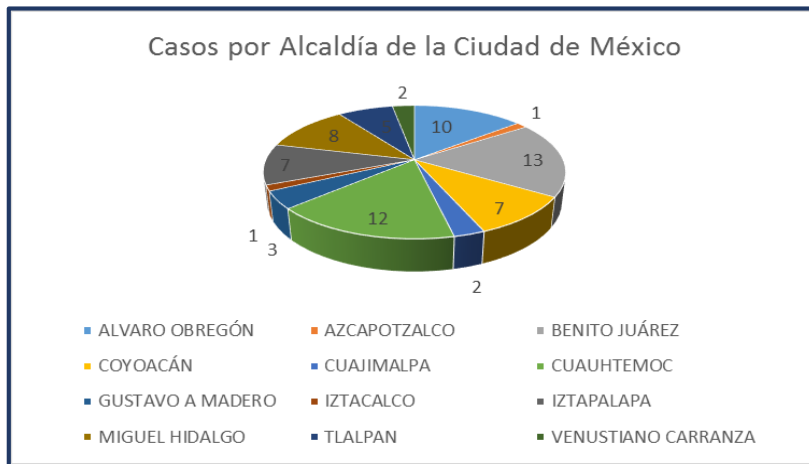


Gráfico 5 Gutiérrez R, 2022, Casos de la Ciudad de México separados por alcaldía

Los casos en el Estado de México también están distribuidos en 4 municipios y a pesar de ser la entidad de mayor población en la República Mexicana según el INEGI con 13 millones de mexicanos. Los procedimientos arbitrales durante 5 años no fueron más de 6. (Gráfico 6)

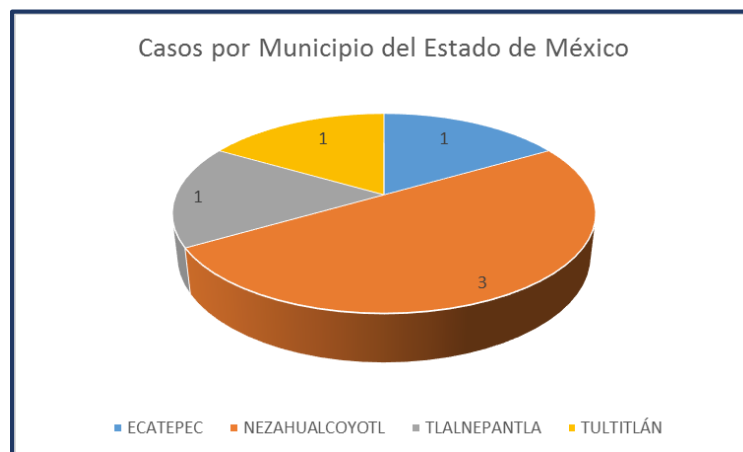


Gráfico 6 Gutiérrez R, 2022, Casos del Estado de México separados por municipio donde si hubo queja

7.6 Especialidades Médicas

Conocer las áreas médicas o especialidades en las que suceden estos hechos a través de estas gráficas nos revela la enorme diferencia que existe entre las especialidades

médicas y la odontología la cual es el área de la salud que presenta la mayoría de las quejas de mala práctica médica. La odontología es una especialidad de atención a la salud de la que se detecta un alto número de quejas. (Gráfico 7)

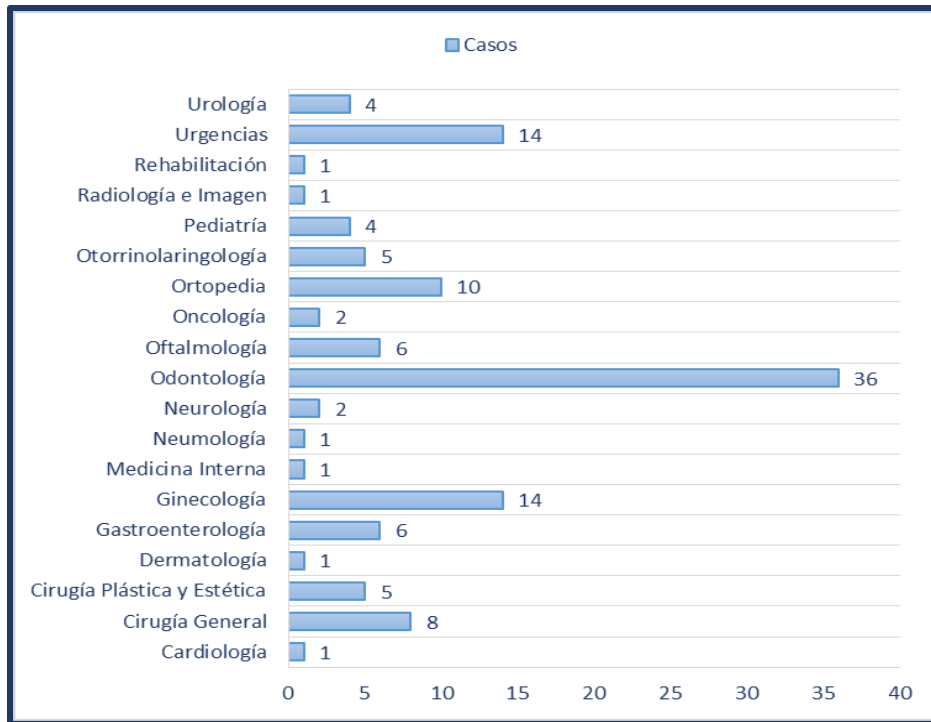


Gráfico 7 Gutiérrez R, 2022, Casos por especialidad médica

7.6.1 Especialidad y Género

El género femenino es el de mayor prevalencia en promoción de quejas como se mostró en el cuadro 2, sin embargo, veremos la distribución de género según la especialidad. Por ejemplo en Cardiología y Neumología los laudos emitidos fueron únicamente interpuestos por varones. En estas diferentes áreas: Gastroenterología, Oncología, Ortopedia y Urgencias la prevalencia es del 50% hombres y 50% mujeres. En las áreas de Cirugía General y Urología el índice más alto es de hombres en una proporción de 3 a 1. Las especialidades en las que las mujeres fueron las que entablaron procesos arbitrales en CONAMED son Dermatología, Ginecología, Neurología, Oftalmología y Pediatría. En el

caso de la Odontología el 61% fue interpuesto por mujeres y el 39% por hombres. (Gráfico 8)

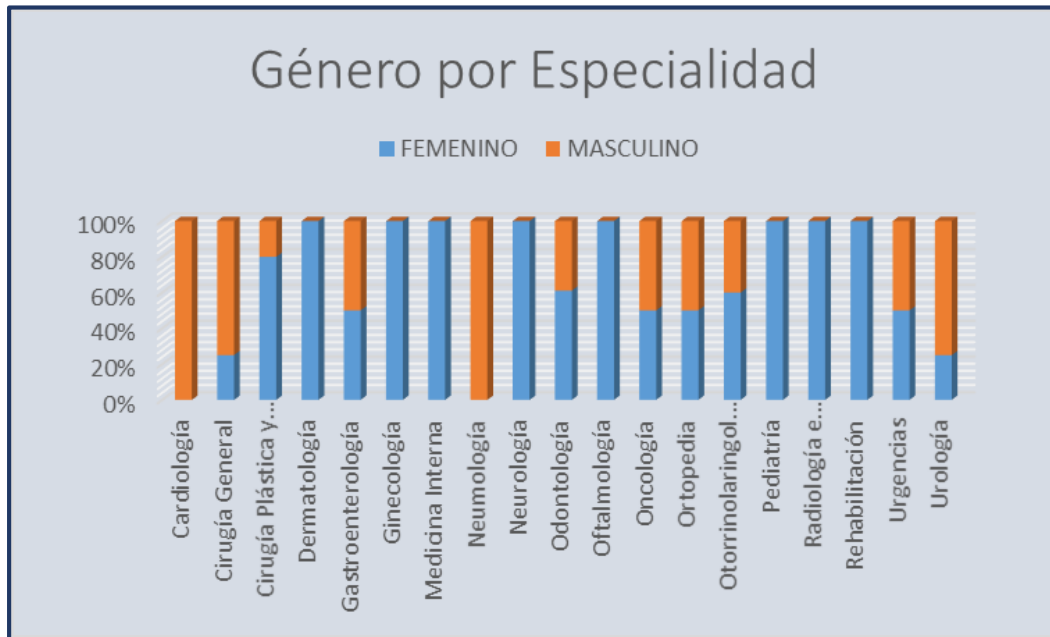


Gráfico 8. Gutiérrez R, 2022, Casos según el género y la especialidad

Tabla de contingencia ESPECIALIDAD * GÉNERO				
ESPECIALIDAD		GÉNERO		Total
		FEMENINO	MASCULINO	
CARDIOLOGÍA	Casos	0	1	1
	% dentro de la especialidad	0.00%	100.00%	100.00%
	% del total	0.00%	0.80%	0.80%
CIRUGÍA GENERAL	Casos	2	6	8
	% dentro de la especialidad	25.00%	75.00%	100.00%
	% del total	1.60%	4.90%	6.60%
CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	Casos	4	1	5
	% dentro de la especialidad	80.00%	20.00%	100.00%
	% del total	3.30%	0.80%	4.10%
DERMATOLOGÍA	Casos	1	0	1
	% dentro de la especialidad	100.00%	0.00%	100.00%
	% del total	0.80%	0.00%	0.80%
GASTROENTEROLOGÍA	Casos	3	3	6
	% dentro de la especialidad	50.00%	50.00%	100.00%
	% del total	2.50%	2.50%	4.90%
GINECOLOGÍA	Casos	14	0	14
	% dentro de la especialidad	100.00%	0.00%	100.00%
	% del total	11.50%	0.00%	11.50%
MEDICINA INTERNA	Casos	1	0	1
	% dentro de la especialidad	100.00%	0.00%	100.00%
	% del total	0.80%	0.00%	0.80%
NEUMOLOGÍA	Casos	0	1	1
	% dentro de la especialidad	0.00%	100.00%	100.00%
	% del total	0.00%	0.80%	0.80%
NEUROLOGÍA	Casos	2	0	2
	% dentro de la especialidad	100.00%	0.00%	100.00%
	% del total	1.60%	0.00%	1.60%
ODONTOLOGÍA	Casos	22	14	36
	% dentro de la especialidad	61.10%	38.90%	100.00%
	% del total	18.00%	11.50%	29.50%
OFTALMOLOGÍA	Casos	6	0	6
	% dentro de la especialidad	100.00%	0.00%	100.00%
	% del total	4.90%	0.00%	4.90%
ONCOLOGÍA	Casos	1	1	2
	% dentro de la especialidad	50.00%	50.00%	100.00%
	% del total	0.80%	0.80%	1.60%
ORTOPEDIA	Casos	5	5	10
	% dentro de la especialidad	50.00%	50.00%	100.00%
	% del total	4.10%	4.10%	8.20%
OTORRINOLARINGOLOGÍA	Casos	3	2	5
	% dentro de la especialidad	60.00%	40.00%	100.00%
	% del total	2.50%	1.60%	4.10%
PEDIATRÍA	Casos	4	0	4
	% dentro de la especialidad	100.00%	0.00%	100.00%
	% del total	3.30%	0.00%	3.30%
RADIOLOGÍA E IMAGEN	Casos	1	0	1
	% dentro de la especialidad	100.00%	0.00%	100.00%
	% del total	0.80%	0.00%	0.80%
REHABILITACIÓN	Casos	1	0	1
	% dentro de la especialidad	100.00%	0.00%	100.00%
	% del total	0.80%	0.00%	0.80%
URGENCIAS	Casos	7	7	14
	% dentro de la especialidad	50.00%	50.00%	100.00%
	% del total	5.70%	5.70%	11.50%
UROLOGÍA	Casos	1	3	4
	% dentro de la especialidad	25.00%	75.00%	100.00%
	% del total	0.80%	2.50%	3.30%
Total	Casos	78	44	122
	% dentro de la especialidad	63.90%	36.10%	100.00%
	% del total	63.90%	36.10%	100.00%

Tabla 1 Gutiérrez R, 2022, Tabla de Contingencia y especialidad

7.7 Tipo de error

La mala práctica se confirma con los análisis del caso que se realiza durante el proceso arbitral de la CONAMED. Estudiar, analizar cada una de las diferentes etapas de la atención médica con base en las normas oficiales y las guías de práctica clínica es lo que hace que se pueda o no comprobar el mal actuar del profesional de salud, sin embargo como lo hemos explicado existen diferentes tipos de mala práctica y en los laudos se explica cuál es ese error, es por ello que esta clasificación existe. Recordemos que la mala práctica puede ser por negligencia, impericia o dolo y es en estas tres clasificaciones que se establece el tipo de error cometido.

De todos los laudos condenatorios se revisó en cuantos hubo mala práctica con relación causal y cuantos sin relación causal por cada año de esta investigación. (Gráfico 9)

Resultado del análisis de laudos concluidos por mala práctica (condenatorio)		Resultado del análisis de laudos concluidos por mala práctica (condenatorio)	
Año 2016		Año 2017	
Daño permanente	9	Daño permanente	7
Daño temporal	10	Daño temporal	13
Muerte	4	Muerte	3
Sin daño físico	11	Sin daño físico	5
Total	34	Total	28

Resultado del análisis de laudos concluidos por mala práctica (condenatorio)		Resultado del análisis de laudos concluidos por mala práctica (condenatorio)	
Año 2018		Año 2019	
Daño permanente	6	Daño permanente	12
Daño temporal	9	Daño temporal	9
Muerte	5	Muerte	0
Sin daño físico	8	Sin daño físico	10
Total	28	Total	31

Resultado del análisis de laudos concluidos por mala práctica (condenatorio)	
Año 2020	
Daño permanente	2
Daño temporal	2
Muerte	3
Sin daño físico	4
Total	11

Gráfico 9. Gutiérrez R, 2022, Laudos concluidos que resultaron condenatorios por año

7.8 Compensación al paciente

Ante un evento de mala atención, los pacientes se sienten defraudados por lo que reclaman se les brinde esa atención que no fue lo que esperaban y que se les pueda resarcir mediante reembolso de gastos que tuvieron que realizar o que se les indemnice los daños ocasionado o que se les condone la deuda que habrían adquirido, pero que debido a esa mala atención no cubrirán más. Si bien la salud es un bien intangible al que no se le puede poner precio, si existen mecanismos con los cuales se puede llegar a calcular el monto que de alguna manera podría reparar el daño ocasionado por esa mala práctica médica. (Gráfico 10)

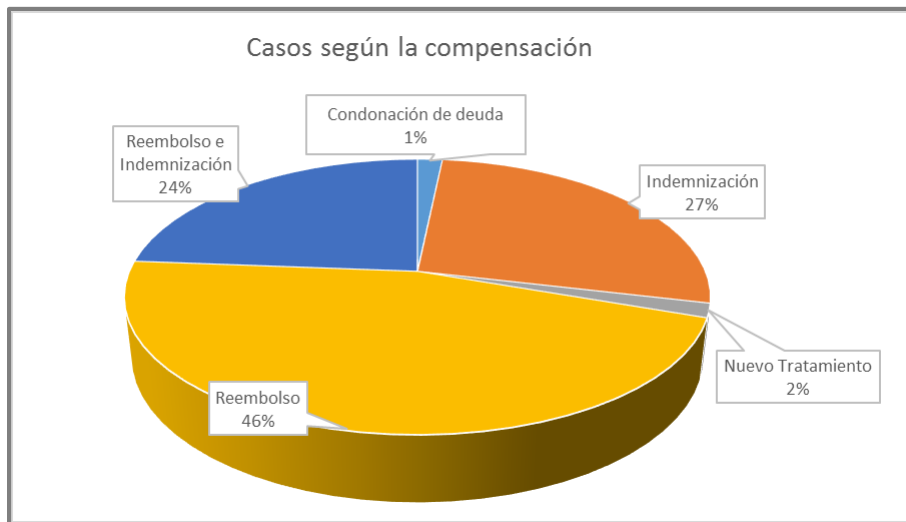


Gráfico 10. Gutiérrez R, 2022, Compensación que pidió el paciente según su caso.

7.9 Montos reclamados

Los montos pagados por estos 122 errores comprobados son muy variados según los casos y según lo que procede o no, es decir, si fue únicamente reembolso de lo erogado o si fuera indemnización que a pesar de ser menor el número de casos el monto es mayor.

El total erogado por las instituciones y por los responsables de la salud involucrados en 5 años fue de \$26,303,204.00 (veintiséis millones trescientos tres mil doscientos veinticuatro pesos) que habla del elevado costo de la mala práctica médica.

Esta cifra da como resultado de la suma de cada uno de los laudos condenatorios y de los montos que se estipula en cada uno de los laudos condenatorios y que se le condena a pagar al prestador del servicio médico al quejoso. (Gráfico 11)

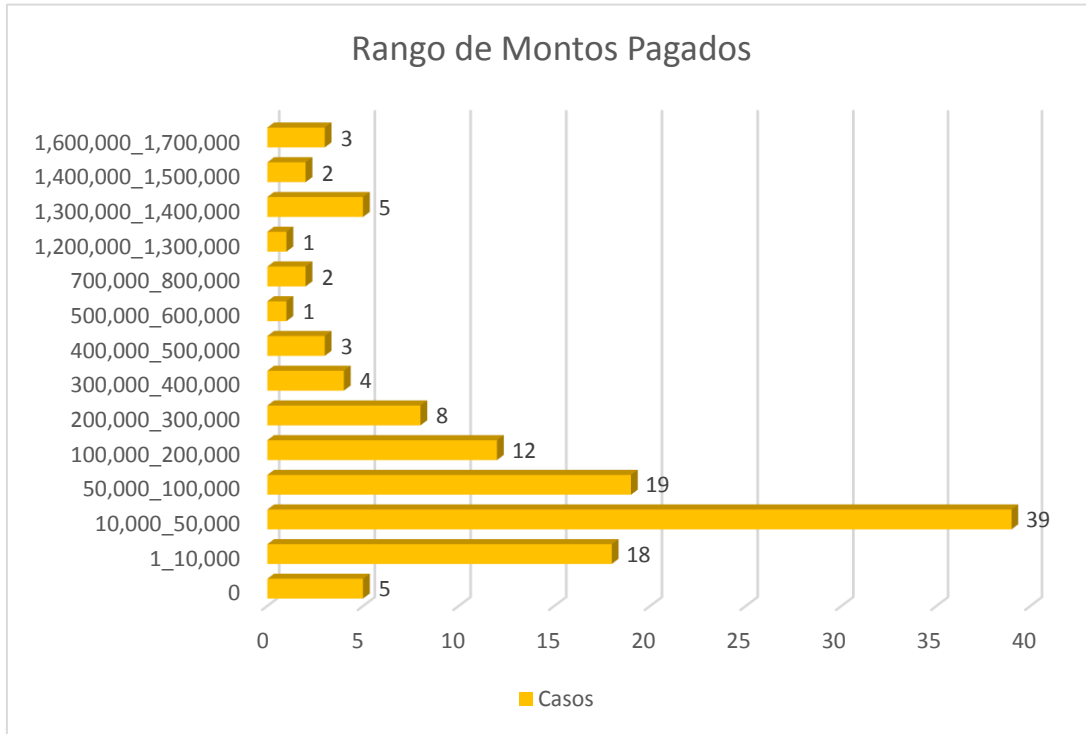


Gráfico 11 Gutiérrez R, 2022, Rango de monto que fueron pagados de acuerdo con cada caso

Estos números nos permiten visualizar el compromiso y la importancia de ejercer el derecho ante la CONAMED tanto de los pacientes como de los médicos. En éste caso estamos analizando los casos condenatorios pero, sería interesante también analizar los absolutorios que con pruebas constan que no se ha ejercido mala práctica médica a pesar de los dichos de los pacientes. Cuantas veces habrá parecido que se cometió un error y no fue así, lo que nos confirma nuevamente que la falibilidad del ser humano es preponderante

CAPITULO VIII DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La práctica de la medicina se basa en el principio *Primum non nocere*, el cual pide como objetivo primario no hacer daño, sin embargo, recordando los pilares de la bioética, los principios de esta práctica médica están sustentados en No maleficencia, Beneficencia, Autonomía y Justicia, sin embargo, los profesionales de la salud se equivocan, son humanos falibles como todos y cometen errores que pueden ser objeto de quejas o demandas factibles de llegar hasta la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Los errores se pueden analizar de acuerdo con el apego o desapego a las reglas (perspectiva deontológica) o por las consecuencias (perspectiva teleológica); en el primer tipo de análisis se estudian los desenlaces y en el segundo el proceso. Probablemente ninguno de los dos hace justicia a la complejidad del problema pero se suele recomendar que el médico se comprometa ante el paciente sólo con el proceso y no con los resultados.(Lifshitz, 2012)

En la relación médico-paciente debe existir una comunicación estrecha y una confianza de alto nivel para que entre los dos se pueda llevar a cabo el restablecimiento de la salud partiendo desde la ética. Ética que deben tener ambos en esta relación.

El manejo de esos errores a partir de los juicios sobre el actuar del profesional hace que no se quiera aceptar que los comete, primero como ser humano y en segundo lugar como profesionalista. La psicología cognitiva ha estudiado este tema al cual describe como un acto no intencional de omisión.

8.1 El paciente ¿También comete errores?

¿Dónde queda el papel del paciente en el compromiso de recuperar la salud? Existe también la comisión de errores por parte de los pacientes, ya sea por ignorancia sobre su padecimiento o por falta de comprensión de su diagnóstico; esto contribuye a la falta de mejoría. El paciente también es responsable de su propia salud y en muchos casos incluso son responsables de no seguir las indicaciones necesarias del tratamiento o de la medicación y con esto complicar la situación más de lo que estaba.

La seguridad del paciente se ha analizado desde las instituciones prestadoras de servicios, sin embargo desde el lado del paciente también existe compromiso por mantener esa seguridad a pesar de la vulnerabilidad en la que se encuentra por falta de salud.

8.2 Relación médico-paciente

Llegar al punto de levantar una queja ante la CONAMED es porque el acto médico tuvo resultados no esperados para el paciente, es decir, por la percepción de su atención médica, tanto así que en el análisis efectuado hubo más laudos arbitrales absolutorios (149). Hoy por hoy, la relación médico-paciente en las instituciones médicas está siendo diferente, existe desconfianza del paciente al médico por temor a recibir un mal diagnóstico, por temor a que se equivoque en los procedimientos o por creer que la información que circula en internet es más acertada que la que él diagnostique. También el médico tiene desconfianza del paciente por temor a que lo culpen, le reclamen injustificadamente, por lo que opta por apegarse a la medicina defensiva.

La comunicación entre ambos debe ser mucho más cercana y profunda para evitar esas desconfianzas, el médico al tomarse tiempo de explicar lo más claro posible el padecimiento del paciente generará esa confianza que tanto bien hace entre ambos. El número de quejas interpuestas por los pacientes sobre falta de información o explicación del médico, es muy alta, y ésta podría disminuir si solo se tomaran 15 minutos más para explicar o para preguntar si el paciente tiene dudas. Rechazar o aceptar su procedimiento a partir de la clara explicación haría una gran diferencia. Claro que eso dependería de que las instituciones de salud contaran con los recursos económicos y de personal suficientes para que los médicos puedan tomarse el tiempo de atenderlos

¿Y las Instituciones públicas y privadas están a la altura del sistema de salud que necesita este país? La infraestructura para los profesionales de la salud debe estar a la altura de las necesidades de la población para así contrarrestar las malas prácticas que también tienen que ver con el entorno donde se atiende a los pacientes, es decir, Hospitales, clínicas, consultorios bien equipados, con suficiente personal médico y administrativo,

capacitación constante, costos accesibles en el caso de la medicina privada, etc. Esto contribuye a minimizarán los errores y promoverán la buena práctica médica.

En un estudio hecho por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el 2017 sobre 92 Laudos del 2013, observaron que las especialidades de mayor incidencia son: Cirugía General con 22, Oftalmología con 8, Ortopedia con 6, Odontología con 5 y Obstetricia con 5. Comparando con las cifras de este estudio en el que analizamos 122 casos, 30 más que en el de la CNDH, las 5 especialidades de mayor índice fueron: Odontología con 36, Ginecología con 14, Urgencias Médicas con 14, Ortopedia con 10 y Cirugía General con 8 casos.

Los casos en los que las especialidades coincidieron en el mismo número de casos son: Neurología con 2 casos, Oncología con 2 y Radiología e Imagen con 1. En el resto de las especialidades las variaciones son diversas por lo que no puede haber una comparación.(Ríos Ruíz & Fuente del Campo, 2017)

Conclusiones

El error será siempre un acto no intencionado por el cual se obtiene un resultado no deseado y que es parte de la condición humana, pero en el ámbito de la medicina donde es preciso desarrollar el conocimiento y las habilidades físicas para comprender y manejar todas las funciones del cuerpo humano con todas sus enfermedades y deficiencias, es mucho más complejo analizarlo. Equivocarse no es una opción viable porque depende de ello la salud, el bienestar de otra persona, se tiene en las manos y en su conocimiento una vida, sin embargo suceden por naturaleza o por falta de pericia o preparación. La perfección no existe y la tolerancia y manejo de culpa deberían ser materias practicables en el mundo médico.

La base de la práctica médica sabiendo que los errores serán inevitables, debe ser ejerciéndola con profesionalismo, honestidad y ética. *“Primum non nocere”*, decía Hipócrates. Como agente moral, el médico debe tener presentes los cuatro pilares o principios básicos de la bioética: primeramente la Beneficencia, la No maleficencia, el

respeto a la Autonomía y la Justicia, y por supuesto la *lex artis* que tendría que ser la bandera con la que sus acciones sean construidas.

Los pacientes son personas vulnerables que por su condición enferma vuelven aún más frágiles de lo que es de por sí el ser humano, por lo tanto merecen atención oportuna y adecuada por parte de todos los involucrados en el servicio de salud; lo que ha llevado a las instituciones a establecer procesos organizacionales cada vez más complejos con el afán de incrementar la calidad de esa atención y de reducir cualquier tipo de falla, buscando siempre el desarrollo y crecimiento de la atención para la población mexicana.

México es un país que cuenta con un amplio marco jurídico que respalda el derecho a la salud y que permite ejercer la medicina con responsabilidad gracias a las regulaciones profesionales. Esto permite que cuando un acto médico no cumple con lo establecido en las leyes, normas y guías pueda ser analizado y castigado si fuera necesario. Para esto fue creada la Comisión Nacional de Arbitraje Médico bajo el marco jurídico que protege la salud de los mexicanos con el fin de resarcir el daño ocasionado por Negligencia, Impericia, Imprudencia o Dolo a través de la responsabilidad profesional que debe exigirse a los expertos de la salud en cumplimiento de todas las obligaciones a las que son sujetos por su actividad.

El instrumento que al día de hoy sirve para identificar estos errores y poderlos denunciar es la Queja, la cual puede presentarse en cuatro instancias diferentes pero la que ejerce el poder de conciliar y arbitrar la falta entre el profesional y el paciente es la CONAMED, institución que requiere suficientes recursos para llegar a más personas.

El deficiente sistema de salud, la falta de infraestructura, la insuficiencia de recursos, la limitada cobertura de servicios, los cortos tiempos de consulta médica y muchos otros inconvenientes han deteriorado los servicios de salud en nuestro país lo que conlleva que la atención del médico hacia el enfermo sea con deficiencias que posteriormente traerá como consecuencia una mala práctica médica. Incluso es relevante reconocer que hoy en día los médicos se centran en trabajar basados en la medicina defensiva a fin de evitar reclamos o malos entendidos y esto genera una atención médica costosa.

Antes de concluir es importante hacer una reflexión sobre el alto número de procedimientos arbitrales en contra de médicos dentistas. En el país existen más de 100

escuelas o universidades donde estudiar la carrera de médico Odontólogo y no todas cuentan con un adecuado plan de estudios que avalen la correcta capacitación de los estudiantes en la materia y quizá sea esa una de las grandes razones por las que el mayor número de laudos condenatorios sean en ésta área, además, no existe un proceso de certificación obligatorio para las especialidades odontológicas, como si lo hay en medicina. (Ley General de Salud, 2011; Acuerdo Del CONACEM, 2020) Habría que revisar las guías de práctica odontológica a fin de estandarizar los procedimientos en todas las instituciones educativas. Un reto importante sería incrementar la calidad de la enseñanza, promover la seguridad en el paciente y la calidad técnica y de conocimientos en cada una de las escuelas e institutos donde se imparte la carrera.

La gráfica nos muestra que las quejas arbitradas en la especialidad de odontología son principalmente en el ámbito privado y no así en el sector público. Lo que también responde la pregunta de investigación: ¿Existe una mayor prevalencia de errores médicos en el servicio de salud público que en el privado? La mayoría de los laudos correspondieron a malas prácticas del sector privado durante el periodo 2016-2020 en razón de la falta de las Instituciones de seguridad de llegar al arbitraje en el caso de una inconformidad de los derechohabientes. (Gráfico 12)

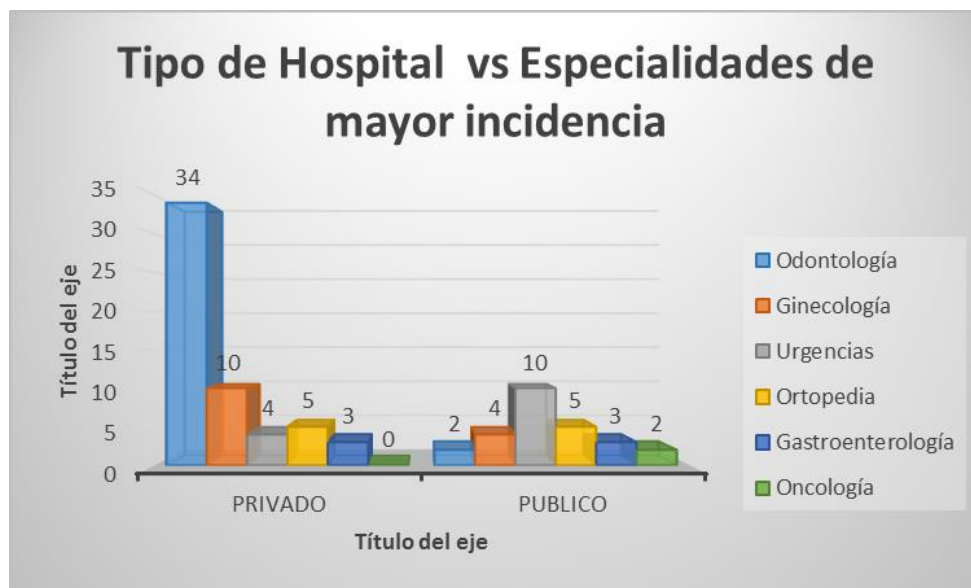


Gráfico 12 Gutiérrez R, 2022, Incidencia según el tipo de hospital o sector: Público o Privado

BIBLIOGRAFÍA

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2000). *20 Recomendaciones Para Ayudar a Prevenir Los Errores Médicos*. 1–4.
- Alvarado-Guevara, A. T., & Flores-Sandí, G. (2009). Errores médicos. *Acta Médica Costarricense*, 51(1), 16–23. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022009000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Ambrosio, M. M., Carrillo, F. L., & Gonzáles, M. B. (2004). LA RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO COMO SERVIDOR PÚBLICO EN MÉXICO María Teresa A. *Instituto de Investigaciones Jurídicas (UNAM)*, 497–532.
- Arbitraje, C. N. de. (2018). *REGLAMENTO DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCION DE QUEJAS MEDICAS Y GESTION PERICIAL DE LA COMISION NACIONAL DE ARBITRAJE MEDICO*. 1–25.
- Asismed-L *Asistencia medico legal*. (2017). ¿Qué Es y Cuales Son Las Funciones de La CONAMED? <https://www.asistenciamedicolegal.com/single-post/2017/03/27/-que-es-y-cuales-son-las-funciones-de-la-conamed>
- Beatriz, P. (2015, August 18). La paradoja del perfeccionismo. *El Mundo*, 159. <https://www.elmundo.es/salud/2015/08/18/55d2304246163f400c8b4598.html>
- Beatriz, S., & Cantón, F. (2016). El error médico como causa de muerte. *Reflexiones En Salud CONAMED - OPS*, 6, 1056–1057. http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin6/error_medico.pdf
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2011). Principios de Ética Biomédica. In *Bioética & debat: tribuna abierta del Institut Borja de Bioètica* (Vol. 17, Issue 64, pp. 17–19). http://www.raco.cat/index.php/BioeticaDebat_es/article/view/257101
- Bio, R. (2018). *Bioética : crítica al principialismo , Constitución Brasileña y principio de la dignidad humana*. 26(4), 494–505. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018264267>
- Bustamante Leija, L., Maldonado Camargo, V., González Anaya, C., & Gutiérrez-Vega, R. (2012). Mecanismos alternativos de solución de controversias en la prestación de servicios de salud. *Revista CONAMED*, 17(3), 126–129.
- Callaos, N. (2009). *El error Humano*. 378.
- Cámara de Diputados. (2022). Ley Federal del Trabajo. *Ley Federal Del Trabajo, Última ref*, 1–235.
- Ley General de Salud, 1 (2011).
- Carrasco, O. V. (2013). Aspectos Éticos Y Legales En El Acto Médico. *Revista Médica La Paz*, 19(2), 73–82.
- Casado Da Rocha, A. (n.d.). *Responsabilidad, principio de Antonio Casado da Rocha*. *Comisión Nacional de Arbitraje Médico*. (n.d.). <https://www.gob.mx/conamed>
- Comision Nacional para la protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y Comportamental. (2003). Informe Belmont Principios y guías éticos para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y Comportamental. *National Institutes of Health*, 12. [https://www.etsu.edu/irb/Belmont Report in Spanish.pdf](https://www.etsu.edu/irb/Belmont%20Report%20in%20Spanish.pdf)
- Dahl Rendtorff, J. (2020). Principios Éticos De La Bioética Y El Bioderecho Europeos: Autonomía, Dignidad, Integridad Y Vulnerabilidad 43* Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw: Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability Principes Éthiques De La Bioéthique Et Du B. *Revista Principia Iuris*, 17, 55–67. [file:///C:/Users/User/Downloads/2062-Texto del artículo-5851-2-10-20210630.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/2062-Texto%20del%20articulo-5851-2-10-20210630.pdf)
- De Reina, C. (1958). *La Santa Biblia, Antiguo y Nuevo Testamento. Antigua versión de Casiodoro de Reina (1569). ; 1958*. (Sociedades Bíblicas Unidas (Ed.)).
- De Santiago, M. (2014). Una Aproximación Al Pensamiento De Edmund D. Pellegrino (3). *Cuad Bioet*, XXV(1), 75–91.
- Estany Anna, Camps Victoria, I. M. (2012). *Por una filosofía del error*.
- Federal, P. E. (1996). *Decreto de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico como Organismo Público Descentralizado del Gobierno Federal*.
- Federal, P. E. (2021). *Código Penal Federal*.
- Feito, L. (2007). Vulnerability. *An. Sist. Sanit. Navar*, 30(3), 7–22. <https://doi.org/10.1353/hpu.2017.0080>
- Fernández Cantón, S. (2015). Los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente. *Boletín CONAMED-OPS*, 3–9.
- Fernández Cantón, S. B. (2016). El Acto Médico: Error y la mal praxis. *Boletín CONAMED-OPS*, 1–6. http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin5/acto_medico.pdf
- Fuente-Del-Campo, A., & Rios-Ruiz, A. (2018). El ejercicio de la Medicina y su entorno legal. *Cirugia Plastica Ibero-Latinoamericana*, 44(2), 123–130. <https://doi.org/10.4321/S0376-78922018000200002>
- Gamboa Montejano, C., & Valdés Robledo, S. (2015). RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES

- DE LA SALUD. Marco Teórico Conceptual, Marco Jurídico, Instruments Internacionales, Jurisprudencia (Primera Parte). *Dirección de Servicios de Investigación y Análisis. Subdirección de Análisis de Política Interior*, 1–77.
- García Solís, E. (2018). Error en medicina, una reflexión bioética. *Revista Conamed*, 23(1), 40–45. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83579%0Ahttps://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79580>
- Gómez-Fröde, C. X. (2018). *El cumplimiento de sentencias emitidas por el poder judicial federal en relación con los laudos arbitrales resueltos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*. 23, 141–151.
- Gómez-Fröde, C. X. (2021). Derecho a la Salud. In Editorial Libitum SRL de CV (Ed.), *Revista Derecho y Salud | Universidad Blas Pascal* (Issue 5). [https://doi.org/10.37767/2591-3476\(2020\)32](https://doi.org/10.37767/2591-3476(2020)32)
- Gómez-Fröde, C. X., Romero-Vilchis, M. E., Olivares-Villa, J., Meneses-Delgadillo, L. E., Hernández-Salinas Verónica, & Montiel-Núñez Alma Viridiana. (2019). *Diccionario Jurídico de Arbitraje Médico* (Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Ed.); 2019th ed., p. 86).
- Hernández-Torres, F., Aguilar-Romero, T., Santacruz-varela, J., Rodríguez-Martínez, A. I., & Fajardo-Dolci, G. E. (2009). Queja médica y calidad de la atención en salud. Medical complaint and quality of health care. *Conamed*, 14, 26–34.
- Julián, P. P., & María, M. (2013). *Definicion.de*. Definición de Vulnerabilidad. <https://definicion.de/vulnerabilidad/>
- Kemp P., & J., D. (2000). *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Law*. Instituto Borja de Bioética / Centre for Ethics and Law. <https://doi.org/10.2113/2602330>
- Lain Entralgo, P. (1964). La Relación Médico-Enfermo. Historia y Teoría. In Ediciones Castilla (Ed.), *Revista de Occidente* (Primera, Vol. 31).
- Lazcano, G. P. (2001). Responsabilidad penal culposa del médico: Fundamentos para el establecimiento de la negligencia o impericia. *Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal*, 6(2), 89–96. <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rldmml/v6-7n2-1/art10.pdf>
- Levinas, E. (2009). *Humanismo del otro hombre* (Sexta, Vol. 15, Issue 2). Siglo XXI editores.
- Lifshitz, A. (2010). El ejercicio Actual de la medicina. El significado actual de “Primum non nocere.” *Facultad de Medicina UNAM*. http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2002/ponencia_jul_2k2.html
- Lifshitz, A. (2012). *Los errores médicos*. 8. http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2004/ponencia_may_2k4.htm
- Malterud, K., Fredriksen, L., & Gjerde, M. H. (2009). When doctors experience their vulnerability as beneficial for the patients. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27(2), 85–90. <https://doi.org/10.1080/02813430802661811>
- María, G., & Fuentes, P. (2020). *Responsabilidad civil médica y la aplicación de los daños punitivos en México * / Civil medical liability and the application of punitive damages in Mexico*.
- Mariñelarena Jorge Luis. (2011). Responsabilidad profesional médica. *Boletín de Sanidad Militar*, 33(2), s160 s163.
- Martín A Makary, M. D. (2016). *Medical error—the third leading cause of death in the US*. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
- Meljem Moctezuma, J., Hernandez Valdez, B. L., García Saisó, S., Narro Lobo Joaquín R., & Fajardo Dolci, G. (2010). *La queja médica y los sistemas de salud*. 15, 181–187.
- México Stiftung Naumann, F. (2021). *Denuncias.org*. Proceso de Denuncia. <https://denuncia.org/proceso-de-denuncia/>
- Moliner, M. (2002). *DICCIONARIO DEL USO DEL ESPAÑOL* (GREDOS (Ed.); Segunda Ed).
- Moratalla, T., & Feyto, L. (2013). Bioética Narravita. In Escolar y Mayo (Ed.), *Bioética* (pp. 95–182).
- Moreno-Leiva, G. M., Álvarez-Zuñiga, M. Á., & Arias-Poblete, L. E. (2019). A complex perspective on the etiology of diseases. *Revista Facultad de Medicina*, 67(1), 97–102. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n1.64840>
- Muñoz Hernández, O. C. (2016). *CONSEJO DE ARBITRAJE MÉDICO 20 años de experiencia* (2016th ed.). Secretaria de Salud.
- Muracciole, B. (2015). Error en la Medicina y Bioética. *Revista Hospital de Niños Buenos Aires*, 57(256), 39–43.
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. (2001). *NCC MERP Index Medication error*. 1. <https://www.nccmerp.org/types-medication-errors>
- Observatorio de bioética UCV. (2019). *La UNESCO defiende el respeto de la vulnerabilidad humana y la*

- integridad personal*. <https://www.observatoriobioetica.org/>
- OPS. (2021). *Descriptorios en ciencias de la salud OPS*. https://decs.bvsalud.org/es/thms/resource/?id=34772&filter=thms_termall&q=vulnerabilidad#Concepts
- Páez Moreno, R. (2017). La vulnerabilidad social en la bioética. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 5, 1. <https://doi.org/10.14422/rib.i05.y2017.001>
- Peña, A. (2007). SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 12(seguridad en la atención del paciente), 11–14. <https://www.redalyc.org/pdf/473/47311958003.pdf>
- Plomp, H. N., & Ballast, N. (2010). Trust and vulnerability in doctor-patient relations in occupational health. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 60(4), 261–269. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq067>
- Potter, R. Van. (1971). *Bioethics bridge to the future*. Prentice-Hall.
- Ramos Dominguez, B. N. (2011). Control de calidad de la atención de salud. In *Educación Médica Superior* (Vol. 20, Issue 1).
- República, F. G. de la. (2018). *Día Nacional del Ministerio Público, reconocimiento a la vocación y compromiso con la justicia y el bien común*. Fiscalía General de La República Blog. <https://www.gob.mx/fgr/es/articulos/dia-nacional-del-ministerio-publico-reconocimiento-a-la-vocacion-y-compromiso-del-mpf-con-la-justicia-y-el-bien-comun?idiom=es>
- Ríos Ruíz, A. de los Á., & Fuente del Campo, A. (2017). *El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada* (Comisión Nacional de los Derechos Humanos (Ed.); Primera Ed). CNDH.
- Rivero Montes, T. (2016). El paciente y la narración del padecer: la experiencia de la atención. *Conamed*, 21(2), 94–98. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons162i.pdf>
- Rivero Serrano, O., & Durante Montiel, I. (2008). Ética En La Medicina Actual. *Gaceta Médica de México*, 144(4), 279–283.
- Robin, E. D. (2003). Juramento Hipocrático en nuestros días. *Plasticidad Cerebral, AC*, 2.
- Acuerdo del CONACEM, 3 Secretaria De Salud Mexico 1 (2020).
- Salud, O. M. de la. (2019). *Seguridad en el paciente*. Ginebra, Suiza. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Santamaría-Benhumea, N. H., Garduño Alanís, A., de la Rosa Parra, J. A., Santamaría-Benhumea, M., Rueda Villalpando, J. P., & Herrera Villalobos, J. E. (2014). Legal aspects of medical error in Mexico. *Revista CONAMED*, 19(1), 32–36. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4730769&info=resumen&idioma=SPA>
- Sierra abogados. (2022). *Conceptos Jurídicos*. C/ Pizarro, Nº 2, 1º Izquierda, CP 47006, Valladolid, España. <https://www.conceptosjuridicos.com/mx/negligencia-medical/>
- Sinay, J., & Espinosa, P. (2019). *El derecho a la reparación del daño en el Sistema Interamericano* (primera).
- Solbakk, J. H. (2011). Vulnerabilidad: ¿un principio fútil o útil en la ética de la asistencia sanitaria? *Revista Redbioética/UNESCO*, 1(3), 89–101.
- Souza, P., & Poirot, M. (2016). La perspectiva de la ética de las virtudes para la toma de decisiones médicas. *Revista de Bioética*. <https://doi.org/10.19083/978-612-318-030-0>
- Souza, W., Ribeiro Júnior, N., & Facury, I. C. T. (2020). El médico y el enfermo: paradigma de la vulnerabilidad en Emmanuel Levinas. *Revista Bioética*, 28(2), 212–218. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282382>
- Teris Quile, J. (2014). Medicina y Bioética: ¿qué significa ser un buen médico? *Revista de Bioética y Derecho*, 32, 104–115. <https://doi.org/10.4321/S1886-58872014000300010>
- Torrallba, F. (n.d.). *MÓDULO I Historia de la bioética ; Propuesta de principios europeos de bioética. 2000*, 1–8. http://www.rlillo.educsalud.cl/Capac_Etica_BecadosAPS/Principios europeos de la bioetica F Torrallba.pdf
- Unión, C. de D. del H. C. de la. (2021). Código Civil de México D.F. In *Diario Oficial de la federación*. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/2_110121.pdf
- Varela Luca, Chiuminatto Pablo, Grau Arturo, (Pontificia Universidad Católica de Chile). (2019, November). Vulnerabilidad, discapacidad y bioética: es tiempo de reflexionar. *Humanitas, Revista de Antropología*. <https://www.humanitas.cl/bioetica/vulnerabilidad-discapacidad-y-bioetica-es-tiempo-de-reflexionar>
- Viesca Treviño, C. (2009). La medicina: Conocimiento y significado. *Gaceta Médica de México*, 145(2), 167–169.
- Vítolo, F. (2016). Cultura de Seguridad. *Biblioteca Virtual NOBLE*, 2007, 1–13. <moz-extension://af9c8ffb-6ba6-4457-980e-9fee00c031c9/enhanced-reader.html?openApp&pdf=http%3A%2F%2Fbicsp.org%2Fwp->

content%2Fuploads%2F2017%2F12%2FCultura-de-Seguridad.VITOLOF.pdf%0Ahttps://www.youtube.com/watch?v=mAN3v1eS2a4

World Health Organization. (2010). A brief synopsis on patient safety. *WHO Europe*, 48. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/111507/E93833.pdf

World Health Organization. (2015). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). *Investigación En Salud - Aportes De La Academia*, 7, 66–73. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/cie10-cie11.pdf>

Zapater, F., Institut, E. A. P. M., De, C., & Barcelona, S. (2006). *Hasta aquí hemos llegado . Los límites de la medicina*. 21(1), 1–2.

Zavala Villavicencio, J. A., & Campos Castolo, E. M. (2012). *Recommendations for preventing medical error* ,. 17, 30–44.