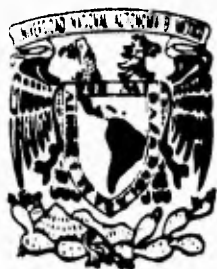


58
25j.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"CAMPUS ARAGON"**

***LA IATROGENIA Y LA ATENCION MEDICA
EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS***

FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN DERECHO

P R E S E N T A

ROBERTO CAMACHO LOBERA

ASESOR: DR. RODOLFO BRIBRIESCA YAÑEZ

MEXICO

1996



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México:

Por la oportunidad de formar parte de esta Mística casa de Estudios, y encontrar en ella una formación tanto como profesional y humana.

A la Suprema Corte de Justicia de la Nación:

Porque gracias a la oportunidad de algunos grandes funcionarios, encontré siempre las puertas abiertas de esta Institución para la realización de este trabajo.

Al Lic. Hilario Sánchez Cortés:

Secretario Particular del Ministro de la Suprema Corte de Justicia de la Nación; Dr. Juventino V. Castro y Castro. Por su confianza y apoyo ejemplar, como hombre, maestro, funcionario y amigo.

Al Dr. Rodolfo Brúscas Yanz:

*Por sus valiosos consejos y apoyo a la
realización de la presente Tesis Profesional, por
ser mi guía y también mi amigo.*

A mis maestros:

*Por su sapiencia y paciencia, destinada a
la motivación de nosotros como futuros
licenciados.*

Dedicatorias

Es para este humilde servidor el deseo de dedicar este trabajo a aquellas personas que son parte de mi vida y de mi existencia.

A Dios:

Por todas aquellas bendiciones recibidas de Ti y por la oportunidad de vivir.

A la Vida:

Porque después de librar algunas batallas contigo, siento que ahora me has recompensado con lo que en algún momento parecía muy distante o imposible; así como por darme de nueva cuenta la oportunidad de ser libre y saborear este momento con mi familia.

A mis Padres:

A ustedes que es por lo que ahora vivo y me debo, por darme la vida, la oportunidad de terminar mis estudios profesionales, su apoyo, confianza y consejos al inspirar en mí, el deseo de seguir adelante y olvidar el pasado.

A mis Hermanos (Miguel Ángel, Ciriano y Guadalupe):

Por todo el cariño que me han ofrecido y la esperanza en que algún día saldremos adelante juntos, y lograr con esto el deseo máximo de nuestros padres.

A mi Hijo (Rosendito):

Por que siempre serás inspiración en mi persona para ser mejor humana y profesionalmente, pues más lejos está, en que tu ausencia me haya desmotivado, me alentó mucho más a ser mejor, gracias por lo que me has enseñado, por la ternura que de bebé me diste, y aunque fue muy corto el tiempo en que te tuve en mi cuerpo, me conformo con estos bonitos recuerdos de ti, que siempre estarán en mí, mas por supuesto te escribo esta dedicatoria porque así lo siento, pues siempre te heamos amado y extrañado.

A Silvia Flores:

Por ser más que una amiga, en los momentos más difíciles de mi vida, así como por tu lealtad y calor. Gracias.

A mis Amigos:

Y a todos aquellos que en algún momento
creyeron y han creído en mí, dedico la presente
tesis a:

Sr. Jorge Edmundo Santos.
Sr. José Guadalupe Correa Chavoya.
Lic. Carlos Klomp Medina.
Lic. Miguel Ángel Huerta Bello.
Ing. Héctor Rodríguez Muñoz y familia.
Lic. Guillermo Gómez Alvarado.
Sr. Héctor Cordera.

Y a aquellos que en este momento escapan
de mi memoria.

INDICE

INTRODUCCION

PAGINA

I.- ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO	
1.1 SALUD Y ENFERMEDAD.....	1
1.2 ATENCION MEDICA.....	4
1.3 ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	18
1.4 NIVELES DE COMPLEJIDAD DE LA ATENCION MEDICA.....	74
1.5 ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO.....	113
II.- MARCO JURIDICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MEXICO	137
2.1 CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	137
2.2 LEY GENERAL DE SALUD.....	174
2.3 PROCURADURIA DE LA DEFENSA DE LA SALUD. ...	199
III.- RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.....	213
3.1 ARTICULO 5º CONSTITUCIONAL	213
3.2 RESPONSABILIDAD Y SUS FORMAS	220
3.3 LA PUNIBILIDAD EN LOS DELITOS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MEDICA	236
3.4 LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL MEDICO Y LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS PACIENTES	272
3.5 RETOS Y PERSPECTIVAS DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL MEDICO	310

PAGINA

IV.- ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS	328
4.1 CONCEPTO GENERAL DE LOS SERVICIOS MEDICOS DE URGENCIAS.....	328
4.2 UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA Y DEL PERSONAL PARA EL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS	334
4.3 PROBLEMAS DE LA URGENCIA MEDICA.....	346
4.4 PERSONAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS	362
V.- LA IATROGENIA EN LOS SERVICIOS MEDICOS	368
5.1 ALGUNAS CONCEPCIONES Y DEFINICIONES	373
5.2 EL ACTO MEDICO IATROGENICO	378
5.3 LA FUNCION DEL ACTO MEDICO IATROGENICO.....	385
5.4 AGENTES IATROGENICOS.....	389
5.5 LA IATROGENIA Y EL DERECHO PENAL	406
CONCLUSIONES.....	426
BIBLIOGRAFIA.....	429

INTRODUCCION

Primum non nocere...

Primero no hacer daño, palabras claves del juramento hipocrático, que todo estudiante de medicina pronuncia con emoción el día de su examen profesional, antes de recibir el título que lo autorizará a tratar pacientemente durante el ejercicio de su práctica médica. La diferencia fundamental del médico con los otros profesionistas es que mientras nosotros como abogados manejamos códigos y por lo tanto los bienes tutelados por esta como lo son la libertad, bienes, propiedad, posesiones, etc., el médico maneja seres humanos, y la vida humana es lo más elevado de la creación. De ahí la enorme responsabilidad de quien ejerce esta profesión, de prepararse adecuadamente para tratar bien a sus pacientes, y antes que nada, no hacerles daño. La palabra Iatrogenia viene del griego IATROS, médico y GENIA, originado o causado por, y se refiere al daño resultante de la actuación del médico. Se dice en nuestro medio que "el médico entierra sus errores", y es costumbre generalizada no hablar de ellos o de criticar muy severamente a quien se atreve a discutirlos. Se aduce que "es humano errar", pero convenientemente se olvida la otra parte de esa famosa frase: "pero es de sabios rectificar".

La realización de esta obra ha sido, fundada en virtud de la terrible propagación del fenómeno de la Iatrogenia de nuestra vida actual, por lo tanto, deseo aclarar que de acuerdo al título de este trabajo, propongo, y no se debe desviar el punto a debatir, es decir, únicamente cuestiono la existencia de una complicación al daño realizado por una acción u omisión del médico o personal paramédico, y no, la existencia o no, en especial de la Iatrogenia en el servicio de Urgencias, pues en ese caso tendría que referirme también a otros tres aspectos más donde la Iatrogenia también existe, como lo es, la consulta externa, la atención a domicilio, los hospitales, y la que en este trabajo nombro, "Los Servicios de Urgencia": puesto que es difícil hablar de todos y cada uno de esos momentos, decidí únicamente nombrarlo "en el Servicio de Urgencias".

pero sabemos todos y cada uno de nosotros como sociedad que las complicaciones al daño (daño secundario), existen en todos los servicios de urgencias aunque es muy difícil que en este trabajo, para poder fundamentar lo anterior, pudiera hacer algunas investigaciones de campo, en virtud de que la Iatrogenia es un Tabú dentro de todos los Hospitales en México, pues porque por una parte la imagen del hospital caería por el suelo y también la de los médicos, entonces es prácticamente imposible fundamentar mediante una investigación la existencia de la Iatrogenia en los Servicios de Urgencias, cabiendo hacer notar, repitiendo que no es el punto a debatir éste, sino que existe una complicación, ¿dónde?; en donde sea, es decir, en aquellos momentos antes indicados, pero hay una complicación al daño, no debemos negarlo, basta con estar al tanto de todos los medios masivos de comunicación o es hasta el momento en que uno de nuestros familiares es complicado en su salud, es cuando nos daremos cuenta de la existencia de éste fenómeno?.

La realización de este trabajo comienza hablando en cómo se organizan los Servicios de Salud en México, fundamental, en virtud del tema; en su segundo capítulo, se habla por lo tanto del Marco Jurídico que fundamenta el punto anterior; dentro del tercero se especifica de la Responsabilidad Profesional, cabiendo hacer notar que no puedo hablar de la responsabilidad profesional por Iatrogenia, pues no se encuentra regulada aún, y que es al final de cuentas el motivo especial de este trabajo; en el cuarto capítulo se habla del Servicio Médico de Urgencias, como debería ser en la práctica, es decir, dentro de la doctrina se habla en especial de cómo debería estar organizado este servicio y como todos lo sabemos no lo está, es por lo tanto que se provoca la Iatrogenia en ese servicio bastando únicamente el presenciar un levantamiento de herido y traslado al servicio de urgencias; en el quinto capítulo por obviedad se habla de la Iatrogenia en los Servicios Médicos.

Hablar de Iatrogenia en medicina ha sido considerado como un tema prohibido, ya que habitualmente se argumenta que el exponer errores en medicina desprestigia a la profesión. No comparto esa opinión, porque pienso que quien se queda callado ante un crimen, es cómplice de él.

Creo firmemente que la labor del cirujano es resolver problemas no crearlos, y para poder ejercer esta noble profesión se requiere de una vocación especial, de estudios, de especialización muy completos, de honradez profesional, ética y juicio adecuados. Si el cirujano carece de estos atributos se desviará de su función y ocasionará mucho sufrimiento y hasta la muerte.

Cuando el paciente se pone en manos de cirujano, le está confiando lo más valioso que tiene: su vida; y si este profesionista, por ignorancia, negligencia, deshonestidad y omisión le ocasiona un problema, estará traicionando el juramento básico de su profesión: primero no hacer daño.

El presente trabajo trata de las complicaciones en medicina, pero también por lo tanto, el daño causado por la actividad del médico o del que se dice médico Cirujano.

Uno de los problemas más graves que tenemos en México es que las 57 escuelas de medicina que hay en el país expiden títulos de "Médico Cirujano" a los 7.900 alumnos que se gradúan cada año.. La Secretaría de Salud y la Dirección de Profesiones avalan dicho título y el portador de él está libre de ejercer su profesión. Algunos, ingenuamente se lo creen y se dedican a la cirugía sin ningún entrenamiento; otros, hacen residencias, muchas veces deficientes y sin ningún control que se dedican a todo tipo de intervenciones quirúrgicas; otros más, toman alguno de los múltiples cursos de algunas horas o días en algún aspecto de la cirugía y se ostentan como especialistas en tal o cual rama. Los menos, se sacrifican mucho, se preocupan por efectuar una bien cimentada especialización y después de muchos años de estudios y trabajo, bajo supervisión cuidadosa, madura y se convierten en excelentes cirujanos.

Un buen cirujano es como un buen vino: requiere muchos años de añejamiento antes de su maduración. El buen cirujano no se puede improvisar. No hay manera de cortar caminos en la preparación de alguien que deberá manejar la vida humana con el bisturí.

Todo cirujano comete errores; pero el mejor preparado, comete menos y de menor significación y por lo general, los reconoce, sabe cómo resolverlos o pide ayuda si él no puede. Corresponde a los cirujanos responsables señalar los errores, propios y de otros; discutirlos y ofrecer soluciones para que quien los estudie, no los vuelva a repetir.

La función de la presente obra es esa por un lado, pero el otro la necesaria punibilidad de la IATROGENIA dentro de nuestro Código Penal vigente para el Distrito Federal y en especial en el capítulo especial de la Responsabilidad Profesional y para la Sociedad; no podemos y no debemos quedarnos callados para que nuestro silencio se convierta en aprobación de prácticas inadecuadas. Debemos denunciarlas aunque éstas general mala reputación de los servicios médicos sean quien sean y caiga quien caiga.

Una de las mejores maneras de evitar la Iatrogenia es dentro de las aulas escolares es discutir las, sacarlas al aire, analizar sus causas, estudiar la manera de prevenirlas ya que aquellos que no analizan los errores por fuerza caerán en la IATROGENIA.

Poco se ha hecho para acabar con la IATROGENIA. Sería un gran logro que esta investigación sirviera de acicate a todos los responsables de la enseñanza y práctica de la medicina en México y se pudiera avanzar así como a las responsables de la creación de iniciativas y reformas a nuestros códigos, puesto que a juicio de este servidor debería de tomarse en cuenta la IATROGENIA dentro de la responsabilidad profesional independientemente del delito que la IATROGENIA genere al médico.

El problema es muy complejo y no se resolverá solo, ni en un tiempo corto. Serán necesarias una gran determinación y grandes esfuerzos de mucha gente para poner en orden la anarquía que existe.

Cirugía solo por cirujanos. El lema es muy sencillo, pero lograr erradicar los vicios de tantos años es muy difícil. Debemos trabajar todos los sectores para lograrlo, por un lado la punibilidad de la IATROGENIA por

otro una gran enseñanza en las aulas del saber al futuro médico, haciéndole saber que por lo tanto en lo que incurriría en caso de IATROGENIA en cualquier medio, me refiero a la punibilidad penal que en su momento definiera el Código Penal, sin tomar en cuenta el delito generado por la misma en particular.

¡Podemos hacerlo! No olvidemos señores Médicos, Abogados, Congressistas, estudiantes, pasantes, sociedad en general, que la vida humana es sagrada y no es correcto permitir que gente irresponsable juegue con ella. Nosotros como pacientes y nuestro país saldrán beneficiados si actúan y actuamos con valentía.

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO

1.1 SALUD Y ENFERMEDAD

Las ideas que respecto a salud y enfermedad tienen los hombres condicionan las características de sus servicios de salud y de sus servicios médicos. Ello es confirmado por la experiencia y las prácticas actuales, de aquí que convenga hacer una revisión de los conceptos principales de salud y enfermedad: biológico, histórico-social, de la Organización Mundial de la Salud, y ecológico.

"El concepto biológico de salud y de enfermedad lo considera como un fenómeno o serie de fenómenos que se explican con las ciencias biológicas como la anatomía, la fisiología, la embriología, la bioquímica o la biología molecular, etcétera; de esta manera la salud representa cierta morfología y funciones correctas, mientras que la enfermedad representa una modificación a dichos aspectos. Si se tiene presente que la morfología y las funciones sufren a menudo cambios, es necesario indicar cuáles son los límites que hacen la diferencia entre lo normal y lo anormal."

¹¹ En la concepción biológica los órganos, los tejidos, las células, y sus funciones son susceptibles de medirse física y/o químicamente, si no se encuentran dentro de ciertos límites puede haber lesión o enfermedad, la que sólo puede ser señalada después de estudiar las alteraciones en las personas. Esta concepción, aparte de ser unilateral, deja fuera los procesos iniciales de la enfermedad, que de acuerdo con los conocimientos actuales no es posible encontrar, como ocurre con los "portadores sanos o de enfermedad", los "casos asintomáticos," o los "niveles preclínicos" de la enfermedad. Esta forma de entender la enfermedad es la predominante entre médicos y pacientes.¹¹

¹¹ El concepto *histórico-social* de salud-enfermedad tiene en cuenta que el hombre forma parte de una especie gregaria y que, por lo tanto, conforma familias y otros organismos sociales por medio de los cuales crea y transmite elementos culturales. Esto significa que el concepto de salud se modifica de acuerdo con las ideas de cada época y con las condiciones de vida de las comunidades y poblaciones. Por lo tanto, el concepto que las personas en general tienen sobre salud no siempre es el correcto; está enmarcado por el medio social en que se encuentran.¹¹

¹¹ El tercer concepto acerca de la salud es el que presenta la Organización Mundial de la Salud, el cual es noble e idealista, pero a la

vez subjetivo y utópico. Es difícil de llevar a la práctica al planear y administrar servicios de salud. *La Organización Mundial de la Salud* ha definido a la salud en los siguientes términos: "Salud es el estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o incapacidad."

" Desde un punto de vista ecológico, la salud es la resultante del éxito de mecanismos adaptativos a los estímulos y agresiones que provienen del ambiente, y la enfermedad, o cualquier otra anomalía de la salud, es consecuencia de la inexistencia, insuficiencia o ineficacia de los mecanismos adaptativos tanto del individuo como del grupo a que pertenece. En otros términos, el proceso de salud-enfermedad es el resultado de la interacción de agente, huésped y ambiente; esto significa que la salud-enfermedad debe definirse según las condiciones ecológicas predominantes, o sea, de acuerdo con las variables culturales y ambientales que afectan a los hombres y a la población".¹

Conviene subrayar que la mayoría de las personas, aun los profesionales de la salud, tienen la idea de que la salud y la enfermedad son dos estados radicalmente antagónicos; dos términos opuestos, separados y estáticos. Este pensamiento tradicional de fondo aristotélico

¹ - E. Gartl y Jaco. *Pacientes Médicos y Enfermedades*, Primera Edición, Ed. I.M.S.S., México, 1982, pAG. 527-528.

ha dado lugar a una imagen irreal, engañosa y arbitraria. No hay ninguna persona totalmente sana o totalmente enferma, tomando en cuenta su condición física, mental y social. En un momento determinado cualquier persona está en una u otra de las infinitas situaciones intermedias de la salud-enfermedad; la causa principal de que la balanza se incline de uno u otro lado radica en actitudes, decisiones, conocimientos, esfuerzos o pensamientos de los hombres. En este aspecto dinámico continuamente variable, el estado de salud del hombre al igual que en álgebra, puede adquirir o tener signos positivos o negativos, pero esto no significa que la salud y la enfermedad sean estados distintos y opuestos. No se debe considerar a la salud como un don, ni la enfermedad como un castigo, sino que una y otra deben tenerse como resultado de acciones humanas y ecológicas, como un continuo cambiante que resulta de la interacción de la dotación biológica del individuo y de su relación con el medio social y el ambiente biológico y físico.

1.2 ATENCIÓN MÉDICA

"Se entiende por atención médica todas aquellas acciones de profesionales, técnicos y personal auxiliar de la salud que, actuando sobre las personas y en forma directa, promueven la salud, la prevención de las enfermedades, la curación de los padecimientos y la rehabilitación

integral. La atención médica puede llevarla a la práctica el mismo interesado -el paciente-. En otras palabras, la atención médica es la asistencia directa, inmediata e individual a la persona o al paciente, como una consulta, una inmunización, un consejo higiénico, una intervención quirúrgica, etc. A la atención médica, la manifestación más antigua de los servicios de salud, también se le conoce como servicios médicos, asistencia médica o cuidados médicos; cuando se integra a la salud pública se forma la atención de la salud o de los servicios de salud. La atención médica se puede efectuar en el domicilio de los pacientes, en el hospital, en los servicios de consulta externa, en el laboratorio de análisis clínicos, en la comunidad, etcétera.¹

"Debe quedar claro que la salud de los hombres como conjunto no puede lograrse por métodos basados en la atención individual; que para hacer de una comunidad enferma una comunidad sana no basta curar este o aquel paciente; que la atención médica no es sustituto de la salud y que con frecuencia los servicios de salud no se ocupan de mejorar la salud en el conjunto de la población; hay que agregar que las expresiones atención médica, salud pública y servicios de salud no son incompatibles o contradictorios".²

¹ - Barquin Calderón, Manuel. Dirección de Hospitales. Organización de la atención Médica, quinta edición, Ed. Interamericana, Mexico. 1985, pág. 182.

Funciones de la atención médica y de la atención de la salud.

Para llevar a la práctica el concepto de atención médica hay que realizar funciones que protejan, fomenten y restablezcan la salud del individuo y, en consecuencia, de la colectividad, complementadas por funciones educativas, de investigación, legislativas y administrativas, funciones complejas que implican diagnóstico; de esta manera las funciones de la atención médica son las siguientes: a) promoción de la salud; b) protección específica; c) diagnóstico temprano y tratamiento oportuno (curación), d) rehabilitación; e) educación; f) investigación; g) legislación, y h) administración.

Las funciones de la atención médica son semejantes a las de la salud pública, complementándose entre sí, y constituyendo de esta forma las funciones de la atención de la salud.

Lo señalado para la atención médica es válido para su establecimiento más conocido; el hospital.

Las funciones de la atención de la salud, de acuerdo con el organismo y personas que las llevan a cabo, se pueden clasificar en tres grupos:

"1. Realizados básicamente por autoridades gubernamentales, en cuyo caso los beneficiarios casi nunca intervienen. Ejemplos de ellas son la purificación del agua, la disposición de basuras, las inmunizaciones obligatorias, las reglamentaciones en cuanto a medicamento o saneamiento, etcétera. En estas acciones las autoridades gubernamentales o de salud pública participan activamente; los beneficios derivados de las actividades de salud realizadas por otros."

"2. Realizadas por personal de salud. En esta situación el personal de los servicios de salud realiza acciones directas en favor de los pacientes, como toms de la tensión arterial, inmunizaciones, pruebas de funcionamiento pulmonar, análisis de orina o de sangre; intervenciones quirúrgicas, atención a domicilio, exámenes médicos periódicos, etcétera. En estos casos se requiere de cierta cooperación entre paciente y personal de salud. Estas actividades pueden llevarse a cabo sobre bases comunitarias, como diagnóstico por Papanicolaou, catastro torácico, inmunizaciones, etc. En ocasiones es necesaria la notificación obligatoria por parte del personal de salud a las autoridades públicas, como ocurre con la sífilis y la blenorragia."

11 3. Realizadas por los pacientes, los cuales forman parte importante y continua de las acciones en favor de su salud (las acciones no se refieren únicamente a las enfermedades transmisibles, sino que abarcan también la forma de vida). En este caso los individuos deben aprender a implementar ciertas prácticas de salud, tales como evitar el fumar, no conducir automóviles en forma peligrosa, evitar el alcohol en exceso, etcétera. También comprende aspectos relativos a la dieta, en especial cuando hay ciertos padecimientos como obesidad, diabetes e hipertensión arterial, en los que la persona no sólo debe cumplir las reglas terapéuticas sino también debe estar consciente de sus necesidades y funciones personales".³

De estos tres grupos, donde se ha logrado mayor avance es en el primero, ha habido menos en el segundo, y ha sido escaso en el tercero.

Es importante señalar que aun cuando las funciones de la atención médica se dividen en promoción, prevención, y curación o rehabilitación.

Requisitos de la atención médica.

³ - Fajardo Ortiz, Guillermo. Atención Médica. Teoría y práctica Administrativas, novena edición, De. Prensa Mexicana, S.A. de C.V., México, 1989, pág. 320-322.

Una buena atención médica a una comunidad o de una institución debe reunir los siguientes requisitos:

"1. Igualdad. Todas las personas tienen derecho a la misma atención médica, sin limitaciones por razones de orden político, social, económico o religioso."

" 2. Calidad. La atención médica debe ser de acuerdo al adelanto científico y al grado de desarrollo del medio, esto es, debe haber una tecnología apropiada."

" 3. Integral. El servicio médico debe atender los aspectos de protección de la salud, prevención de padecimientos, atención curativa y rehabilitación."

" 4. Oportunidad y accesibilidad. Los recursos de atención médica deben estar disponibles en el momento en que sean necesarios. La estructuración o regionalización de la atención médica deben permitir y facilitar su utilización tanto en la zona urbano como en la rural."⁴

Componentes de la atención médica.

⁴ - Fajardo Ortiz, G. Ob. Cit. Pág. 328.

La atención médica consta de tres componentes básicos; beneficiarios, recursos (humanos, materiales, tecnológicos y económicos) y administración, todos ellos estrechamente interrelacionados:

"1. Beneficiarios. Son los usuarios, los pacientes, la parte más importante de la atención médica."

"2. Recursos. Son el personal, el equipo, los locales, la tecnología, las instalaciones y el financiamiento específicos."

"3. Administración. Se refiere a la gestión administrativa (el medio para vincular y beneficiarios y recursos) en base a la información."⁵

Factores de demanda y oferta. Necesidad.

La atención médica está sujeta a dos fenómenos de carácter "económico": la demanda y la oferta, lo que quiere decir que sus servicios en cuanto a número de hospitalizaciones, consultas, inmunizaciones, etcétera, dependen de los usuarios y de los recursos existentes.

⁵.- Barquin Calderon, M. Ob. Cit. Pág. 189.

La interacción de la demanda y la oferta sirve básicamente para dos propósitos: uno interpretativo (conocer el número de servicios otorgados en consulta externa, comunidad, hospitales, domicilio de los pacientes, consultorio de odontología, etcétera), y otro señalar, a través del tiempo, tendencias y cambios. A continuación se estudian los factores de demanda y de oferta de servicios médicos, los cuales están interrelacionados y se modifican unos a otros. Sólo se mencionan los más conocidos, aunque en realidad hay otros factores (fluoración y cloración del agua, drenaje, vías de comunicación, etcétera) que modifican la demanda y la oferta de servicios médicos y que dependen de la salud pública y de otros sectores.

1. **DEMANDA.**- Se puede definir como la suma de personas que han recibido, reciben o esperan recibir atención en consulta externa, servicio de urgencias, servicio de medicina preventiva, etcétera.

Existen varios tipos de demanda: efectiva, satisfecha, potencial y derivada.

"La demanda efectiva o real es la solicitud de servicios que origina el paciente. Se compone de la demanda satisfecha (conocida por el registro del número de consultas, curaciones, admisiones, egresos, etcétera) y, en su caso, de la no satisfecha o potencial (que puede no ser

conocida) que se refiere a las solicitudes no resueltas por diversas razones: falta de vías de comunicación, insuficiencia de recursos económicos, escasez de medios, etcétera. Cabe señalar que desde el punto de vista de su origen las demandas pueden ser espontáneas, solicitadas por los propios pacientes, y derivadas, técnicas o provocadas; éstas últimas dependen de la dinámica de los servicios, características de las pacientes y contenido de las profesiones de salud, y ocurren cuando, por ejemplo, un paciente es enviado por un médico general a un médico especialista. La demanda derivada puede ser "incentivada" por razones de orden comercial, buscando beneficios económicos. La demanda satisfecha equivale a servicios otorgados."

" Hay que diferenciar entre demanda y necesidad. Esta última puede no ser expresada y, de no ser satisfecha, puede originarse o agravarse un daño; el médico está en posibilidades de evaluarla, aunque con frecuencia resulta difícil de valorar aun para él. Las necesidades de salud de un individuo o una comunidad son virtualmente ilimitadas. Por otra parte, la necesidad, además de ser un problema de salud, es un fenómeno subjetivo, individual o colectivo, relacionado con las pautas culturales de la comunidad en estudio, por lo que el término necesidad no puede considerarse como equivalente o morbilidad, siendo difícil de medir."

" Sólo al inicio de los servicios, los pacientes, en cierta medida, pueden determinar el tipo de servicio deseado; después es el personal de salud (médico) quien lo determina: interconsultas, hospitalizaciones, radiografías, etcétera (demanda derivada)."

" La interacción oferta-demanda puede estar condicionada por el grado de prestigio del servicio médico o del personal del establecimiento. Puede ocurrir también que el grupo social que en mayor número acude al servicio médico sea de mala reputación en la comunidad y, por lo tanto, sea una limitación para otras personas; por el contrario, en caso de que el grupo mayoritario sea el de mayor "prestigio", otros grupos se abstienen de asistir." ⁹

En la demanda deben considerarse tres componentes: el biológico, el socioeconómico y el psicológico.

"1.- Biológico. En este componente deben estudiarse el estado de salud-enfermedad, la edad y el sexo."

" a) Estado de salud-enfermedad. Es el elemento más importante de la demanda; su participación depende en gran parte de la urgencia, de su

⁹.- Fajardo Ortiz, G., Ob cit. Págs. 331-333.

percepción, del dolor y de la incapacidad que provoque en caso de enfermedad."

" b) Edad. En Latinoamérica los servicios médicos generalmente son más utilizados por los grupos que se encuentran en los extremos de la vida, decreciendo durante la juventud y la madurez, excepto para la atención dental, a la que recurren con más frecuencia las personas de 10 a 60 años de edad."

"c) Sexo. Las personas de sexo femenino son las que más frecuentemente recurren al médico, aun fuera de los estados obstétricos."

?

" 2. Socioeconómica. Este componente tiene diversos factores, todos interrelacionados e imbricados, siendo causa-efecto unos de otros. Al mejorar las condiciones socioeconómicas y de vida, aumenta la demanda de servicios médicos. Los aspectos de mayor relevancia son: "

" a) Residencia. Los habitantes de los medios urbanos solicitan proporcionalmente más servicios que aquellos que viven en las áreas rurales "

" b) Educación y grado de preparación. En términos generales, a medida que el jefe o alguno(s) de los miembros de la familia tienen mejor preparación la petición de servicios aumenta. Por otra parte, el paciente de hoy suele tener mejor conocimiento sobre los estados de salud y enfermedad que el de hace 5 ó 10 años; por ejemplo, actualmente en muchos lugares las madres tienen mayor información acerca de exámenes periódicos, inmunizaciones y planificación familiar que hace 5 años."

"c) Tamaño de la familia. Los integrantes de las familias grandes solicitan proporcionalmente menos servicios que los de las pequeñas."

"d) Estado civil. En promedio las personas casadas viven más que las no casadas y, generalmente, utilizan menos los servicios de salud."

" e) Actividad. Las personas que desarrollan actividades comerciales e intelectuales solicitan más atención médica que los individuos dedicados a la agricultura y la ganadería; por otra parte las personas pensionadas y jubiladas solicitan más servicios que aquellas que laboran cotidianamente."

" f) Ingreso per capita o familiar. En términos generales absolutos la demanda aumenta junto con el ingreso per capita o familiar, pero es decreciente en comparación con otros gastos. Hay que recordar que cuando hay pobreza los padecimientos ocurren con mayor frecuencia, pero habitualmente se solicitan menos servicios médicos."

" g) Legislaciones. La atención médica de las personas está condicionada a las legislaciones existentes y al tipo de servicios que hay: público, semioficial o privado, gratuito, de seguro social o seguro privado o lucrativo; al parecer cuando existe algún tipo de seguro médico hay un mayor uso de servicios."⁸

"3.- Psicológica. La situación psicológica va a condicionar la percepción mental del fenómeno salud-enfermedad y la creencia de la efectividad terapéutica. Esta influida por el estado emocional, las actitudes, las experiencias previas y las creencias; así, hay pacientes que solicitan más atención de la que necesitan, existiendo también el extremo opuesto en el que se incluye a los dementes y a los niños."⁹

" 2. OFERTA. Comprende accesibilidad, cantidad y calidad de los servicios, o sea, existencia, aceptación, oportunidad, amplitud y

⁸ - Ibidem, pág. 201-202

⁹ - Ibidem pág. 202.

disponibilidad de los mismos, basándose en aspectos geográficos, culturales, financieros y funcionales."

" 1. Accesibilidad. Se refiere a los días y horas de servicio, costo de los servicios, y tiempo y distancia física entre beneficiarios y recursos."

" 2. Calidad, cantidad y tipo. Están dados por diversos elementos: número, variedad y tipos de recursos humanos y equipo médico; avances de la técnica y ciencia médica, administración de los servicios médicos, y prestigio y productividad de los servicios."¹⁰

Con todo lo anterior se ha querido decir que el consumo de la atención médica depende de la edad, y sexo del paciente, el nivel de vida, la localización geográfica de las unidades médicas, el tamaño de la familia, el grado de instrucción y la cobertura de los servicios de salud.

Cobertura

" Cobertura ha sido tradicionalmente, en atención médica, una cifra que expresa varios aspectos en cuanto a disponibilidad de servicios médicos para un grupo humano, área geográfica, o población. "Una comunidad o población estará en verdad cubierta por servicios médicos

¹⁰ - Ibidem, pag. 202.

sólo en la medida en que sus necesidades básicas reciban atención efectiva y suficiente, dentro de las posibilidades reales en que se presente la situación."

" En término cobertura en realidad debe aplicarse a un proceso en el que se encuentran, por un lado, las aspiraciones, demandas y necesidades de los grupos humanos y, por otro, los recursos disponibles y sus posibles combinaciones administrativas y tecnológicas. De lo anterior se desprende que la expresión fiscal de la cobertura tiene diferentes modalidades según las características de desarrollo." ¹¹

1.3 ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Los sistemas de atención médica o de los servicios de salud, como también se denominan, requieren la concepción de niveles congruentes con un ámbito geográfico relacionado con la densidad de la población, el desarrollo económico y social, la división política y el transporte y comunicación del lugar, lo que implica la creación de unidades médicas de diversos rangos, tales como se describen en el punto relativo a niveles de complejidad de la atención médica.

¹¹ Fajardo Ortis G., On. Cit. Pág. 338.

El sistema en relación al insumo principal que es el paciente, tiene cuatro entradas que son: hospitalización, consulta externa, emergencia y atención domiciliaria; esta última atención se liga fuertemente a la atención médica de pacientes ambulatorios.

De acuerdo a este esquema, se expondrá la organización de los servicios de salud.

El primer paso desde un punto de vista de la construcción, es la solución al problema de acomodo físico ya que se requiere una sola unidad médica o establecimiento, para que en ella se realice la función en relación con consulta de medicina general, especialidad, emergencia, oficina de la atención a domicilio y hospitalización, o bien la decisión de construir un sistema de unidades médicas en las que en los núcleos centrales se encuentre la hospitalización y se desplace a la periferia la medicina general, la preventiva, parte de la emergencia y la consulta ambulatoria de algunas especialidades básicas.

El segundo paso, es la consideración de las diversas variables que se presentan en el sistema y en particular las que se refieren a las grandes áreas, de tal manera que se cuantifica, en primer lugar, el área de

la medicina general que alcanza hasta un 70 por ciento, la de hospitalización, emergencia, y consulta ambulatoria especializada, que requieren aproximadamente el 10 por ciento de la demanda cada una.

Es importante considerar la forma en que dichas variables están relacionadas o son dependientes, así por ejemplo, si abate la atención a domicilio, que normalmente se considera entre la demanda de medicina general y constituye el 4 por ciento de ésta, esto incidirá en un aumento del número de camas o bien si trabaja mal la consulta externa aumentará la emergencia en lo relativo a las consultas extemporáneas.

EL HOSPITAL

"Hospital es una institución de atención médica que contiene un número determinado de camas en donde se realiza en forma integral el proceso diagnóstico-tratamiento de pacientes."

"En la organización de un hospital es más trascendental dividir las actividades de las diferentes unidades de acuerdo a la relación que guardan con el paciente. Así pues, tradicionalmente se han encontrado dos campos bien definidos y a partir de éstos y por dicotomización sucesiva se han establecido otra serie de divisiones con una diferencia

específica entre una y otra categoría es decir se ha ampliado un proceso lógico de división de trabajo."

" Los campos principales a los que se ha hecho referencia con anterioridad son aquellos que se refieren: uno al conjunto de servicios directos en relación con el paciente y otro formado por departamento que sostienen a los servicios directos, llamados comúnmente indirectos o administrativos. Sin embargo, vale la pena anotar que dentro de los servicios directos o técnicos, se identifica el proceso administrativo y se aplica en diversas escalas y a diversas jerarquías, así pues el jefe del cuerpo médico o el subdirector de los servicios directos o técnicos tienen más funciones administrativas que técnicas, si se considera técnico a aquello que significa un adiestramiento específico dentro de un campo de ciencia práctica o aplicada. A su vez los servicios llamados indirectos pueden tener un componente técnico importante, como son aquellos que se refieren a contabilidad, a ingeniería de mantenimiento."

" Por lo tanto es más lógico considerar que todos los servicios y departamentos de un hospital tienen componentes técnicos y administrativos quizás sean más técnicas las jerarquías del último puesto de la escala; es posible que un médico esté aplicado la medicina en sus aspectos de tecnología en mayor proporción que un jefe de servicio o

departamento. sí pues, en lo que se refiere a organización es preferible hablar de servicios directos o substantivos y de servicios indirectos, administrativos o de apoyo."

¹¹ En relación con el diseño de organigrama de un hospital, como quedó asentado con anterioridad, existen dos grandes divisiones, sin que se pueda establecer que este agrupamiento incluye en todos los casos el 100 por ciento de sus componentes, y si por ejemplo es un servicio de dietética aún cuando la parte técnica de formular las dietas y el acto de alimentar al paciente son directos, no lo son la preparación y distribución de los alimentos, pero considerando a la actividad como un todo, se puede clasificar como un servicio directo, otro ejemplo es el de la farmacia en que corrientes relativamente recientes, pretenden colocarla, debido a que ya no se efectúa en ésta, la preparación de fórmulas magistrales, en la misma proporción que en estos tiempos; sino que funciona como un almacén de medicamentos y se olvida que el medicamento es otro de los servicios que se rinden directamente al paciente."¹²

EL CUERPO MEDICO.

¹².- Ibidem, pág. 376.

Generalidades.

"Los elementos profesionales que han cursado estudios en una escuela o facultad de medicina y han obtenido el grado de médico, médico cirujano, o de doctor en medicina, constituyen en una unidad médica lo que se denomina en las instituciones; el cuerpo médico."

"Este conjunto profesional está desde luego, ligado y coordinado por una reglamentación especial que establece el área, los campos y las jerarquías diferentes, para todos los elementos profesionales que normalmente inician su contacto con los pacientes en las unidades médicas, desde la época en que son estudiantes de medicina. También forman parte del cuerpo médico los profesionales de la odontología, llámense dentistas, cirujanos dentistas u odontólogos. Los médicos se pueden dividir, en cuanto al campo de la medicina que profesan, en médicos internistas y cirujanos, pues tradicionalmente, aún antes de aparecer las universidades medievales "El físico", a quien se le consideró una versión moderna del sacerdote o "patro" o "medicus" de la historia antigua, vino ejerciendo en un campo diferente de aquél que se consideraba práctico y empírico, en la aplicación de una serie de maniobras externas, y que en la edad media se le encontraba ejerciendo su arte, junto con actividades de "sacamuelas", peluquero, quiropráctico, flebotomo y eventualmente traumatólogo y cirujano."

" En tiempo más recientes el cirujano-barbero, en la época de Vesalio y Paré, alcanza un notable desarrollo, incluyéndose la cirugía dentro de las disciplinas que se estudiaban en las universidades renacentistas; así fué también incorporada posteriormente la obstetricia, en la medida en que disminuyó el mal entendido pudro de las mujeres y se permitió a los varones una atención integral de la maternidad. Los avances tecnológicos más importantes de la medicina se presentaron a principios y mediados del siglo pasado, en el que en las escuelas francesa y vienesa aparece la propedéutica, con el invento del estetoscopio y de la percusión; posteriormente, la anatomía patológica. El descubrimiento de los rayos llamados "X", dió origen a la radiología, como auxiliar de la clínica, surgiendo los auxiliares de diagnóstico y posteriormente, con la aparición y desarrollo de los auxiliares de tratamiento, la anestesia en relación con la cirugía y la medicina física con la rehabilitación, quedó incorporada la atención médica a las corrientes más modernas de pensamiento científico y de la aplicación práctica de éste. Esta revolución tecnológica produjo tal impacto dentro de la organización médica que terminó por dividirla en varios campos, llamados especialidades; fuera de las unidades hospitalarias se identifica a la medicina general y a la odontología general; en algunos casos se divide la medicina general en pediatría, medicina e adultos y geriatría, que forman especialidades

separadas; en algunos otros, se incorpora la atención prenatal al dominio de la medicina general."

"Dentro de las instituciones hospitalarias, se encuentran aquellos especialistas que han profundizado en un campo más restringido de la medicina, agrupándose en forma organizada, con el objeto de beneficiar en mayor grado al paciente hospitalizado. Así es como han aparecido diversas especialidades, según se han ido desarrollando los procedimientos de exploración, diagnóstico y tratamiento."

"Se puede definir como especialidad, aquella parte de la medicina que se refiere a un grupo de padecimientos cuya exploración diagnóstica y tratamiento son similares y que se relacionan con sistemas o regiones del organismo."

"La medicina posteriormente habría de evolucionar en el campo sociológico, a partir de las diferentes ideas de los pensadores del siglo pasado, hasta llegar a formar parte de un sistema de protección en el campo de la seguridad social, con el apoyo estatal y organización y estructura independiente; lo que constituye una verdadera revolución social en el campo de la medicina."

" Esta revolución ha significado también una modificación en la forma de ejercer la profesión dentro de las instituciones; pues si bien antiguamente en el hospital se refleja la organización de la medicina privada, en la cual la división entre los diferentes campos de las especialidades podría ser un poco incierta, o de acuerdo con las interpretaciones personales de cada uno de los especialistas, en las instituciones en donde se requiere una normatización mayor, se ha contemplado una delimitación más estricta en los campos de las diversas especialidades máximo, que desde un punto de vista de la planeación, la asignación de recursos es diferente. Como se asentó en el capítulo respectivo, las especialidades quirúrgicas requieren asignación de recursos humanos y materiales en las salas de operaciones del centro quirúrgico, situación que no es similar en el caso de las especialidades de la medicina interna. Otro aspecto importante que diferencia las especialidades médicas de las quirúrgicas, es lo que se refiere al adiestramiento; pues si bien es cierto que durante el internado rotatorio realizado en un hospital general, el estudiante del último año de la Facultad de Medicina o el residente de tipo general rotan por todos los servicios médicos, quirúrgicos y obstétricos, el adiestramiento específico en una especialidad quirúrgica, requiere una permanencia mayor en los servicios de tipos quirúrgico y de igual manera los internistas se capacitan específicamente en las áreas de la medicina interna."

"Sin embargo, no se piense que existe una barrera precisa entre las especialidades médicas y quirúrgicas o en la conducta en relación con el diagnóstico y la terapéutica en estos campos, sino que se acostumbra a calificar una especialidad como médica, cuando la mayor parte de sus casos no requiere maniobras externas y quirúrgicas. La regla general es que el cirujano intervenga a sus pacientes."

Puede pensarse que la división entre internistas y cirujanos es a veces un poco artificial, pero constituye una forma indispensable para poder asignar recursos y funciones a los diversos puestos médicos, en las instituciones de atención médica.¹³

Independientemente de todos estos aspectos: históricos de tradición, de planeación o de docencia de los especialistas, existen también características diferentes de tipo psicológico en los individuos, de tal manera que en muchos casos se puede identificar al internista como un individuo que actúa con más seguridad en su razonamiento deductivo, con mayor confianza en la acción de los medicamentos y quizá es más teórico y menos objetivo que el cirujano, y éste, por otra parte, posee una mentalidad más pragmática, fundamentalmente objetiva y

¹³ - Barquin Calderón, M., Medicina Social., Edit. Méndez Oteo., México, 1987. Págs. 225-228.

sobre todo utiliza su gran habilidad manual y su temperamento, a fin de tomar decisiones rápidas en el proceso quirúrgico.

"Uno de los aspectos más importantes para hacer la clasificación en las diversas especialidades en un nosocomio, es la que deriva del número de camas disponibles, obviamente en aquellos hospitales de un número reducido de camas, habrá menos posibilidad de destinar un número bajo de éstas, a algunas especialidades. Más bien se agruparán las camas en las cuatro ramas básicas de la medicina; la medicina interna y sus especialidades, separando de ésta a la pediatría; la cirugía y sus especialidades; segregando en primer lugar a la gineco-obstetricia, considerándosele también especialidad que requiere de maniobras externas para el diagnóstico y acatamiento de sus casos."

"Sin embargo, esto no quiere decir que la división médica y la división quirúrgica, como se le llama también a los departamentos de medicina interna y de cirugía, no mantengan relaciones íntimas; sino al contrario, teniendo en cuenta que el paciente es una unidad biológica y que la medicina es única e indivisible y que las divisiones de ésta son de tipo didáctico, organizativo o práctico, a los que se ha hecho referencia, y que obedecen, por otra parte, a la limitación de capacidad humana. Hay que considerar que existe una serie de especialidades."

" La cirugía enfoca su división en especialidades, en relación con regiones topográficas, lo cual es lógico, tomando en cuenta que la vía de acceso y las relaciones anatómicas son las características más importantes para que la cirugía tenga éxito. "

" En la división o clasificación de las especialidades quirúrgicas, es necesario tomar en cuenta que al desprenderse de un todo que constituye la llamada cirugía general, la cual se va desmembrando para originar las diversas especialidades, hay que, señalarle ciertos límites a fin de que no desaparezca como campo quirúrgico. "

" Por esto se ha aceptado, casi en todos los países y sociedades científicas médicas, que la cirugía general se encarga del tratamiento de padecimientos quirúrgicos en miembros, paredes y grandes cavidades, sobre todo la abdominal, la región del cuello, las operaciones de vascular periférica y la proctología, cuando dichas especialidades no están bien desarrolladas en el hospital. "

" Una regla similar se aplica a la llamada medicina interna, que independientemente de tratar padecimientos de tipo general y a veces con localización de varios órganos, aparatos y sistemas, se encarga de tratar

padecimientos de todas aquellas especialidades de tipo interno, que no se han desarrollado adecuadamente por el número limitado de camas que tiene el hospital, por ejemplo: la hematología, la alergología, la angiología, la reumatología, la nefrología, etcétera.¹⁴

****Departamentos o División de Servicios Médicos***

Las especialidades que puede considerarse que requieren asignación de camas, aún en hospitales medianos, son la gastroenterología, la cardiología, la neumología, la dermatología en el caso de especialidades de medicina interna. La ortopedia y traumatología, la otorrinolaringología, la oftalmología y la urología en el caso de las especialidades quirúrgicas: por supuesto que se considera que dispondrán de camas, en forma independiente, la pediatría y la gineco-obstetricia.

El jefe de medicina interna normalmente supervisa y coordina las otras especialidades de su departamento, y además les provee camas y supervisa a los especialistas de nefrología, reumatología, hematología, alergología, oncología, etc., que no tienen un jefe de servicio ni existen camas fijas para estas especialidades.

¹⁴ - Barquin Calderon. M., Op. Cit. Pág. 229.

En lo referente al departamento de cirugía, el jefe supervisa a los otros servicios con camas fijas asignadas y les señala hechos para internar en hospitalización a los cirujanos de abdomen, de vascular periférico, de cirugía plástica, de proctología, de cirugía de tumores, de cirugía de cuello, etc. y supervisa la labor de estos médicos en forma directa, o indirectamente, a través de los jefes de servicio, a los cirujanos de traumatología y ortopedia, otorrinolaringología, oftalmología y urología, que tienen camas asignadas en forma permanente.

Quizá un aspecto de los más importantes, sea determinar la tenue frontera entre la medicina general y las especialidades, pues de éste dependerá la cuantificación de la demanda, la organización del envío o intercambio de pacientes entre la medicina general y las especialidades.

"Se considera a la medicina general como el ejercicio profesional que no requiere exploraciones, pruebas de laboratorio o de rayos X y de gabinete muy especializados, sino que se encarga de tratar pacientes adultos, menores, mujeres embarazadas y a veces hasta partos normales y la práctica de la cirugía menor en unidades periféricas: ambulatorios,

policlínicas y centros de salud, en resumen: es la medicina de primera nivel." ¹⁵

En tan estrecha la relación entre médicos generales y especialistas que en muchas instituciones se señalen forma reglamentaria que cuando los médicos generales ya no manejan con profundo conocimiento ciertas exploraciones o auxiliares de diagnóstico y tratamiento, el caso clínico debe pasar a un especialista.

"Establecer una división por especialidades es necesaria también, desde el punto de vista estadístico, pues los datos antes de ser procesados, se emiten en diversos servicios y se catalogan por nombres de pacientes, de especialidad o de medicina general, según el lugar donde se originan las cifras, y en esta forma se logra mayor precisión en la interpretación de los datos y posteriormente la reasignación de recursos, en un sistema en que se aprovecha la retroalimentación estadística para modificar los programas y hacerlos más nacionales."

¹¹ Existen también diferentes formas de enfocar el problema de los pacientes menores de edad; en algunos países latinoamericanos el médico general de menores es llamado pediatra general y en otros, el médico general puede atender los padecimientos generales de adultos y

¹⁵ Ibidem, pág. 231.

niños y el prenatal en las mujeres embarazadas y refiere los casos complicados a los especialistas, sean adultos, niños o mujeres embarazadas."

" En las instituciones hospitalarias de un gran número de camas, la pediatría puede desarrollar sus propias subdivisiones o subespecialidades; así por ejemplo, se puede indentificar la neonatología, la perinatología y la cirugía pediátrica. Como subespecialidades independientes de la pediatría general, se observa también este tipo de organización, en el caso de hospitales para menores u hospitales para niños. En los casos en que la gineco-obstetrica se desarrolla como la única especialidad en un hospital, es posible que existan divisiones artificiales de este campo de la medicina y así se considere salas para pacientes o parturientas normales, salas de hospitalización para pacientes o parturientas con problemas patológicos, que se dividirán de acuerdo con las divisiones de la medicina interna."¹⁶

Por último, en los países en donde la población de edad avanzada ha sufrido un incremento considerable, por tratarse de naciones en las cuales ha aumentado en forma significativa la esperanza de vida al nacer o sea el promedio de vida, están surgiendo especialidades relacionadas

¹⁶ - Barquín Calderón, M., Dirección de Hospitales, Organización de la Atención Médica, Quinta Edición, Editorial Interamericana, México, 1985. Pág. 399.

con los pacientes ancianos, entre otras la geriatría, pues actualmente se nota una mayor tendencia a especializar a algunos médicos en este campo.

LA CONSULTA EXTERNA

La consulta externa, policlínica o ambulatoria ha tenido un desarrollo importante en los últimos tiempos, pues aún cuando se inició en forma desarticulada en los hospitales renacentistas, en la actualidad constituye el órgano más importante de la atención médica en lo que se refiere a la atención de pacientes que pueden deambular, y en los sistemas coordinados de unidades médicas proporciona la mayor parte de la atención médica integral, dentro de un enfoque de medicina progresiva. La consulta externa desarrollada como un establecimiento de un sistema de atención médica que se encarga de la prestación de la medicina general, de la medicina preventiva y de algunas especialidades, así como de la atención a domicilio y de la de emergencia de un área o sector de una comunidad, es una institución que ha tenido recientemente un gran desarrollo en los sistemas de atención médica.

La consulta externa tradicional de los hospitales anglosajones se ha seguido limitando a la atención al paciente ambulatorio, que no está en condiciones económicas de pagar un médico privado y generalmente es,

previo estudio socio-económico, cuando se le permite asistir como paciente ambulatorio a este departamento.

La consulta externa en los sistemas de atención médica privados, está representada por consultorios aislados o grupos de médicos ejerciendo conjuntamente su profesión y que ofrecen diversas especialidades a la población y no constituyen una institución que siga determinados programas o sistemas.

Es más bien en el desarrollo de la atención médica integral y progresiva en los sistemas latinoamericanos, en donde se ha gestado una serie de directrices que dan la característica especial que tienen estas formas de atención médica.

"Quizá la carencia de establecimientos hospitalarios con amplios servicios de consulta externa o la renuencia de los médicos generales de residir en las zonas marginadas, donde han operado en los últimos 40 años las instituciones médica latinoamericanas, ha obligado a la construcción de clínicas o ambulatorios con un planteamiento correctamente diseñado de acuerdo con los fines del sistema. Por supuesto que la creación del policlinico o ambulatorio, al subestituir en los sistemas de atención médica al consultorio individual o al grupo

médico privado, ha desatado una polémica en relación con la limitación de la libertad de la elección del médico de confianza, por parte de la población usuaria de la institución; pues algunos han sostenido que las clínicas de consulta externa encargadas de una zona de la comunidad, sólo pueden ofrecer un número limitado de profesionales de la medicina, entre los cuales el paciente tiene que seleccionar su médico tratante. Por otro lado, se presenta el problema de que en casos de que se establezca una precaria relación médico-paciente, el enfermo sólo tiene la posibilidad de optar por otro profesional de la misma clínica.¹⁷

" El establecimiento de consultas externas, anexas a los hospitales, es decir: consultas de especialidades, constituyendo lo que se ha llamado hospitales de clínicas, ha sido otra forma de prestar este servicio para ambulatorios a la comunidad."

" Quizá en las instituciones de seguridad social o en las obras sociales es en donde se ha observado una mayor tendencia a desarrollar las consultas externas, como un servicio periférico de atención médica, que garantiza la distribución equitativa de los profesionales de la medicina, sobre todo en zonas sub-urbanas y rurales, pues provee las prestaciones médicas necesarias y, al mismo tiempo, acerca estos

servicios a la población, lo que significa mayor eficiencia y oportunidad en la atención."

" Las clínicas periféricas diseñadas de acuerdo con un extenso programa de medicina preventiva, son las más indicadas para llevar esta atención a toda la población elegible de un sistema puesto que en el hospital solamente se atiende un porcentaje que en mucho países no llega al 10 por ciento de la población cubierta y que por lo tanto, se necesitaría que pasarán más de 10 años, suponiendo que no se internaran dos veces los usuarios, para que un hospital tuviera la posibilidad teórica de actuar en todo el universo de trabajo, estas unidades se han denominado también centros de salud."

" La forma en que se ha tratado de minimizar el inconveniente que significa la limitación en la elección libre del médico, ha sido a base de promover el que exista una mejor relación entre el médico general y los usuarios; ofrecer previa justificación, la posibilidad de seleccionar, dentro del grupo médico del propio ambulatorio, a otro profesional de la medicina que pudiera realizar un mejor ajuste psicológico; y adscribiéndole sistemáticamente al médico una población fija, que comprenda cierto número de núcleos familiares de una comunidad."

" Por otra parte, la creación de archivos centralizados o bien, a cargo de los médicos generales que tienen una adscripción fija, tiende a proporcionar, con la oportunidad debida, no sólo la atención subsiguiente, sino la consulta de inmediato, por el profesional, los resultados de los exámenes de laboratorio y demás pruebas de gabinete, a fin de precisar el diagnóstico y establecer la terapéutica correcta."¹⁷

La espera exagerada, que ha sido otra de las críticas de fondo, que se han hecho a los ambulatorios, ha tratado de aminorarse a base de citas previas a horas fijas, cumplidas puntualmente, tanto por el médico como por el paciente, y el diseño de salas de espera de aspecto amable, decoradas con colores agradables y comodidad física, con el objeto de disminuir, hasta donde se pueda, este inconveniente.

Por otra parte, se piensa que los sistemas integrales de atención médica y la libre elección del médico, son hasta cierto punto incompatibles, puesto que la regionalización que se establece, impide que el paciente acuda a atención a cualquier unidad médica, pero es posible considerar que existe una flexibilidad mayor cuando se instituye que los pacientes elijan a sus médicos generales familiares o de cabecera, dentro de un grupo de profesionales que residen en una comunidad.

¹⁷ - Cárdenas de la Peña.: Medicina Familiar en México, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1974. Pags. 129-131.

Quando la institución construye una serie de clínicas en que laboran médicos que no residen en el vecindario, éstos no podrán proporcionar la consulta extemporánea o urgente, como sucede en el caso de los médicos avocados en una zona de la ciudad y por lo tanto, la opción de elegir médico, es menos flexible, por otra parte, hay que considerar que el médico tratante es seleccionado dentro de una serie de limitaciones, aún en un sistema de atención médica privada y que se relaciona con las condiciones en que vive el individuo, su posibilidad económica, el tipo de padecimiento que lo aflige, la posibilidad física de que el médico que se selecciona tenga tiempo para atender al paciente y por lo tanto, la elección estará más limitada en la medida que la atención la ofrezca un grupo relativamente pequeño de profesionales de la medicina, en una comunidad de tipo sub-urbano o rural.

En los últimos años han puesto énfasis las instituciones de formación y educación médica, en la preparación de un tipo "ecológico" de profesional médico, que pueda tener la posibilidad de resolver satisfactoriamente los problemas que presentan la comunidad, la familia y los individuos, en relación con una patología general o banal, o resultado de la vida en un ambiente poco adecuado para conservar y proteger la salud. Este médico general "promedio", funcionará de manera muy

similar, enfrentado a una problemática muy semejante, por lo tanto, cada vez será más común que los pacientes en medios sociológicos idénticos acudan a las instituciones de atención médica para pacientes ambulatorios, confiando en el prestigio del sistema en general, como sucede actualmente en las instituciones hospitalarias, en las cuales el paciente es recibido por un interno que le inicia la historia clínica; después el residente la supervisa; en seguida el internista da la indicación, si requiere una operación y finalmente, el cirujano viene a ser el médico tratante, el cual puede otra vez enviar al paciente al internista y éste a su médico general.

Una de las críticas más consistentes que se han realizado en contra del sistema de clínicas para enfermos ambulatorios, es la que se refiere a que el médico, abrumado por el número de pacientes, pone poco interés en sus casos y ante la imposibilidad de seguir la evolución del padecimiento que aqueja a sus clientes, termina por perder ese escaso interés que le quedaba y finalmente, se convierte en un profesional frustrado y poco inclinado a procurar su desarrollo y actualización adecuados y por otra parte da lugar a que sea por esto menospreciado por los profesionales que ejercen una especialidad, con mayor éxito profesional y académico.

Sin embargo, es necesario meditar que la atención ambulatoria general o especializada, junto con la domiciliaria, constituye cerca de 89 por ciento de las actividades de atención médica dentro de los sistemas y por lo tanto, es necesario darle una mayor importancia y resolver los problemas que le atañen.

Por otra parte, estas instituciones son las que están vinculadas con la comunidad directamente y propician la promoción y la protección de la salud y en cierta medida, sirven a los hospitales para evitar el ingreso de casos de hospitalización innecesaria; o por el contrario que sean enviados tardíamente, con un pronóstico sombrío. Por lo tanto, es necesario diseñar programas de desarrollo, motivación y actualización del médico general y del especialista de la clínica, sistemas de reportes pormenorizados de los pacientes que envía el médico general a los hospitales del sistema y darle oportunidades para que tenga la posibilidad de discutir con los especialistas hospitalarios, el diagnóstico y el tratamiento que se les han formulado a sus casos y poder visitar a sus pacientes internados.

Inconvenientes y ventajas de las consultas externas.

"Muchos pacientes no desean ser atendidos en consultas externas:

10. Porque significa gran pérdida de tiempo y a veces de ingresos económicos, cuando tiene necesidad de ganar dinero durante la espera y eventualmente, la exposición al contagio de pacientes infecciosos que aguardan en los mismos ambientes."

"Esta desventaja ha tratado de minimizarse con las citas a hora determinada y gestiones a través de trámites expeditos y sencillos; pero muchas veces los casos graves o inesperados que llegan en un momento dado, el incumplimiento de la cita por parte del paciente o la llegada simultánea de varios enfermos, dificultan el que se obtenga una disminución de las esperas, al máximo."

" 2o. Por el congestionamiento de pacientes que se presentan a los diversos servicios, que dan un espectáculo deprimente y que en el fondo revelan la falta de facultades físicas del local y del mobiliario de las salas de espera o graves problemas de organización."

" También se ha tratado de evitar el hacinamiento de pacientes, y quizá uno de los medios de resolver el problema sea la decisión de construir clínicas de menos de 60 000 personas cubiertas, a fin de que haya menos posibilidad estadística de que llegue al mismo tiempo un número relativamente grande de pacientes."

" 3o. Trato inadecuado, pues en muchas cosas los pacientes acuden con padecimientos banales que ocupan una buena parte del horario del médico y, lo inclinan a adoptar la actitud rutinaria de no darle importancia a sus casos, aún cuando se presentan entre estos problemas que requieren una mayor atención, desde el punto de vista del diagnóstico."

" Esta actitud produce la insatisfacción del paciente, pues a veces espera que, aún cuando tengan un padecimiento de fácil diagnóstico y tratamiento que él había imaginado y, cuando al final recibe sólo la prescripción con un medicamento que le sea muy conocido y del dominio público, su frustración llega al máximo."

" 4o. El manejo de diversos formularios clínicos y administrativos, que al demorarse en su expedición y al extraviarse eventualmente, causan pérdida de tiempo y reclamaciones, máxime si el personal que llena los formularios carece de las características psicológicas necesarias para dar buena acogida al paciente."

" 5o. La poca atención que se le han dado a esta labor, por parte de la docencia de la medicina, en relación con este tipo de servicios y programas, pues los médicos de formación reciente y los estudiantes de

medicina, no muestran ningún interés por estos campos comunitarios de la medicina general y les consideran rutinarios, además de fastidiosos y sin posibilidad de que les reporten conocimientos."

"60. La competencia desleal de la profesión médica privada, que critica sistemáticamente a los sistemas de atención médica, con la esperanza de que aquellos pacientes que disfrutan de una mejor condición económica o que no les satisfagan los servicios, puedan ser sus clientes a la larga, médicos que exageran los defectos de los sistemas de consulta externa y que crean rumores en el sentido, no sólo del poco interés profesional de los médicos, sino también de la mala dotación de las policlínicas, en lo referente a auxiliares; circunstancia que por otra parte, muchas veces es inexacta, pues quizá una de las virtudes de estas organizaciones, es la que se refiere a que estandarizan los procedimientos de diagnóstico y tratamiento y generalmente cuentan con los mejores equipos especializados para este objeto, situación muy diferente y por lo menos poco uniforme, de la que se puede observar en la medicina privada, que lo mismo puede contar, a veces, con grandes instalaciones de alto costo o bien, en otros casos, utilizar una de condición muy modesta." ¹⁸

¹⁸ - E. Galt y Jaco. Ob cit. Págs. 603-604.

Las ventajas que se han estudiado en relación con las consultas externas, pueden describirse en la siguiente forma:

"1) Se trata de un servicio comunitario que puede ser muy oportuno y de calidad aceptable."

" Los ambulatorios que proveen medicina general son substitutos institucionales de los consultorios u oficinas de los médicos privados, que se pueden encontrar en casi todos los sistemas de seguridad social europeo. Los establecimientos de consulta externa proporcionan atención médica a núcleos de 5 a 50 000 personas y a veces complementan sus actividades con servicios dentales de tipo general, laboratorios de análisis clínicos, Rayos X y servicio de urgencia. En todos los casos realizan programas de promoción y protección de la salud y los departamentos o servicios de medicina preventiva siempre están bien estructurados y orientados hacia una proyección comunitaria."

" En muchos casos, en lugares aislados, estas unidades médicas cuentan con algunas camas de tránsito u observación, en donde lo mismo pueden prestarse los primeros auxilios a un caso urgente parto con material estéril desechable, que observar y vigilar al paciente en

tanto es trasladado a otra unidad, en donde se puede realizar un tratamiento más completo o con mayor seguridad."

" Las consultas externas de especialidad, son aquellas policlínicas que en la mayor parte de los casos forman parte de los hospitales generales o de especialidad y ofrecen programas y especialidades similares a los de la zona de hospitalización. Su capacidad y recursos han sido calculados para atender a una proporción de pacientes que se debe internar y a otra que requiere estos servicios, aún cuando no llegue hasta el ingreso hospitalario."

" Con el objeto de conseguir un trabajo coordinado y armonioso con la zona de hospitalización, es necesario que la planeación tenga las características que se han descrito, es decir, que se ofrezca una atención esmerada y de la misma calidad que la del hospital, que garantice que se estudiará el número suficiente de pacientes para que no existan camas vacías y que por otra parte, no habrá turnos o colas de espera de pacientes por internarse."

" En el hospital aislado la consulta externa sirve para seleccionar a los pacientes que deberán hospitalizarse y posteriormente, como en el caso de las clínicas para ambulatorios de un sistema, es un servicio de

revisión de pacientes egresados de la zona hospitalaria y vigilados hasta su alta definitiva."

" Las clínicas de consulta externa de tipo mixto.- Están en este caso, todas aquellas instituciones en las que, por lo reducido y aislado de la población, pues ésta no rebasa los 60 000 usuarios, todos los servicios se tienen que ofrecer en un mismo establecimiento; por lo tanto, no es raro encontrar programas de medicina preventiva, de medicina general y de especialidades; que se otorgan a pacientes ambulatorios y los que se destinan a pacientes hospitalizados."

" En realidad, para que puedan establecer las especialidades básicas, se requieren poblaciones cercanas de 40 000 usuarios y se podrán ofrecer en este caso especialidades, tales como gastroenterología, cardiología, neumología, dermatología, otorrinolaringología, oftalmología, ginecología y traumatología, además de los servicios de medicina general para adultos y niños, el servicio dental de pediatría para consultas de casos - problemas y de atención hospitalaria ya que pueden existir camas de hospital en el mismo edificio o construcción arquitectónica."

" La medicina preventiva se destaca como un servicio con estructura propia pudiendo existir secciones para programas de inmunizaciones de

control de enfermedades transmisibles, de educación higiénica y alimentaria, de promoción del saneamiento ambiental y de diversas campañas, como lo constituyen la lucha contra las enfermedades venéreas, la tuberculosis, la fiebre reumática, la diabetes, el cáncer, la caries dentales y otros padecimientos odontológicos y la de las enfermedades profesionales y accidentes de trabajo."

" El cálculo y la magnitud de las instalaciones de las especialidades están en relación con la morbilidad, la accesibilidad, la satisfactoriedad de la población usuaria, su grado de participación y con la división del trabajo que se adopte en el sistema."

" En muchos casos se prefiere desplazar especialistas hacia la periférica y hacerlos atender pacientes en dos o tres clínicas diferentes para completar un horario de 8 horas."

" El primer paso para la planeación de unidades periféricas, se refiere al estudio de las condiciones de la región y de acuerdo con ésta, determinar cuántos núcleos de población ameritan policlínicas periféricas y cuáles especialidades hospitalarias del sistema a donde se envíen los

pacientes, a través de normas de tránsito de enfermos de la periferia al centro." ¹⁹

"2) Es el centro de aplicación de los programas de promoción, protección y conservación de la salud, dirigidos a determinada área, tomando en cuenta sus características especiales; por lo tanto, es aquí donde la medicina preventiva en sus fases primaria y secundaria, tiene el mayor desarrollo."

" 3) El ambulatorio que cuenta con una población adscrita de más de 25 000 usuarios, no solamente puede ofrecer la medicina general y la de emergencia, sino algunas especialidades de las llamadas básicas, a las cuales puede recurrir el paciente sin tener que desplazarse en las ciudades a grandes distancias, con transportes congestionados; o en las zonas rurales, a través, de carreteras o medios de transporte incómodos y poco frecuentes."

" 4) Se puede planear, en lo que se refiere a medicina general, un sistema de médicos de adscripción fija de cierto número de pacientes, con la modalidad de atender a grupos familiares y así coordinarse con otros profesionales y servicios, con el objeto de prestar un verdadero

¹⁹ - Barquín Calderón, M.: Estudios de Unidades Médicas Costarricenses. Publicación Especial de la Caja Costarricense de Seguridad Social. San José, 1960.

servicio comunitario, en el que estén incluidos programas de inmunizaciones, de educación higiénica y alimentaria, y asesoría para el saneamiento ambiental, etc., con el apoyo de trabajadoras sociales y enfermeras sanitarias."

" 5) La accesibilidad a los especialistas de los principales auxiliares de diagnóstico, los que reportan directamente al médico tratante, en lugar de que refiera dicho profesional los pacientes a los laboratorios en otras unidades médicas o cuando más se limite a tomar el espécimen a través de sus ayudantes y enviarlo al auxiliar de diagnóstico del caso; lo que fomenta un diálogo útil entre el clínico y el médico del servicio auxiliar respectivo."

" 6) Para los establecimientos de atención médica hospitalaria del sistema, significa una selección de pacientes dentro de un marco normativo, que produzca una serie de casos completamente estudiados y que podrán internarse en forma oportuna, evitando el desperdicio de recursos cuando llegan a ingresar casos mal estudiados o sin la indicación adecuada; por otra parte, el paciente después de hospitalizarse, puede seguir bajo la vigilancia de un médico que está laborando dentro del mismo sistema normativo y que por lo tanto,

garantiza al paciente una mayor especialidad de obtener buenos resultados y seguimiento adecuado."

" 7) Ofrecer servicios de urgencia o de atención extemporánea en forma parcial o las 24 horas, ya sea en medicina general y traumatología o en otras especialidades; esto implica que el enfermo, aún cuando no sea atendido por su propio médico, éste tendrá la posibilidad de recibir los reportes respectivos."

" 8) Aún para los médicos este sistema de atención médica significa laborar en una condición normal, con jornada fijas, considerando que durante el tiempo destinado a vacaciones, será substituido por un compañero que tenga sus mismas características y que continuará atendiendo a su población, sin que se presente la sobrecarga de trabajo que sufre el médico de barrio, cuando salen sus colegas de la ciudad y que es obligado a levantarse a altas horas de la noche, para consecuentar con enfermos intransigentes y sacrificar muchas veces sus vacaciones, con el objeto de conservar una clientela, siempre amenazante y dispuesta y rechazarlo, buscando algún otro médico que se ajuste con más servilismo a sus exigencias." ²⁰

²⁰ - Cárdenas de la Peña, Ob. Cit., 1974.

Tipo de consultas externas. Aun cuando el término consulta externa pueda aplicarse a una zona de un establecimiento hospitalario a donde se atiende a los pacientes ambulatorios, en realidad es una función de la atención médica integral, que se realiza a través de un departamento dentro de las instituciones nosocomiales o bien, en establecimientos periféricos, pero ligados funcionalmente con los hospitales centrales; así pues, se consideran varios tipos de ambulatorios:

"1.- Consultas externas de medicina general con programas de medicina preventiva, de emergencia y de atención dental."

"2.- Consultas externas de especialidades, anexas generalmente a hospitales, y"

"3.- Consultas externas mixtas, en las que se ofrecen los servicios de medicina preventiva, general, especialidades y emergencias."

" Se deben asignar los recursos necesarios en la unidad médica de mayor capacidad y complejidad técnica, aunando las cifras de demanda de las unidades periféricas de la zona."

" Cuando la demanda de una especialidad no justifica el trabajo de 4 horas médico, es posible que se decida que esta especialidad se proporcione en el nivel superior, es decir, en aquella unidad médica que pueda apoyar a un ambulatorio en lo que se refiere a estas especialidades o bien, que se destinen médicos especialistas que recorran dos o más clínicas de consulta externa, destinando una jornada menor o cerca de 4 horas en cada uno de ellas y así poder contratarlos a tiempo completo, o sea de 8 horas. A veces resulta más conveniente que los especialistas trabajen en dos clínicas en diferentes días alternos."

" Uno de los aspectos que requiere mayor cuidado en estas unidades, es la población de la medicina general y la asignación del recurso respectivo, para lo cual haya que tomar en cuenta varios factores: primero, si se trata o no de asignar médicos de adscripción fija, es decir, de aquellos que tienen la responsabilidad de un número determinado de pacientes o bien, si el equipo de médicos generales recibirá indistintamente a los pacientes. Segundo, si se trata de la modalidad en la que la medicina general incluye la atención domiciliaria; y por último el hecho de que es difícil distinguir la consulta de primera vez y la subsecuente, tratándose de la medicina general. Por lo tanto, se estima la demanda de medicina general en forma independiente de las

especialidades, en lo referente a tipo de consulta y cálculo de productividad." ²¹

"En muchos casos, de las cinco atenciones por año y por personas cubiertas, por lo menos el 70 por ciento, es decir, 3.5, son atendidos por médicos generales, que proporcionan la atención a adultos y menores y el prenatal, hasta el séptimo mes de embarazo; en estas condiciones, es fácil calcular que una población de 2 000 a 2 200 personas necesitarán un médico de 8 horas, dado que atenderá una demanda anual de cerca de 7 000 a 7 700 consultas, que dividida en 300 días hábiles el año, vienen siendo aproximadamente 24 atenciones entre casos de primera vez y subsecuentes, que a razón de 15 minutos en promedio, requerirán 8 horas de trabajo. Estos horarios pueden dividirse cuando se trata de proteger a población trabajadora, que puede cambiar sus turnos de trabajo de la mañana a la tarde o bien, a la jornada nocturna; en ocasiones el médico general labora tres horas por la mañana y tres por la tarde, para que cualquiera que sea el horario del obrero o del trabajador, este pueda seguir atendiéndose con el mismo médico, existiendo dos alternativas; la modalidad de que el médico de adscripción fija atienda al grupo familiar completo o bien, que un médico se encargue de los adultos y otro de los menores, como sucede en algunas grandes ciudades. La modalidad de

²¹ - Barquin Calderón, M.: Ob. Cit., Págs. 407-409.

asignar núcleos familiares a un médico, ha sido uno de los sistemas que ha tenido mayor éxito, máxime que 6 horas laboradas con jornada discontinua, permite al médico destinar las dos horas restantes de un horario de tiempo completo o de 8 horas, para la atención a domicilio y conocer la comunidad."

" En esta forma, el médico general se convierte en la base del sistema de atención médica comunitaria, con la responsabilidad de vigilar la promoción y la protección de la salud en su población adscrita, auxiliándose con programas de inmunizaciones, educación higiénica y en general, del servicio de medicina preventiva de la unidad; enviando a los pacientes a interconsultas con los diversos especialistas del sistema y finalmente, determinando la indicación de la hospitalización, en primera instancia, a reserva de que los médicos de los hospitales confirmen y apoyen esta determinación o bien, la rectifiquen, y por supuesto resolver los problemas de medicina general de su población adscrita."

" Otro aspecto que es necesario tomar en cuenta, es que la capacidad arquitectónica de la unidad de un sistema como el descrito es aprovechada al máximo, puesto que con una jornada de 12 horas es un consultorio, se puede obtener la atención de una población que oscile entre 4 000 y 4 400 pacientes, en las que dos médicos generales se turnan en la utilización

del consultorio, de tal manera que se establecen turnos a partir de las 9 de la mañana; de 9 a 11 y de 3 a 6 el turno llamado A-C, en algunos sistemas; y de 11 a 14 horas y de 18 a 21 horas en el turno denominado B-D."

" La labor de los médicos familiares se completa con la de las enfermeras auxiliares y recepcionistas, encargándose las primeras, de aquellas labores que se relacionan con la preparación del enfermo, la toma de los signos vitales, la estatura y el peso y de realizar algunas otras maniobras propias de los auxiliares de enfermería; las recepcionistas reciben e instruyen a los pacientes. Otra profesional que colabora estrechamente con el médico general es la trabajadora social, la cual realiza todas las funciones que tiende a proyectar la influencia de la clínica en la comunidad: realizando visitas, encuestas, trabajo social de casos, etc. y finalmente, es de mencionarse la intervención de las enfermeras sanitarias, en todos aquellos programas que tienen relación con la promoción y protección de la salud, orientados debidamente por el especialista del departamento de medicina preventiva de la propia clínica o bien, de la unidad que sirve de apoyo a ésta, cuando se trate de unidades pequeñas." ²²

SERVICIOS DE EMERGENCIA

²² - Castelazo Ayala, L.: Asistencia Médica, Organización y Funcionamiento en Consulta Externa y Hospitales., Seguridad Social. Año XXI Nos. 80-81. Mazo-Junio, 1973. México, D.F. Págs. 197-199.

Los servicios de emergencia de las instituciones médicas pueden definirse como unidades que prestan servicio de inmediato a la población usuaria, cuando ésta se encuentra en condiciones de morir, de sufrir una incapacidad permanente u otro riesgo grave.

Los servicios de emergencia tienen, desde luego, diferente amplitud y capacidad, según se trate de sistemas integrales de atención médica, unidades médicas aisladas o locales para primeros auxilios e internación transitoria de pacientes en puestos o postas periféricos.

En muchas regiones cubiertas por sistemas de atención médica, se ha intentado una planificación de los servicios tomando en cuenta el área geográfica y la demanda probable de servicios de urgencias, procurando asignar recursos a las diferentes unidades médicas que operan regional y localmente.

"En algunos modelos de atención médica se considera una emergencia cuantificada, en relación con las atenciones totales que demanda el sistema; así, se ha observado en términos generales una demanda del 10 por ciento de los servicios de la atención médica. Sin embargo, la demanda de emergencia no significa forzosamente el riesgo de morir o quedar incapacitado en forma permanente; en muchos casos se

solicita la atención por comodidad y accesibilidad del servicio, por la imposibilidad de que el paciente se atienda en horas normales o simplemente por tratarse de un enfermo aprensivo, lo que conduce a un buen número de sujetos a solicitar los servicios de emergencia; por lo tanto, debe distinguirse la urgencia verdadera de aquellas atenciones extemporáneas, que se realizan en todos los servicios de atención urgente y que en muchos casos constituyen, por su número, un verdadero bloqueo para enfermos cuya condición es de extrema gravedad."

"La proporción de enfermos de urgencia verdadera puede ser solamente la quinta parte de la demanda de emergencia que se presta en las unidades médicas. La demanda de atenciones de emergencia puede ser similar a la de los ingresos diarios que tiene un hospital, para la atención de pacientes de estadia corta (estancia breve)."

"Si se considera que el número de enfermos que ingresan y los que se presentan a emergencia es similar y que la urgencia verdadera es hasta de un 20 por ciento de la consulta de emergencia, se justifica la actitud de procurar una ocupación no mayor del 80 por ciento de internaciones programadas, para que en el 20 por ciento restante se puedan ingresar los casos de extrema urgencia además de considerar que algunos de ellos son retenidos en observación en el servicio de

emergencia y otros enviados al departamento de terapia o cuidados intensivos." ²³

El servicio de urgencia en las unidades médicas.

"Desde el punto de vista de facilidades físicas, es necesario contar con el conjunto arquitectónico con el número suficiente de locales para realizar el diagnóstico, la observación y el tratamiento de estos casos. En muchos países con una gran población infantil y en hospitales que tienen más de 50 camas, es posible encontrar servicios de emergencia que cuentan con secciones diferentes para el tratamiento de adultos y de menores y en nosocomios de más de 200 camas de tipo general se podrán diferenciar locales para casos de medicina interna y de cirugía, y por separado los de gineco-obstetricia y de pediatría."

"Con referencia a las grandes divisiones de la atención médica puede afirmarse que es similar la implementación de los servicios de medicina de cirugía y de gineco-obstetricia, pero que la atención de los menores requiere una serie de cubículos con mesas pediátricas, en los que se puedan efectuar tratamientos en relación con casos de deshidratación, desnutrición de tercer grado e infecciones de los aparatos digestivo y respiratorio. Por lo tanto es menester que,

²³ - Barquin Calderón, M. Ob cit. Pág. 310.

independientemente de las instalaciones de oxígeno y succión, se prevean las que tienen que ver con la introducción de líquidos reparadores a través de venoclisis y cámaras con ambiente húmedo y de temperatura graduable para enfermos pediátricos."

"En hospitales de menos de 200 camas, pueden encontrarse unidades que agrupan los locales o ambientes de emergencia con los de traumatología, curaciones e inyecciones y en los hospitales de más de 200 camas o en las unidades médicas especializadas en urgencia y traumatología, pueden existir instalaciones de emergencia, que cuentan con servicios de laboratorio, radio-diagnóstico y departamentos especiales para quemados y poutraumatizados; en muchos casos se construyen locales de reserva para grandes desastres o siniestros."²⁴

Organización.

"La organización de los servicios de urgencia de la colectividad puede llegar a un perfeccionamiento tal, que implique la coordinación de los recursos humanos materiales, de transporte y comunicación, para constituir un verdadero sistema, en el cual, marcando un número telefónico, se puede lograr la comunicación con una central de urgencias o de desastres, que moviliza, a través de emisiones radiales o telefónicas,

²⁴ - Barquin Calderón, M.: Medicina Social., Editorial Méndez Oteo, México, 1987. Págs. 311.

los vehículos o ambulancias más cercanos al lugar del accidente, con el objeto de atender a las personas involucradas en un siniestro, a la brevedad posible. La organización se complementa con el mecanismo de información, que localiza camas vacías que existen en el sistema hospitalario regional, de tal manera que puedan utilizarse al máximo estas facilidades de recursos institucionales y referir a los pacientes en centros especializados, para que obtenga cuidado más eficiente."

" En otros casos, servicios ampliamente automatizados pueden recoger los informes correspondientes a los pacientes de una región a base de terminales de computadora, en las unidades médicas donde se presta el servicio de urgencia, transmitir en sus pantallas, los principales datos de un enfermo: como el tipo sanguíneo y otras características inmunológicas y el resumen de sus antecedentes patológicos."

Los auxiliares.

" En lo referente a auxiliares, es necesario contar fundamentalmente con el laboratorio de análisis clínicos y el servicio de radio-diagnóstico. Por lo que se refiere a análisis clínicos, la demanda de determinaciones urgentes puede resolverse por medio del laboratorio de emergencia que forme parte del departamento de análisis clínicos o bien, construyendo anexo al área de emergencia, un laboratorio que funcione las 24 horas y

que proporcione el servicio relativo a las pruebas que se consideran de urgencia." ²⁵

"Se consideran estudios especiales que se deben realizar en los departamentos de emergencia, en lo referente a radiología, aquellas radiografías de cráneo, huesos de la cara y senos paranasales, maxilares, órbita, columna vertebral, pelvis, tórax oseo, articulaciones sacroilíacas y coxofemorales, miembros superiores e inferiores, radiografías simples de abdomen y de contenido abdominal sin contraste, estudio fluoroscópico de corazón y pulmones, tórax en general. Radiografías simples de tejidos blandos, para localizar agujas, balas y otros cuerpos extraños; radiografías hechas a través de la introducción de una sonda, aparato de exploración con medio de contraste, en heridas y comunicaciones anormales."

El expediente clínico.

"La hoja clínica para la atención de casos de urgencia, reúne los aspectos resumidos relativos al registro, es decir: nombre, sexo, edad, domicilio, referencia, fecha, hora en que se presentó el paciente, nombre del médico en turno y los datos sobre la atención médica obtenido por interrogatorio directo o indirecto. Los antecedentes relacionados con la

²⁵ - Ibidem, pag. 313.

urgencia y un resumen de los signos y síntomas del padecimiento actual, así como la exploración de la región o de los sistemas afectados, al diagnóstico de presunción y los datos en relación con la evolución, órdenes y tratamientos durante la permanencia del paciente en la sección de observación; el resultado de los análisis de laboratorio o de los estudios radiológicos; el diagnóstico final, basado en éstos, y, finalmente, la conducta planeada en relación con el lugar donde se atenderá al enfermo, sea en la unidad, en un piso de especialidad, en terapia o cuidados intensivos o bien, si se refiere a otra unidad y las razones del envío, la calificación del grado de la urgencia y por separado, pero formando parte del mismo formulario, los datos complementarios, si se trata de lesiones consecutivas a un accidente o a lesiones provocadas, estableciéndose en estos casos la obligatoriedad de notificar el hecho a las autoridades competentes, especificando las características o condiciones en que sucedió el accidente, la riña, intento de suicidio, o por influencia del alcohol o de drogas."²⁶

El personal.

En la mayor parte de los hospitales, el personal médico residente se organiza en guardia y cubre las 24 horas el servicio; en los casos-problemas se llama a los especialistas, para que éstos intervengan; en

²⁶ - Barquin Calderon, M.: *Op. Cit.*, Págs. 638.

caso de hospitalización de los pacientes, se requiere el visto bueno del respectivo jefe de servicio o bien el jefe de la guardia asume tal responsabilidad, de acuerdo con la reglamentación en vigor. Excepcionalmente se observa que el personal médico de base proporcione los servicios de emergencia y cuando más, se nombra un jefe de esta categoría.

El equipo.

"Las salas de tratamiento de los servicios de urgencia pueden contener el equipo que se recomienda para salas de operaciones, incluyendo el equipo de anestesia, pues cada vez es mayor el número de maniobras que se realizan en éstas. En otros casos, se reglamenta que cuando se requiere anestesia general, se envíen los pacientes a los quirófanos centrales, donde existen los elementos materiales y humanos para realizar una operación de cirugía mayor."

"Se recomienda, por lo tanto, que existan las instalaciones luminosas cenitales, negatoscopios, relojes eléctricos, señales luminosas para llamar enfermeras y sistemas de aire acondicionado. Además, equipos e instrumental para realizar operaciones, tales como suturas o reducir luxaciones y fracturas simples no expuestas y aparatos, tales como resucitadores, cardiopulsores, electrocardiógrafos, desfibriladores

y marcapasos, etc. En hospitales o unidades de emergencia especializados en traumatología, pueden encontrarse, inclusive, aparatos de monitoreo en las camas-camilla de observación." ²⁷

ATENCIÓN A DOMICILIO.

El servicio de atención a domicilio es una de las entradas o áreas del sistema de atención médica, que se encarga de la atención del proceso diagnóstico-tratamiento de los pacientes de tipo agudo con padecimientos frecuentemente banales, pero incapacitantes; o bien del seguimiento de ciertos casos, referidos por los hospitales en el lapso posterior a la internación, o de la atención de algunos padecimientos crónicos que requieren aislamiento en domicilio o que incapacitan y finalmente de la atención de algunos casos terminales que no requieren hospitalización, tomando en cuenta en todos los casos, el medio familiar.

El servicio de atención a domicilio tiene además por objeto complementar los servicios de atención médica con programas de proyección a la comunidad y para el efecto concurren diversos tipos de profesionales paramédicos en dichos programas. Estos tienen por objeto determinar la problemática socio-económica de la población usuaria y sus relaciones con la morbimortalidad en general y facilitar la aplicación de

²⁷ - Ibidem, pag. 639.

programas médico-preventivos. Para los cual concretamente colaboran con el servicio de atención médica en educar a la población usuaria en materia de nutrición, de higiene y de utilización adecuada de los servicios del sistema de atención médica; procurar motivar para conseguir la mejoría de las condiciones socio-económicas y ambientales de la población protegida por el sistema y lograr la participación activa de los usuarios en la solución de los problemas de salud.

Los servicios de atención a domicilio se clasifican según el tipo de profesional que los imparte, pues no siempre están a cargo de médicos cirujanos: médicos generales, familiares o comunitarios, sino que en muchos casos se trata de personal paramédico, (fundamentalmente enfermeras y trabajadoras sociales visitadoras.

"Se pueden así mismo considerar programas de tipo domiciliario, aquellos que significan una penetración en algunos lugares apartados o marginados en los cuales las brigadas multidisciplinarias tiene a su cargo diversos programas en relación con aspectos de atención médica, atención odontológica, y programas de organización y desarrollo comunitario. Así mismo, algunos programas de penetración se realizan a través de vehículos o unidades móviles y a veces barcos o transportes

fluviales y en otros casos aviones o helicópteros cuando se trata de poblaciones rurales muy aisladas."

" El servicio de atención a domicilio significa para el paciente la más cómoda y satisfactoria de todas las atenciones médicas, pues independientemente de que permanece en su domicilio y por lo tanto se molesta con traslados ni se desarraiga del núcleo familiar, no está sometido a una serie de trámites y molestias propias de las instituciones, sobre todo las que se refieren a esperas, tanto en líneas o "colas" en las que para este objeto existen en las clínicas y hospitales; no tiene que tratar con el personal auxiliar de la institución y se considera en su casa, con el apoyo moral y material de los miembros de su familia. "

" Por lo tanto es frecuente que trate de abusarse del servicio y en muchos casos, los médicos para los cuales el servicio es molesto, porque significa el traslado, muchas veces en sus propios vehículos a domicilios lejanos o cuyas vías de acceso o calles están en malas condiciones, expuestos a las inclemencias del tiempo, etc., por lo que tratan de restringir al mínimo la prestación de este servicio, y cuando tienen la fuerza de presión suficiente, a través de sus organizaciones gremiales: lo suprimen. "

"Por otro lado para las propios médicos significa un proceso de adaptación y comprensión del usuario de los servicios del sistema, pues cuando sólo ejercen en oficinas pulcras y bien instaladas, pierde, la noción de las condiciones precarias desde el punto de vista económico, social, habitacional y educativo que tienen los núcleos de personas que dependen de ellos para recibir los servicios de atención médica; esta motivación de los médicos encargados de los servicios de atención a domicilio, origina una mayor corriente de comprensión hacia los pacientes que redunde en beneficio de estos; pues el médico no sólo se interesa en el caso desde el punto de vista de la enfermedad física, sino frecuentemente enfoca los aspectos psicológicos y sociales del individuo, de la familia y finalmente de la comunidad."

"En algunos sistemas de atención médica, los servicios de atención domiciliaria coadyuvan, con algunos servicios de especialidad de las instituciones hospitalarias, y por lo tanto los realizan algunos especialistas." ²⁰

Los servicios de atención a domicilio proporcionados por médicos están ligados frecuentemente a programas en medicina general, de medicina familiar o de medicina comunitaria y en muchos casos el mismo

²⁰ - Roemer I.M.: *Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud*, y sigs. Editorial Siglo XXI. México. 1980. Págs. 151.

médico que proporciona los servicios de atención a domicilio, presta la atención médica a los ambulatorios en las clínicas periféricas, en estos casos, un sector de la población que se calcula de acuerdo con la productividad de los médicos generales, considerando la atención del paciente ambulatorio en la clínica y la proporción de visitas necesarias, determinan un número fijo de usuarios o adscripción fija de personas cubiertas por el sistema; las cuales tienen su habitación en la misma zona de la ciudad o de la comunidad con el objeto de hacer más fácil el acceso a los domicilios de los diversos pacientes y buscar una mayor facilidad para los médicos y una mayor productividad en lo que se refiere al número de visitas a domicilio.

En resumen, un buen servicio médico de atención a domicilio independientemente de significar un ahorro o una mejor utilización de las camas de hospitalización al referir cierto tipo de pacientes que pueden atenderse a domicilio, de acuerdo con una concepción de la atención progresiva de pacientes: a todos aquellos enfermos que requieren mínima vigilancia y atención de parte de los profesionales de la medicina; responde al proceso de transformación de la sociedad actual que en muchos casos provoca desajustes en la vida familiar y tiene repercusión en la salud de sus miembros, máxime que esta salud, está en relación con las variadas características de los problemas ambientales, sociales, culturales, psicológicos, epidemiológicos, y económicos; que en su

conjunto representan un desequilibrio ecológico y la atención a domicilio significa el complemento de las actividades de un sistema de salud integral, pues además en la comunidad puede apoyarse en un equipo multidisciplinario, como ya se explicó. Sirviendo de primer contacto del usuario con los servicios de salud fuera de las instituciones de atención médica y el hecho de tener bajo su cuidado cierto número de usuarios residentes en una área determinada, permite un mejor conocimiento de las condiciones de sus pacientes y una mejora evidente de las relaciones médico-paciente, que en algunos casos se ven deterioradas en los servicios de atención médica; pues mantiene siempre bajo su responsabilidad la continuidad de la atención; tanto en los domicilios como en las unidades de consulta externa de medicina general y puede orientar sus acciones hacia la familia, teniendo presente las importantes áreas de las ciencias del comportamiento y de los factores derivados de la ecología, cumpliendo satisfactoriamente los programas de salud integral a la familia y a la comunidad, sirviendo en muchos casos de orientador y consejero de los núcleos familiares que se han puesto a su cuidado, no sólo en lo referente a acciones preventivas; sino aún en los campos de educación sexual y planificación familiar. En muchos casos las enfermeras que integran los equipos, tienen a su cargo programas de promoción y protección de la salud, sobre todo aquellos dirigidos a los núcleos familiares, y en particular los que tienen que ver con programas

de higiene maternoinfantil, higiene personal, e higiene escolar. En algunos casos en que no se ha logrado la contratación del profesional de la medicina en las comunidades, son las enfermeras visitantes las que se encargan de estos programas preventivos teniendo a su cargo un grupo de familias, visitándolas periódicamente y reportando a los médicos de las unidades periféricas; policlínicas o centros de salud en relación con problemas comunitarios, o bien investigando contactos en casos de enfermedades transmisibles, o realizando el seguimiento de ciertos problemas de enfermedades crónicas.

"Las trabajadoras sociales cuando forman parte del grupo de trabajo, laboran, participan en los programas y diversas encuestas que reflejan las condiciones socio-económicas de tipo familiar y comunitario a través de estudios, encuestas, estudios médico-sociales de casos, pues están en capacidad de conocer en su área geográfica, datos demográficos, de vivienda, de instituciones de enseñanza, de centros de trabajo, de agrupaciones de trabajadores y de establecimientos de diversos tipos de prestaciones sociales, y demás servicios que tiene la comunidad. Lo que permite un enfoque más amplio de una atención integral."

" En el caso de las dietistas o auxiliares adscritas a estos programas, se da reconocerse su importancia en la participación de los programas nutricionales, proporcionan educación y orientación alimentaria para satisfacer las necesidades de grupo o del individuo y auxilian a los médicos en el tratamiento y vigilancia dietética de acuerdo con las condiciones socio-económicas de cada paciente."

" La organización del servicio domiciliario requiere registros en los cuales aparezcan los núcleos familiares adscritos a los médicos o equipos multidisciplinarios y en el caso de la atención médica basta una llamada telefónica para que las reportadoras, después de elaborar las relaciones de las visitas en coordinación con el archivo clínico de la unidad médica respectiva y previa consulta de los tarjeteros, entreguen una relación específica de las visitas a los propios médicos quienes se encargarán de decidir, en caso de que sea auxiliados por otros profesionales, de asignar las funciones de acuerdo con la importancia que el caso requiere, o practicar la visita personalmente."

" Los datos que se recogen en las diversas atenciones domiciliarias, deben incorporarse a los expedientes de los pacientes respectivos, tanto si se trata de actividades preventivas como de curativas, de tal manera

que el cuerpo médico pueda tener a la mano todas las características de sus pacientes y poder obrar en consecuencia."

" Los médicos generales o familiares encargados de estos servicios tienen la función, además de seleccionar los pacientes que son referidos a las clínicas, ya sea para que obtengan los servicios de especialistas, de los auxiliares de diagnóstico, o bien determinar la indicación para la internación, en algunos casos."

" En algunos sistemas de atención médica se proporcionan además los servicios de laboratorio y de Rayos X, fundamentalmente en las urbes en las cuales la concentración de la población usuaria se presta para realizar tales funciones."

" Otro servicio complementario es el que se refiere al transporte de pacientes sea a través de ambulancias, cuando el caso lo requiere, o bien de transportes para enfermos incapacitados, que son llevados a las unidades médicas para que allí obtengan los servicios de algunos auxiliares de tratamiento, esto es relativamente frecuente en aquellos casos de inválidos que están sometidos a tratamientos de medicina física o de rehabilitación."

" En lo referente a servicios rurales, cuando se trata de poblaciones que están habitadas por menos de 2 500 habitantes, o bien cuando se trata de población rural dispersa, estos servicios son proporcionados por empleados paramédicos que deciden la participación de los médicos, que se encuentran en las unidades médicas de apoyo a los servicios rurales, en muchos casos la atención del parto normal, con estuches obstétricos de equipo y material desechables sirven para prestar este servicio en poblaciones aisladas y dispersas." ²⁹

1.4 NIVELES DE COMPLEJIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

Con el objeto de racionalizar la atención médica y proporcionar con oportunidad y calidad los servicios de acuerdo con la problemática de la salud de los usuarios, se ha diseñado la estrategia llamada "Niveles de complejidad de la atención a la salud".

En nuestro medio el sistema está integrado por tres niveles de atención. El primero es responsable del diagnóstico, tratamiento de los padecimientos sencillos, seguimientos de los casos referidos por los otros niveles, y promoción del saneamiento y mejoramiento del ambiente;

²⁹ - Bridgman, R.F.: The Rural Hospital its Structure and Organization World Health Organization Monographic series Num. 21 Gêneve, 1955.

este nivel se apoya en los niveles superiores a donde refiere temporalmente a los pacientes.

"Las actividades del primer nivel se enfocan primordialmente a preservar y conservar la salud de la población por medio de acciones de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los padecimientos que se presentan con cierta frecuencia, y cuya solución es factible mediante recursos simples."

"En lo referente al medio se procura lograr un saneamiento ambiental básico."

"Al segundo nivel corresponden las actividades dirigidas a la restauración de la salud, atendiendo daños poco frecuentes y de mediana complejidad; otorga servicios a pacientes derivados del primer nivel y a los que presentan espontáneamente con urgencias médicas o quirúrgicas."

"En lo que respecta al medio ambiente, se ejerce el control sanitario de la contaminación ambiental, con apoyo de laboratorio de salud pública."

" El tercer nivel realiza actividades de restauración y rehabilitación a usuarios que presentan padecimientos de alta complejidad de diagnóstico y de tratamiento; y que han sido referidos por los otros niveles de atención."

" En cuanto al aspecto ambiental se ejercen acciones normativas y de "monitoreo" de la contaminación, que requieren de tecnología especializada. Cuando se trata de una ciudad capital éste es el nivel central en lo referente a administración y normatividad."

" El mecanismo de dirección y enlace administrativo del sistema, se integra por lo siguientes estratos jerárquicos: central, esencialmente normativo, de planeación, dirección y control (supervisión y evaluación); uno intermedio de adaptación de normas y manejo de programas y servicios en el ámbito provincial o de entidad federativa, y un local, representado por la jurisdicción sanitaria y de atención médica distrital o municipal." ³⁰

Primer nivel de atención.

La infraestructura, recursos y organización de este nivel responden al hecho de que su finalidad es la atención a las necesidades simples de

³⁰ - Barquin Calderón M.: *Op. Cit.* Pág. 317.

salud, pero continuas, de poca complejidad, accesibles a la población usuaria que habita en la comunidad o en las inmediaciones.

Actividades.

Las acciones deben tener calidad uniforme, atender cuando menos al 70 por ciento de los problemas que se presenten en el sistema, e incluir la aceptación y la participación de la comunidad, así como lograr que ésta esté satisfecha merced al desarrollo de las mejores relaciones humanas.

"Los servicios mínimos o básicos que caracterizan a este nivel, están dirigidos no sólo a la atención de los programas de la persona, sino también a la modificación positiva de la ecología; por ello, deben abarcar tanto al ser humano como al medio ambiente; pueden existir diversas modalidades, de acuerdo con el país, la situación económica y social, y el grado de desarrollo."

"Aún cuando la característica básica es la simplicidad de los recursos, en la práctica se requiere la conjugación de recursos médicos, de enfermería y de promoción social, para realizar tareas como la detección de enfermedades crónico-degenerativa, vigilancia epidemiológica y organización de la comunidad."

" En forma explícita los equipos de trabajo se deben ocupar de:"

" 1.- Conocimiento del nivel de salud individual, familiar y comunitaria (diagnóstico de salud)."

" 2.- Orientación y capacitación de la población usuaria para el cuidado de su salud, mediante la formación de grupos de: "

- " - Adultos (comités de salud)**
- Jóvenes**
- Embarazadas y madres en periodo de lactancia**
- Mujeres en edad fértil**
- Escolares "**

" 3.- Nutrición.

- Orientación nutricional**
- Alimentación complementaria a menores de cuatro años, embarazadas y madres en periodo de lactancia. "**

" 4.- Promoción para el saneamiento. Apoyo a la vigilancia y control del ambiente.

- Detección y referencia de problemas de control ambiental. "**

- " 5.- **Control de enfermedades prevenibles por vacunación.**
- **Vacunación de los menores de 5 años contra la poliomielitis, sarampión, difteria, tosferina, tétanos; en casos especiales: antiparatiditis, antirubeola, y antirrábica; es necesario inmunizar a los menores de 14 años; con vacuna B.C.G. contra la tuberculosis, y aplicación de toxoide tetánico y vacuna antifoídica a grupos expuestos a alto riesgo."**
- " 6.- **Detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas."**
- " 7.- **Control y vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles."**
- " 8.- **Consulta médica general a:**
- **Enfermos**
 - **Sanos**
 - **De planificación familiar**
 - **De control del embarazo y puerperio normal y atención del parto normal, en caso necesario.**
 - **Detección de incapacidades y referencia para su tratamiento y rehabilitación.**

- **Atención y referencia de urgencias médico-quirúrgicas, canalización al nivel indicado de distocias y casos complejos de perinatología."**

"9.- **Atención odontológica a grupos prioritarios y atención de urgencias estomatológicas. "**

" 10.- **Capacitación y adiestramiento a personal auxiliar de la comunidad."**

" 11.- **Referencia:**

- **De pacientes al hospital general o a ambulatorios especializados.**
- **Para estudios de laboratorio y gabinete al hospital general.**
- **Para problemas de control sanitario y ambiental al centro jurisdiccional." ³¹**

³¹ - Ibidem, págs. 318-319.

Atención a personas.

La población a atender puede encontrarse en áreas urbanas, concentrada en pequeñas unidades, dispersa en áreas rurales o en núcleos inmediatos a las ciudades.

Es necesario tomar en cuenta que existen una serie de comunidades de carácter rural cuyas dimensiones poblacionales son inferiores al volumen requerido para otorgar un mínimo de servicios por un equipo interdisciplinario; para estos casos se establece una forma de atención que permite proporcionar servicios mínimos a partir de una unidad física, ubicada estratégicamente, para lograr la cobertura a varias comunidades con base en líneas isócronas de traslado. Para ello, se ha diseñado una unidad de atención para población dispersa, atendida por un médico o pasante de medicina y un promotor, que son reponsables de un grupo de comunidades apoyadas en una unidad, en un segundo escalón del primer nivel o en una unidad médica de segundo nivel. Si el núcleo poblacional es muy pequeño, el consultorio lo atiende un promotor, auxiliar de salud o de enfermería.

Siguiendo los criterios anteriores, los rangos de agrupación demográfica son los siguientes:

**"1.- Menos de 2 500 habitantes (población rural dispersa).
Comprende a poblaciones menores de 2 500 habitantes dentro de
una distancia cuyo tiempo de traslado por los medios habituales de
transporte (isócrona), sea de una hora de duración como máximo."**

" 2.- De 2 501 a 15 000 habitantes.

3.- De 15 001 a 30 000 habitantes.

4.- De 30 001 a 100 000 habitantes.

5.- De más de 100 000 habitantes."

**"No se recomienda que una sola unidad médica atienda núcleos
demográficos de más de cincuenta o sesenta mil usuarios."**

Tipo de unidades.

**"El sistema modular de primer nivel de atención consiste en
asignar 2 500 personas a un equipo interdisciplinario de salud y permite
unificar las características generales de las unidades físicas en que se
proporcionan los servicios; sin embargo, es conveniente disponer de**

cierta flexibilidad para conjugar algunas acciones, administrar adecuadamente las unidades, facilitar la logística y, sobre todo, responder a variaciones demográficas locales."

" Los consultorios o unidades primer nivel diseñados para el sistema, tienen capacidad para atender 2 500 a 5 000 habitantes mediante dos consultorios, hasta 15 000 habitantes con 6 consultorios a 30 000 personas mediante unidades de 12 consultorios, en las urbes. En las poblaciones de menor número de habitantes constituidas por población dispersa, basta con la mitad de los consultorios."

" La selección del tipo de unidad para un área geográfica determinada, depende de los siguientes factores: "

"1.- La densidad demográfica, en función del número de personas a atender, es una área geográfica determinada y su demanda."

" La demanda se incrementa en razón de la mayor accesibilidad geográfica y económica, disponibilidad de recursos, horarios adecuados, participación de la comunidad, así como responsabilidad de recursos,

horarios adecuados, participación de la comunidad, así como responsabilidad y "educación médica" de los usuarios."

" 2.- Las líneas isócronas de acceso; es decir, las distancias a recorrer por los usuarios para acudir a los centros de atención médica en un tiempo dado, independientemente del transporte utilizado, que se reúnen para formar un polígono en el mapa." ³²

Los centros de salud o clínicas que realizan su operación con varios equipos interdisciplinarios (médico, enfermera y promotor y, de ser posible, un odontólogo o pasante), trabajando en una sola planta física, presentan las siguientes ventajas:

- "1.- Agrupar módulos que facilitan el control de sus actividades."
- "2.- Intercambiar información epidemiológica y operativa entre el personal de los módulos."
- "3.- Facilitar la adaptación a las unidades físicas para la presentación de servicios que se encuentran relacionados con grupos de personas (la salud bucal, urgencias y vacunación),

³² - Cordera, A., Bobenrieth, M.: Administración de Sistema de Salud. Tomo I. Págs. 113-115, A. Cordera y M. Bobenrieth. México, D.F., 1983.

facilitar también el funcionamiento de servicios de apoyo (almacén, farmacia, intendencia y vigilancia), que pueden organizarse en forma más eficiente cuando sirven a varios grupos de trabajo."

"4.- Permitir ajustes conforme las variaciones demográficas lo requieran, poniendo en funcionamiento el número necesario de módulos a medida que crecen las áreas en forma paralela a los usuarios de los servicios."

"Un factor de organización operativa que puede conservarse estable, independientemente del tipo de unidades, es la cobertura definida de 2 500 personas en áreas rurales y 1 500 en zonas urbanas, por equipo de primer nivel, que asegura la atención de calidad uniforme, de programación y de evaluación de las acciones, además de mantener indicadores constantes de la eficiencia operativa del programa." ³³

Las unidades físicas de primer nivel pueden ser las siguientes:

Centro de salud o consultorio rural o suburbano

Centro de salud o clínica rural o suburbana

Centro de salud y hospital rural, clínica urbana.

³³ - Cordera. A. Bobenrieth, Ob cit. Págs. 115-116.

Unidades de medicina familiar.

"Centro de salud o consultorio rural o suburbano. Este puede estar destinado a población rural dispersa o a población rural suburbana y marginada. Sus recursos de personal son: médico o pasante en servicio social o auxiliar de salud (paramédico)."

"El médico pasante en servicio social en población dispersa se ubicará en el centro de salud o consultorio rural, habitando en la propia unidad para garantizar su permanencia en el servicio; este centro se ha de localizar en la población que tenga mayor accesibilidad en el área enmarcada por la línea isócrona."

"El médico es responsable de la atención a la salud en cuanto a consultorio médico, control de enfermedades, planificación familiar y educación para la salud. Al promotor o paramédico seleccionado entre los habitantes de la comunidad, se le otorga contrato y se le adiestra por parte de la institución; tiene la responsabilidad de recorrer las poblaciones vecinas para la organización de la comunidad, la promoción de servicios, la detección y la referencia de casos evidentes de enfermedad al consultorio rural."

"El centro atiende a la población de la localidad sede y a la población dispersa que reside dentro de un área de desplazamiento no mayor de una hora, utilizando los medios habituales de transporte; la población que se controla con este tipo de unidad no debe ser mayor de 5 000 habitantes, y para su operación se puede integrar hasta con dos equipos, formados cada uno por un médico en servicio social y un promotor en salud cada uno."

"Estos cálculos se refieren a semana de seis días laborales (300 al año). Tratándose de semana de cinco días, sobre todo en las urbes y con una accesibilidad que permita una concentración de 3.5 atenciones de medicina general por año y por usuario, la cobertura del médico se reduce a 1 500 usuarios, laborando aproximadamente 220 días al año, y con una carga de trabajo de 24 consultas por día a razón de 4 consultas por hora, por seis horas de jornada, o dos jornadas de 3 horas, una matutina y otra vespertina."

"Los indicadores de demanda de grandes urbes son, por lo menos, tres veces mayores que los de la población campesina dispersa."

"En poblaciones de menos de 2 500 habitantes, el servicio se proporciona en un consultorio atendido permanentemente por un

promotor o auxiliar de enfermería. Se programa la visita periódica de un médico en servicio social. A este pequeño establecimiento se le conoce como primer escalón del primer nivel, pudiendo haber un segundo escalón de primer nivel."¹⁴

Una variedad de estos establecimientos son las unidades móviles.

"Centro de salud, clínica rural o suburbana. Se ubica en localidades de tipo rural, pero urbanas y suburbanas, y es responsable de la salud de 5 001 a 15 000 habitantes que residen en un área geográfica de:"

- Población usuaria concentrada: 20 a 30 minutos de desplazamiento a pie.
- Población dispersa: una hora de desplazamiento utilizando los medios habituales de transporte.

Para su operación se requiere de:

- 3 a 7 médicos generales.
- 3 a 6 auxiliares de enfermería, promotores o empleados paramédicos y personal de apoyo. Estas cifras son aplicables considerando la semana de seis días hábiles, calculando un ajuste en el esquema de cinco días laborales, según el caso."

¹⁴ - Ibidem, pág. 117-118.

Manteniendo el sistema modular, dos o más equipos, integrados por médicos, auxiliar de enfermería o promotor, por cada 2 500 o menos habitantes, y si la demanda es cercana a la urbana, pueden ser apoyados por:"

- " - Un odontólogo general o dentista en servicio social**
- Un oficial administrativo**
- Dos despachadores de farmacia**
- Dos o cuatro agentes de limpieza y transporte." ³⁸**

"Centro de salud o clínica urbanas. Tiene capacidad para atender de 15 001 a 30 000 habitantes en consulta externa. Se ubica esencialmente en el medio urbano, en la localidad de mayor concentración demográfica; en su caso de que deba atender o población dispersa o agrupada en pequeños núcleos de población, se calculan equipos multidisciplinarios adicionales."

" Esta unidad médica es responsable de la salud de los habitantes que residen en un área geográfica con: "

³⁸ - Ibidem, pág. 118.

" - Población usuaria concentrada: cuya línea isócrana de desplazamiento a pie sea de 20 a 30 minutos para llegar al centro comunitario."

" - Y en el caso de población usuaria dispersa: una hora de desplazamiento por los medios habituales de transporte."

" Para su operación se puede disponer de los equipos de primer nivel de atención que sean necesarios, así como de un módulo de atención primaria de la salud bucal. El personal requerido para atención de 15 000 a 30 000 personas en grupos de 2 500 habitantes cada uno puede ser de:"

" - 7 a 15 médicos generales (semana de seis días laborales).

- 2 a 7 promotores de salud.

- 2 odontólogos generales.

- 2 auxiliares de odontólogo

- 3 a 6 auxiliares de enfermería

- 4 oficiales administrativos."

" Son apoyados por:

- 1 profesional y 2 auxiliares de laboratorio (optativos y sólo para 30 000 usuarios en comunidades aisladas)."

" - 1 médico radiólogo y 1 técnico (optativos igualmente).

- 3 agentes de limpieza y transporte.

- 3 veladores."

" Si los médicos laboran sólo cinco días a la semana, se requerirá un mayor número de estos profesionales, ajustando su número según el índice de concentración que se observe de atenciones al año por usuario."

" Desde luego, existen unidades médicas de primer nivel con coberturas mayores, pero se recomienda que no exceda la de 60 000 usuarios, a fin de mantener la atención en un buen nivel de relación médico-paciente."

" Unidad de medicina familiar. Atiende a población usuaria (derechohabiente). Cada consultorio tiene una "adscripción" de 4 800 personas, las que son atendidas por médicos, uno en turno matutino y otro en turno vespertino; dichos médicos se apoyan en servicios de laboratorio y de radiología de la propia unidad. El radio de acción de la unidad es en promedio de 30 minutos." ³⁶

Segundo nivel de atención.

³⁶ - Ibidem, pag. 118-119.

En este nivel debe disponerse de un conjunto de recursos organizados para atender los problemas que le sean referidos por el primer nivel.

Actividades:

"1.- Atender y resolver los problemas médico-quirúrgicos que se presenten aproximadamente en un 15 por ciento de los casos totales, y que requieren de técnicas y servicios de cierta complejidad a cargo del personal con adiestramiento, experiencia y equipos adecuados. En este nivel se encuentran hospitales cuyo número de camas censables se calcula teniendo en cuenta la demanda, el porcentaje de ocupación y el promedio de estancia de los pacientes."

" 2.- Atender y resolver los problemas ambientales en aspectos de control y vigilancia, para evitar daños directos a la salud debidos a agentes patógenos y sustancias tóxicas. También deben organizarse los recursos necesarios para efectuar acciones de ordenamiento urbano y ambiental en campos que son responsabilidad del Ministerio o Secretaría de Salud, como control de fuentes contaminantes por humos y polvos, desperdicios industriales, eliminación de desechos y vigilancia del saneamiento en sitios de reunión, baños públicos y sanitarios, y expendios de alimentos y bebidas."

" 3.- Realizar funciones de vigilancia epidemiológica, estableciendo subsistemas necesarios para tener conocimiento oportuno de los daños a la salud, precisar sus dimensiones, profundizar en el conocimiento de sus variables, y establecer las medidas de atención a los individuos y al medio ambiente adecuadas para los problemas detectados."

" 4.- Coordinar las acciones y recursos del conjunto de la estructura de la salud pública en un área geográfica, para lo cual se requieren servicios de coordinación, dirección y control. Esto representa la integración de un nivel administrativo, cuyo número de recursos y población a atender está de acuerdo con el nivel operativo regional."

"Se debe enfocar con flexibilidad la diferenciación entre el segundo y tercer nivel, pues los recursos humanos de especialidad médica no tienen ninguna formación diferente para función en uno u otro nivel; por lo tanto, si hay el equipo necesario, el segundo nivel, puede resolver problemas del tercero o viceversa." ³⁷

Atención a personas: se ocupa de medidas de prevención, curación y rehabilitación.

³⁷ Ibidem, pág. 120.

Prevención.

Vacunación contra la tuberculosis en recién nacidos, y en casos especiales contra rubéola, parotiditis, salmonelosis, tifo, rabia, etcétera.

Vigilancia epidemiológica, intrahospitalaria.

Control de la mujer en edad fértil, incluyendo el método definitivo, dentro de un programa de planificación familiar.

Este es el campo de desarrollo de la medicina preventiva secundaria, es decir la que pretende la reducción de los padecimientos: campañas contra la sífilis, SIDA, fiebre reumática, hipertensión arterial, tuberculosis, hipercolesterolemia, defectos de la visión o de la audición, glaucoma, cáncer cervico-uterino, mamario o pulmonar y otras enfermedades que si bien no se erradican, son reductibles. Los laboratorios y gabinetes de este nivel apoyan los programas de detección del primer nivel, procesando muestras, especímenes o diagnosticando radiografías de censo tomados en la periferia con aparatos móviles.

Curación.

"Atención de pacientes ambulatorios con padecimientos que deben ser atendidos en las siguientes especialidades: medicina interna, ginecobetetría, pediatría, cirugía y traumatología, otorrinolaringología, dermatología y oftalmología."

"Atención de pacientes hospitalizados en servicios de: medicina interna, pediatría, cirugía general, ginecobetetría, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento para segundo nivel, y apoyo a unidades de primer nivel: laboratorio clínico, hematología, bacteriología, serología, química clínica, anatomía patológica, laboratorio de control sanitario, bacteriología en agua y alimentos, banco de sangre, radiología clínica, electrocardiografía y prevención de incapacidades."

Rehabilitación.

"Referencia de casos al tercer nivel y seguimiento de los pacientes en ese nivel, en lo referente a valoración del progreso de la rehabilitación. Algunos procedimientos sencillos de medicina física: diatermia, ultrasonido, masoterapia, mecanoterapia, etcétera."

"Atención al medio ambiente.

Control sanitario.

Expedición de licencias y tarjetas sanitarias. Inventario de establecimientos y giros de alto riesgo. Inspección a establecimientos de menor riesgo."

" Análisis y muestras de alimentos (bacteriológicos). Toma y envío de muestras al laboratorio regional. Autorización de construcciones, inspección y dictamen de condiciones sanitarias en sitios de reunión, inspección y dictamen de condiciones sanitarias en gasolineras y sitios turísticos, autorización de traslado de cadáveres y adiestramiento a manejadores de alimentos."

"Coordinación de cámaras y asociaciones para convenios de vigilancia sanitaria."

" Atención de quejas y molestias sanitarias, control de establecimientos de atención médica, bancos de sangre, laboratorios y gabinetes y aplicación de medidas de seguridad y sanciones."

" Saneamiento del medio.

Diagnóstico de las condiciones generales de saneamiento de la jurisdicción.

Análisis y dictamen del sistema de eliminación de desechos sólidos. Estudio de la existencia de fauna nociva, transmisora y de las campañas correspondientes."

" Toma de muestras para envío al laboratorio regional, coordinación con autoridades locales para el mejoramiento de condiciones de saneamiento."

Control ambiental.

" Inventario de fuentes estacionarias contaminantes por humos y polvos. Inventario de fuentes contaminantes por descargas en cuerpos receptores de agua."

" Inventario de fuentes estacionarias de contaminación por ruido, aplicación de medidas de control a las fuentes contaminantes. Estudio de contaminación por ruido de fuentes móviles. Estudios de contaminación atmosférica por fuentes móviles. Coordinación con las autoridades locales para el control de fuentes móviles. Toma de muestras para envío al laboratorio regional. Información al nivel superior para aplicación de medidas de control de mayor complejidad. Participación en el ordenamiento de asentamientos humanos. Establecimiento de medidas en caso de desastres."

Enseñanza.

" Formación de profesionales de la medicina, de la enfermería y otras profesiones de las ciencias de la salud, en los campos clínicos e internado, en coordinación con las escuelas respectivas. Capacitación de personal técnico administrativo."

" Apoyo para la capacitación del personal del primer nivel. Cursos de actualización para el personal de segundo nivel. Educación continua al personal de todo nivel. Formación de médicos especialistas de las ramas de medicina interna, cirugía general, ginecobetetría, pediatría, anestesiología, y personal de odontología, enfermería y salud pública, en coordinación con las instituciones educativas correspondientes. Capacitación de personal de control sanitario y ambiental."

Investigación.

" Investigación epidemiológica, clínica y de servicios de salud." ³⁴

Tipos de unidades.

Este nivel se integra con los siguientes tipos de unidades:

³⁴ - Ibidem, pag. 120-123.

"1.- Hospital general con 30 o más camas censables, con base en un indicador de una cama por 1 000 habitantes, en el caso de población usuaria concentrada, menor de 30 000 habitantes, y de la población dispersa que se encuentre dentro del área correspondiente a una leócrona de traslado de un máximo de una hora, por los medios habituales de transporte. Hospital capaz de atender una población que podrá variar, según la densidad demográfica de 30 000 habitantes en las áreas mencionadas, hasta un máximo de 60 000, en cuyo caso se incrementará el número de camas a razón de 1.5 por cada 1 000 habitantes."

" 2.- Centro de administración de los servicios de salud, con capacidad para alojar los siguientes servicios:

- a) Dirección y administración general**
- b) Vigilancia epidemiológica**
- c) Control sanitario y ambiental ***

" La creación y operación de un hospital general, para la atención médica de un segundo nivel, se basa en los siguientes criterios: "

" Este tipo de hospital tiene servicios de internación: medicina, cirugía, pediatría y ginecobetetría, y debe contar con los elementos

humanos y de equipo para resolver en la consulta externa de oftalmología, otorrinolaringología, dermatología y emergencia, y en algunos casos, internar pacientes de las especialidades mencionadas, sobre todo cuando se disponen de recursos humanos y materiales adecuados." ³⁹

La capacidad del hospital debe estar relacionada con su aprovechamiento y eficiencia: los hospitales pequeños, por ejemplo los de 30 camas que es el punto de partida de la capacidad mínima, cuando tiene bajos índices de ocupación son incompatibles con un eficiente uso de sus recursos, y originan la necesidad de operar y crear servicios auxiliares y generales para apoyo a un número mayor de camas en cambio, tienen la ventaja de que se pueden ampliar a 60 camas sin necesidad de aumentar recursos de sus servicios auxiliares y generales y, en poblaciones muy aisladas, son la única alternativa aceptable, además de que los servicios auxiliares apoyan a las unidades de medicina general periféricas.

Por otra parte, en los hospitales de más de 500 camas, se dificulta el acceso a los servicios; al abarcar éstos áreas muy extensas, tienden a transformarse en unidades especializadas, desvirtuando el propósito

³⁹ - Fajardo Ortiz G. Teoría y Práctica de la Administración de la Atención Médica y de Hospitales. Prensa Médica Mexicana. México. 1980.

inicial de su creación: el hospital general, alterando con ello el escalonamiento del sistema. Además, son difíciles de administrar y controlar.

No es poco frecuente, que la consulta externa de medicina general de la población circunvecina, se encuentre anexa a la de la especialidad que ofrece el hospital.

"De acuerdo con la experiencia de las instituciones de atención médica del país, la atención ambulatoria del segundo nivel representa el 12 por ciento de las consultas de los tres niveles, conforme a la siguiente distribución por especialidades:"

" Medicina interna:	1.0 por 100 atenciones.
Cirugía y traumatología:	2.0 por 100 atenciones.
Pediatría:	1.0 por 100 atenciones.
Ginecobstetricia:	2.5 por 100 atenciones.
Oftalmología:	1.5 por 100 atenciones.
Otorrinolaringología	1.5 por 100 atenciones.
Dermatología:	2.5 por 100 atenciones.

12.00 por 100 consultas en todo el sistema, o sea la suma de los tres niveles."

" Por lo tanto el número de consultorios, personal profesional y de apoyo, deben estar acordes con la satisfacción de dicha demanda."

" Para el servicio de hospitalización general, de acuerdo con el indicador de una cama por 1 000 habitantes para la población semi-urbana, las camas se distribuyen de acuerdo con los siguientes indicadores por especialidad: "

" Medicina interna:	10 al 15 por ciento de las camas.
Cirugía:	40 al 45 por ciento de las camas.
Pediatría:	15 al 20 por ciento de las camas.
Ginecobstetricia:	15 al 20 por ciento de las camas."

" Las camas de cirugía comprenden las facilidades para traumatología, otorrinolaringología, oftalmología y cirugía buco-dento-maxilar."

" En urbes cuya población es mayor de 100 000 habitantes el índice es, aproximadamente, de tres camas por mil personas distribuidas de la siguiente forma:"

" 2.5 camas por mil usuarios para el segundo nivel, y 0.5 para el tercero; por supuesto, entre las concentraciones poblacionales de 2 500 personas y entre las de 100 000, hay un incremento paulatino del índice de camas por 1 000 habitantes, que oscila entre 1 y 3 para pacientes de estancia breve por cada 1 000 usuarios."

" Centro de administración de servicios de salud.

La razón de ser del centro de administración de servicios de salud se basa en la necesidad de que la atención sea integral y proporcione protección a la población y al medio ambiente. También se requiere de un subsistema directivo y administrativo para el control de las unidades de primer y segundo nivel, ubicadas en un área denominada jurisdicción."⁴⁰

Tercer nivel de atención.

⁴⁰ - De Mucha Macías, R. et. al. Sistema de Servicios de Salud. SSA. México, D.F., 1981.

Este nivel de atención tiene como objetivo resolver el 5 por ciento de la demanda total de consulta y de hospitalización, que se presentan en la población, y que requieren de servicios muy complejos; sus unidades de atención médica, para operar adecuadamente y con eficiencia, deben tener una amplia área de influencia, así como estar ubicadas en un medio urbano para efectos de conjugar los recursos humanos y materiales necesarios, pudiendo abarcar varios millones en población, con una latencia máxima para el acceso de hasta dos horas por los medios habituales de transporte.

Actividades:

"- Atender problemas de salud poco frecuentes, pero muy complejos.

- Asistir pacientes a los que se le proporciona atención episódica, casi siempre referidos por los otros niveles de atención.**
- Emplear tecnología compleja y muy especializada.**
- Realizar investigaciones biomédicas clínicas y de servicios de salud de alto rango científico o académico.**
- Formar especialistas en las áreas propias del hospital.**
- Estudiar y controlar los factores ambientales que repercuten en la salud humana."**

" Se subraya, una vez más, que en este nivel se atiende pacientes que corresponden a un segundo nivel por las siguientes razones: se requiere para usuarios que habitan en inmediaciones a las unidades de atención un servicio oportuno y de la mayor accesibilidad geográfica en lo relativo a este segundo nivel: se necesita formar recursos humanos en forma integral en una especialidad. Por otra parte, a veces es indispensable contribuir en algunos programas de investigación biométrica, en los en que se requieren con morbilidad de un segundo y, a veces primer nivel. "

" Atención a personas.

Prevención:

Vigilancia epidemiológica intrahospitalaria. "

" Vacunar con BCG a los recién nacidos: en ocasiones se requieren otro tipo de inmunizaciones: antibiótica, antihepática, etc., y en caso de personas que viajan al extranjero, vacunar contra la peste o la fiebre amarilla. "

" En casos especiales, se usan vacunas contra el carbunco, la meningitis, la neumonía, la parotiditis, la rabia, la viruela, la hepatitis, las encefalitis y algunas estafilococias. En este nivel, tiene su máxima expresión la medicina preventiva terciaria que si bien no erradica a las

enfermedades, ni disminuye la morbilidad, en cambio controla los padecimientos evitando complicaciones, en unos casos, y en otros induciendo la rehabilitación temprana. Estas acciones no se programan, sino que su concepción debe formar parte de la actitud de todo especialista. Además, en tan las acciones iniciales en el primero y segundo nivel, últimamente se da gran énfasis a la prevención de SIDA."

41

Curación:

"Atención de pacientes ambulatorios y hospitalarios en las siguientes especialidades médico-quirúrgicas: medicina interna especializada, gastroenterología, cardiología, neumología, dermatología, neurología, psiquiatría, nefrología, infectología, oncología, nutrición, hematología, genética, reumatología, cirugía general especializada, cirugía (cuello, ano, vías biliares, hígado), ortopedia y traumatología, oftalmología, urología, cirugía de tórax (pulmones y corazón), cirugía plástica reconstructiva, proctología, cirugía de tumores, cirugía buco-dento-maxilar, pediatría especializada, neonatología, pediátrica, ginecobstetricia especializada, perinatología, etcétera."

Enseñanza.

⁴¹ - De Mucha Macías, R., Ob. cit., pág. 250.

" Formación y desarrollo de recursos humanos en las especialidades de hospital. Asesoría y educación continua a los niveles inferiores sobre especialidades médicas y paramédicas, en torno a problemas ambientales. Participación con las universidades en la enseñanza de la medicina y posgrados."⁴²

Investigación.

Realización de investigación básica o biomédica, clínica, de servicios de salud, y de efectos del ambiente en la salud del hombre.

Demanda.

"En el campo de la atención médica, este nivel se caracteriza por la operación de unidades de atención especializada hospitalaria, en las cuales la atención ambulatoria se proporciona como apoyo a las acciones propias de la hospitalización, como la selección y seguimiento de pacientes hospitalizados. Asimismo, existe generalmente una consulta externa altamente especializada, para enfermos exclusivamente ambulatorios."

"La estimación de las necesidades de camas para enfermos de estancia breve se basa en la aplicación de un indicador general de 8.00

⁴² - Foucault, Michel. Historia de la Medicalización. Educación Médica y Salud. Vol. II, Núm. 1, 1977.

por ciento atenciones de consulta externa, que se refleja en un 0.5 de un índice de 3 camas por cada 1 000 usuarios en grandes urbes, distribuidas según los siguientes indicadores por especialidad."

ESPECIALIDAD	POR CIENTO DE LAS CONSULTAS EXTERNAS	CAMAS POR 1 000 HABITANTES
Gineco-obstetricia	0.49	0.072
Pediatria	0.55	0.073
Cirugia general y bucodento-maxilar.	0.75	0.044
Traumatologia y ortopedia.	0.54	0.020
Oftalmologia	0.71	0.008
Otorrinolaringologia	0.55	0.003
Medicina interna	0.68	0.011
Cardio y neumologia	0.95	0.045
Gastroenterologia	0.60	0.034
Uronefrologia	0.41	0.022
Psiquiatria	0.18	--
Neurologia	0.15	0.042
Oncologia	0.25	0.054

Endocrinología	0.25	0.021
Alergología	0.17	0.001
Proctología	0.10	0.001
Reumatología	0.12	0.007
Infectología	0.02	0.034
Angiología	0.25	0.020
Hematología	0.04	0.010
	7.86	0.522

****Sólo consulta externa***

" Las cifras anteriores corresponden a observaciones en la demanda de un sistema de seguridad social; por lo tanto, puede tener variaciones muy amplias. También conviene aclarar, que no se deben desagregar todos los servicios por especialidad en hospitalización, sino agruparlos en los departamentos, divisiones de cirugía general y medicina interna, la mayor parte de las camas, y un número fijo, a las especialidades con mayor demanda."

"No se incluyen las camas correspondientes a las unidades de psiquiatría por ser éstas con frecuencia de estancia prolonga."

Tipos de unidades.

" Las unidades pueden ser:

Hospital general de gran complejidad o centro médico.- Está constituido por varias unidades médicas especializadas, pero coordinadas entre sí."

" Hospital de especialidades.- Unidad que conjuga en su planta física una o diversas disciplinas de atención médica, cada una con carácter de especialidad. Este hospital tiene cobertura regional dirigida a un universo variable, según la concentración y dispersión demográfica existente en el área. Está relacionado para la referencia de pacientes, fundamentalmente con los hospitales del segundo nivel."

"Institutos y hospitales de especialidad.- Están organizados fundamentalmente para proporcionar atención en una sola disciplina. Su creación corresponde a la conveniencia de agrupar recursos de alta complejidad, para atender problemas muy específicos que se presentan en un número reducido de enfermos. Estas unidades pueden tener cobertura nacional; son entidades de investigación y normatividad en la materia propia de su especialidad, para el resto de las unidades médicas del sistema."⁴³

⁴³ - Secretaría de Salubridad y Asistencia. Plan Nacional de Salud. México, D.F., 1974.

Existen otras unidades establecidas para cumplir con responsabilidad específica, a través de estrategias de atención determinada en los campos de salud mental, rehabilitación y asistencia social, entre las cuales se señalan las unidades de prehospitalización, convalecencia, crónicos, etc., y el sistema de emergencia.

Laboratorio de salud pública.

En este nivel debe mencionarse el laboratorio de salud pública, instrumento de apoyo técnico para la vigilancia epidemiológica, la investigación en salud pública y el control sanitario y ambiental; tiene categoría regional, apoya la investigación en servicios de salud, así como el estudio y monitoreo de los factores biológicos y químicos que pueden influir en la salud del hombre.

"Su ubicación depende de los factores epidemiológicos, demográficos, de desarrollo urbano e industrial, y de las comunicaciones que constituyan un área seleccionada de carácter regional que abarque a varias entidades federativas. En las grandes urbes, este recurso consiste en el establecimiento de redes automáticas para monitoreo ambiental."

" En el nivel central o nacional se encuentra la máxima autoridad de gobierno del sector salud, en el cual un titular tiene a su cargo dicho sector y en particular las actividades de salud pública o salubridad con diferente desarrollo de los programas de atención médica y asistencia social o servicios sociales. Esta dependencia se ocupa de la población abierta. En otros casos existen instituciones con población derechohabiente que pertenece a sistemas de seguridad social; ambos modelos pueden coexistir con la medicina privada que se realiza en hospitales o consultorios particulares."

" El nivel central comprende, también, vice-ministerios o sub-secretarías que norman las actividades substantivas o directas y, otras dependencias del mismo rango tienen a su cargo la normatividad de actividades administrativas, adjetivas, indirectas y servicios sociales."

" El ámbito de competencia del nivel central comprende, en muchos casos, la realización de funciones substantivas, a través de unidades operativas en la capital del país, incluyendo o no su área metropolitana."

" Cabe anotar que cuando existen instituciones de seguridad social, independientemente de la secretaria o ministerio de salud, las dependencias mencionadas tienen estructuras similares a las descritas"

para el sector público directo; ministerios o secretarías de salud, pero se caracterizan por un gran desarrollo de las funciones substantivas de atención médica y servicios sociales, dejando a la dependencia estatal directa de los programas de salud pública o salubridad; las instituciones de seguridad social constituyen parte del sistema denominado paraestatal."⁴⁴

Estas estructuras se reproducen en las provincias o estados de una nación en las que el desarrollo económico y social amerita que existan unidades del tercer nivel, que apoyan a otras entidades federativas o regiones de menor desarrollo.

1.5 ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO.

En la actualidad, en el país, la extensión de la cobertura de los servicios de salud se está llevando a cabo, ya que en ellos su ampliación más reciente ha incluido a los estudiantes que antes no poseían ningún servicio médico (de no ser sus padres asegurados del IMSS, ISSSTE, etc.) en cuanto a mejoramiento del ambiente se han iniciado varias medidas entre las que se encuentra la renuncia voluntaria a la circulación vehicular

⁴⁴ - Soberón, A.G. et. al. Hacia un Sistema Nacional de Salud. UNAM. México, D.F., 1983.

un día a la semana y la selección de los productos de basura, ambas en el D.F.

En cuanto a la organización y participación de la comunidad es necesario utilizar en forma más productiva la comunicación, sobre todo a nivel de los adolescentes y los niños, para lo cual el mejor medio es la escuela.

Por lo que respecta a la articulación intersectorial, se ha empezado con la descentralización de los centros de salud; pero es importante recordar que no sólo se debe llevar a cabo con materiales inmuebles sino con todo lo necesario para que los centros descentralizados puedan funcionar en cuanto a las necesidades de su localidad.

Con la estimulación y la participación comunal se obtendrá la autorresponsabilidad del individuo para con él y con los demás.

Estos cambios no surgieron en forma espontánea sino que se estaban gestando desde 1980 y en forma paralela a la revisión del Código Sanitario.

LEY GENERAL DE SALUD.

"El ejecutivo Federal en su informe del 1o. de septiembre de 1982, la necesidad de elevar "el derecho a la salud a rango constitucional", para dar base a un sólido e integrado Sistema Nacional de Salud." ⁴⁵

Como respuesta a esta inquietud el día 3 de febrero de 1983 se publicó en el Diario Oficial de la Federación una adición al artículo 4o. constitucional en su párrafo tercero que a la letra establece.

"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salud general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución." ⁴⁶

De esta forma, se originó la Ley General de Salud que sustituyó al Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, vigente desde 1973 y que, a partir de la aparición de la Ley General de Salud, quedó derogado.

⁴⁵ - Secretaría de Salubridad y Asistencia. Sistema Nacional de Salud, avances y perspectivas. Dirección General de Comunicación Social de la SSA. México, 1984. Pág. 2

⁴⁶ - Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de la Federación. México, 3 de febrero de 1983.

Esta ley estableció las bases jurídicas para la creación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y planteó entre sus objetivos:

- "- Definir el contenido y las prioridades, así como las finalidades del derecho a la protección de la salud.**
- Establecer bases jurídicas para hacer efectivo ese derecho.**
- Definir la participación y la responsabilidad de los sectores públicos, social y privado.**
- Reglamentar la prestación de servicios.**
- Actualizar y completar la normatividad en materia de salud en general."⁴⁷**

SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN MÉXICO.

" En general un sistema en un conjunto de elementos interrelacionados, que desarrollan una actividad para lograr un objetivo común. Los elementos que lo componen las relaciones y los objetivos son los tres puntos importantes de la definición."

⁴⁷ - Soberón Acevedo Guillermo. El Cambio Estructural en la Salud. Salud Pública de México. Vol. 29 núm. 2, 1987. Págs. 128.

"El Sistema Nacional de Salud puede considerarse un sistema excesivamente complejo y prohabilitico."⁴⁸

Lo primero, porque dada su complejidad no puede ser totalmente descrito, y lo segundo, porque no se puede predecir perfectamente la interacción de sus elementos, aspirándose en consecuencia, solamente a la predicción de la ocurrencia de un fenómeno con cierta probabilidad.

En consecuencia con las definiciones previas el Sistema Nacional de Salud se define como: "Un componente sectorial del Sistema nacional de planeación democrática que está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que prestan servicios de salud, así como los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud."⁴⁹

Los elementos que componen el Sistema Nacional de Salud se dividió en tres tipos según la vertiente de instrumentación de la planeación a la que responden estos son:

⁴⁸ - Stafor Beer Cibernética y Administración Industrial, Rfo, Zahar, Edit., 1979, Pág. 23.

⁴⁹ - Secretaría de Salubridad y Asistencia. Cuadernos Técnicos de Planeación. Vol. 1, Núm. 2, México, 1984.

"1.- Entidades del sector salud, para las cuales se aplica la vertiente de obligatoriedad.

2.- Gobiernos de las entidades federativas que se vinculan a través de la vertiente de coordinación con el gobierno federal.

3.- Sectores social y privado, que se incorporan mediante acciones correspondientes a las vertientes de concertación e inducción." ⁴⁰

A su vez, los elementos del sector salud que, como mencionamos en el punto 1, tiene la obligación de respetar y ejecutar las normas emitidas por la Secretaría de Salud son:

"a) La propia Secretaría de Salud (S.S.A.)

b) Los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados en las 19 entidades no descentralizadas hasta 1987.

c) La Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal.

d) Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Institutos de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

⁴⁰ - Soberon Acevedo, G. Ob. Cit., pág. 89

(ISSSTE), en sus funciones, programas y servicios de salud y de prestaciones económicas y sociales."

" e) El subsector constituido por los institutos nacionales de salud, dependiente de la Secretaría de Salud. "

" f) El subsector de asistencia social integrado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) y los Centros de Integración Juvenil. "

" En la segunda vertiente o de coordinación se encuentran:

Los gobiernos de las entidades federativas que se vinculan con el gobierno federal (Hasta 1987 eran 12 las entidades descentralizadas que habían formado distintas modalidades de servicios estatales de salud). "

" En la tercera vertiente de concertación e inducción se ubican los sectores social y privado. El primero se integra por los grupos sociales que no se insertan directamente en el proceso productivo, tales como los niños, estudiantes, desempleados, amas de casa y ancianos, que se organizan ante las emergencias en caso de accidentes, desastres y otras contingencias, los cuales se brindan servicios de salud entre sí, sin

recibir a cambio pago monetario, siendo más bien una manifestación de solidaridad y cohesión social." ⁵¹

El sector privado se constituye por los particulares que invierten su capital en empresas de salud de bienes y servicios, a fin de obtener ganancias e incrementar así su capital. En este sector se encuentran los hospitales, clínicas y consultorios que en forma privada ofrecen sus servicios de salud. Generalmente estos servicios se dirigen hacia el grupo de población con más altos ingresos, el cual tiene capacidad económica para utilizarlos.

"Las instituciones de servicios de salud privadas son supervisadas por la Junta de Asistencia Privada. De éstas en 1984, se estudiaron 25 entidades, correspondiendo 5 (20 por ciento de la muestra) al primer nivel, 12 instituciones al segundo nivel (48 por ciento) y 8 instituciones a tercer nivel (32 por ciento), que en total brindaron durante el primer semestre de 1983 96 436 servicios, entendiéndose por servicios, desde una consulta externa hasta una cirugía, o bien los servicios de laboratorio y gabinete."

52

⁵¹ - Sandoval Navarrete, R. Javier, Las Universidades y la Investigación de Servicios de Salud, Rev. Fac. de Medicina, UNAM. 29 (7-8), Págs. 312. 1986.

⁵² - Iniguez E. Guadalupe. Gabriela B. de Gómez R., Juan Orendain J. Análisis retrospectivos de la asistencia médica proporcionada por las instituciones del subsector salud insertas en el sistema de asistencia privada. Enero-Junio 1983, mimeo, 1984.

Resulta evidente con el estudio de esta muestra no representativa del total de los servicios de salud privados, que su contribución en la prevención, curación y rehabilitación es importante, especialmente en las localidades grandes y medianas del país, y que el estudio de cada uno de estos servicios puede contribuir a la visión objetiva de las necesidades de salud, así como a la estructuración de un marco técnico que las norme y aglutine evitando la anarquía que hasta el momento existe en la estructura, funciones y objetivos de este subsector, pero se considera que en servicios médicos a pacientes ambulatorios atiende más del 30 por ciento de la demanda, más del 20 por ciento de las camas de hospital censables pertenecen al sector privado y el 100 por ciento de los servicios protésicos dentales y la cirugía dental.

Otro sector de la atención privada que linda entre éste y el sector social es el llamado de atención tradicional, el cual en ocasiones recibe pago monetario y en ocasiones se presta como "ayuda" o solidaridad social, este tipo de servicios se brindan predominantemente en las áreas rurales, y aunque no tienen reconocimiento formal para su operación, en la práctica atienden una gran cantidad de problemas de salud. Por otro lado, existen formas complejas de servicios que no son cobrados en forma directa, ni tienen permiso legal para ejercer la medicina y que, sin

embargo, resuelven gran cantidad de problemas de salud. Tal es el caso de los recursos humanos que atienden en las farmacias y boticas, y que sin cédula profesional recetas toda serie de medidas preventivas y terapéuticas, no cobrando la consulta pero obteniendo ganancia en la venta de fármacos, esta forma de servicios son cotidianamente utilizados para atender enfermedades poco complejas y que no requieren medidas quirúrgicas, esta demanda es importante, pues se estima que oscila entre el 5 y el 10 por ciento de la atención total a pacientes ambulatorios y a veces abarca hasta algunos enfermos recluidos en su domicilio.

Como se aprecia el sector salud forma sólo una parte del complejo Sistema Nacional de Salud que, por otra parte, incluye además de los organismos públicos, privado y sociales hasta aquí revisados, la participación de todas las secretarías del ejecutivo federal a nivel federal y local, la participación de las personas físicas y morales de los sectores social y privado y los mecanismos de coordinación de acciones entre los componentes del sistema.

Cobertura de los componentes del Sistema Nacional de Salud.

"El Sistema Nacional de Salud se integra por el sector salud, las secretarías de estado en todo lo relacionado con la salud, las personas

físicas y morales de los sectores social y privado, y los mecanismos de coordinación de acciones entre los elementos del sistema."

" La información en torno a la cobertura solamente es accesible respecto a los elementos del sector salud y aún en éste tiene serios problemas de confiabilidad."

" En 1981 se afirmaba que el IMSS cubría a 26.9 millones de personas; la SSA a 10.5; el IMSS-Coplamar a 18 y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE) a 5.1, lo que en conjunto sumaban 59.5 millones de personas protegidas institucionalmente, o sea el 97.3 por ciento de la población nacional."³³

"A estas cifras habría que agregar la cobertura de otras instituciones como Petróleos Mexicanos, o los servicios estatales de salud (incluyendo el Distrito Federal) que, al sumarse a la cobertura de la medicina privada, daría la supuesta cobertura total de la población."³⁴

"Durante la elaboración del marco social de salud, asistencia y seguridad social para 1983-1985, en un esfuerzo por depurar: las cifras de

³³ - Soberón Acevedo, G., et., at. Hacia un Sistema Nacional de Salud, UNAM. México, 1983.

³⁴ - Sandoval Navarrete, R. Javier. Hacia una teoría de la migración médica. Rev. Ciencia y Desarrollo CONACYT. Núm. 69 Año XII, julio-agosto. 1986, Pág. 44.

cobertura, se utilizó como indicador de cobertura potencial abierta y se respetaron las cifras de la población derechohabiente. Mediante este criterio, el IMSS-Coplamar sólo ajustó su cifra de 19 a 10.3 millones, para dar una cobertura nacional de 89 por ciento. Como además existe la medicina privada cuya cobertura según estimaciones cubre el resto del total de la población nacional, y también, hay otros servicios en el Distrito Federal y en los estados, parecería que el país tiene cobertura universal, con una inversión relativamente reducida, de poco más de 3 por ciento del producto interno bruto, pero esta imagen resulta inexacta, dado que se basa en meras especulaciones y estimaciones sin el suficiente sustento objetivo, es por ello que las cifras de cobertura aún dentro del sector salud son poco confiables, menos aún las cifras que pudieran generarse para explicar la cobertura del Sistema Nacional de Salud en su conjunto, además de que buena parte de la población se cura en más de un sistema y por otro lado la población marginada carece de servicios."

" Por lo tanto ante la seguridad de que no existe cobertura universal en nuestro país, parece una hipótesis posible afirmar que muchas de las más de 109 890 localidades de menos de 2 500 habitantes que hasta 1980 existían, no cuenta aún con servicios formales de salud, excepto las que en forma episódica les proporcionan los médicos y hospitales privados de

indole modesta y la cobertura de los servicios preventivos a base de campañas nacionales de vacunación." ⁵⁵

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

A fin de distribuir funciones y responsabilidades, el Sistema Nacional de Salud se sustentó en cinco estrategias que le permitirían consolidarse como un verdadero sistema, lo que implica la definición de funciones y autoridad, así como la descripción de los medios de interacción y participación de sus elementos. De esa manera se ubica a la Secretaría de Salud como cabeza del sector salud, y se establecieron dos órganos colegiados suprsectoriales que hacen posible la coordinación interinstitucional, uno de los órganos es el Consejo de Salubridad General, órgano colegiado que emana directamente de la Constitución de 1917, y el gabinete de salud presidido por el primer mandatario de la nación.

"A fin de cumplir con las tres funciones específicas del Sistema Nacional de Salud (atención médica, salud pública y asistencia social), y consolidar el funcionamiento del sistema, se definieron 5 estrategias fundamentales que a continuación se señalan:"

⁵⁵ - Almanza Pastor, José Manuel. Derecho de la Seguridad Social en México. Vol. II, tercera edición, De. Hermes, México, D.F., 1983, Pág. 161.

Sectorización.

" Significa el agrupamiento de todo servicio público de salud bajo la coordinación de la secretaria del ramo."

" La sectorización es una forma de la organización de la administración pública federal para hacer efectivas las facultades del ejecutivo, en lo que se refiere a la orientación del trabajo de las instituciones para alzar objetivos comunes en aspectos específicos de la vida nacional."

" Se integró al sector salud, agrupando los programas y funciones de las instituciones de seguridad social, y dentro del sector se constituyeron los subsectores de asistencia social y de los institutos nacionales de salud."

" Como resultado de la sectorización se creó el Programa Nacional de Salud 1984-1988, aprobado el 7 de agosto de 1984, que sintetiza la acción sinérgica de las instituciones realizadas a través de los grupos interinstitucionales del sector salud."

Descentralización.

" Una de las estrategias con más peso es la descentralización de los servicios de salud, que consiste en la delegación de autoridad, derechos y obligaciones a entidades locales con patrimonio propio y dotadas de autonomía técnica y orgánica que en el caso de México son hasta 1987, doce de los estados (Colima, Guanajuato, Guerrero, Nuevo León, Sonora, Querétaro, Tabasco, Tlaxcala, Baja California Sur, Morelos, México y Jalisco)." ^{56, 57}

En estos doce estados se siguieron las bases para la descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia que definen que:

"1.- El proceso se sujeta a los lineamientos y a las normas que se aplican al desarrollo regional y a los acuerdos de coordinación entre federación y estados."

"2.- Los acuerdos de coordinación incluirán: las facultades de desconcentrar a los Servicios Coordinados de Salud, los recursos

⁵⁶ - Soberón Acevedo, G.: La descentralización de los servicios de salud: El caso de México. De. Porrúa-México 1986. 1a. Edición. Pág. 47.

⁵⁷ - Soberón Acevedo Guillermo. El cambio estructural en la salud. Rev. de Salud Pública de México. Vol. 29. No1 2, marzo-abril, 1987. Pág. 124.

afectados; las acciones para la integración y funcionamiento de los sistemas estatales; los manuales de organización, de procedimientos y de servicios y los plazos para el cumplimiento de los compromisos."

" 3.- Los antiguos Servicios Coordinados de Salud Pública deberán convertirse en órganos administrativos desconcentrados por región con los consejos internos de administración presididos por los gobernadores."

" 4.- La adecuación del modelo estructural de la Secretaría en el proceso de descentralización, que destinda lo normativo en ella y lo operativo en los servicios coordinados."

" 5.- La participación de las jefaturas de los Servicios Coordinados de salud en los Subcomités de Salud y Seguridad Social de los COPLADES (Comités de Planificación de los Estados)."

" 6.- La creación de un órgano al que se confiere el Sistema de Salud del Distrito Federal, sujeto a la normatividad y a las acciones de coordinación entre la SSA y el DDF." ⁵⁸

⁵⁸ - Soberón, Acevedo Guillermo. La descentralización. Op. Cit. Pág. 51.

Con la descentralización se pretende la autonomía de las diversas entidades en cuanto a la toma de decisiones de los diversos problemas de salud que se detectan en nuestro país, y no sólo la autonomía de la toma de decisiones sino la autonomía en cuanto a recursos técnicos, humanos, económicos, etc. Es por ello que en México, aún siguen algunos estados bajo la tutela de la federación de manera directa y que en el caso de los estados descentralizados, únicamente se encarga del seguimiento de los programas, así como su evaluación, de manera que se garantice una buena calidad en la atención.

Modernización administrativa.

"Esta modernización se refiere a la reordenación de las funciones de la Secretaría de Salud y a su reestructuración, mediante un vigoroso ejercicio de compactación y diferenciación de funciones, como las de dirección, regulación y coordinación, las de apoyo, las de control y las de regulación sanitaria, investigación y desarrollo."

"El proceso de reordenación y reestructuración de la secretaria terminó en 1986 con el tránsito de la antigua Secretaría de Salubridad y Asistencia a la actual Secretaría de Salud." ⁵⁹

⁵⁹ - Soberón Acevedo Guillermo. El cambio estructural. Ob. Cit., pág. 126.

De esta manera, la modernización y la descentralización de los servicios de la Secretaría han creado un modelo de operación del Sistema Nacional de Salud que distingue dos ámbitos, que son el normativo a cargo de la Secretaría de Salud, y el operativo a cargo de los servicios estatales de salud y de las instituciones federales prestadoras de servicios.

Coordinación Intersectorial.

"La coordinación intersectorial se refiere a la vinculación o relación que tienen los distintos sectores que conforman al aparato público entre sí mismos."

"De esta manera, para lograr progresos y resultados considerables dentro de tema de salud, es importante su interrelación con otros campos de la vida nacional, con la SEP, la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, Gobernación, Desarrollo Urbano y Ecología, Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos y de Trabajo y Previsión Social. Y para esto existen dos entidades que son: "

" - Gabinete de Salud, integrado por el presidente de la república, los Secretarios de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y de Salud y los directores generales del IMSS, ISSSTE. "

" - Consejo de Salubridad General, integrado por el Secretario de Salud y los Directores Generales del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, así como los Directores médicos del IMSS, ISSSTE, y DIF; el rector de la UNAM: el Director General del IPN." ⁶⁰

Dichas entidades elaboró programas específicos como el de la lucha contra el alcoholismo, la farmacodependencia, el tabaquismo; además de programas para conservación del medio ambiente.

Participación de la comunidad.

Uno de los principales problemas de salud, se debe a las medidas sanitarias existentes; y el éxito y de éstas dependerá de la participación de la comunidad.

⁶⁰ - Soberon Acevedo Guillermo. El cambio estructural. Ob. Cit., pág. 127.

Ya sea por medio de campañas sanitarias o por iniciativa propia, la comunidad puede informarse sobre las medidas de prevención de enfermedades y el cuidado de su salud.

Para lograr cierto grado de educación y concientización de la comunidad existen las campañas; además de la formación de comités de salud que también implica participación al igual que los patronatos y las acciones altruistas de los estratos sociales altos. Esto se realiza para lograr, además de una participación comunitaria, la detección de los principales problemas que afectan a la localidad, y que pueden ser individuales o colectivos.

Sin embargo, en ocasiones lo anterior no se lleva a cabo; ya sea por la negligencia de algunos elementos encargados de preservar y restaurar el estado de salud, o por las diferentes autoridades locales o líderes existentes, que entorpecen la educación de la comunidad y con esto el nivel de salud de la misma.

FUNCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

1.- Atención médica.

En octubre de 1982, el presidente electo ordenó compaginar los elementos operados por la Coordinación de los Servicios de Salud y los

recogidos por la consulta popular llevada a cabo durante la campaña presidencial, a fin de traducirlos en iniciativas de ley que pudieran implantarse desde el principio mismo de su gestión gubernamental. Las tesis y acciones fundamentales se recogen e integran la publicación "Hacia un Sistema Nacional de Salud", que editó la Universidad Nacional Autónoma de México. Ahí se definen las estrategias para consolidar el Sistema Nacional de Salud y se consignan los elementos básicos que han dado fundamento a la política de salud del presente régimen.

A fin de que se conozca el Sistema Nacional de Salud es necesario que conozca las funciones básicas de este, que son: 1) atención médica, 2) salud pública y 3) asistencia social.

"La atención médica consiste en servicios proporcionados al individuo e incluye actividades preventivas, tanto de prevención general como de protección específica; actividades curativas que pretenden efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar un tratamiento oportuno; actividades de rehabilitación, que incluyen acciones para corregir problemas de invalidez física y mental y, finalmente, de atención de urgencias."

" Esta función debería llevarse a cabo en un porcentaje mayor, mediante actividades puramente preventiva, tanto general, como de protección específica, ya que esto provocaría una disminución de los principales problemas de salud, lo que representaría una disminución de los recursos, ya que se detecta que el mayor número de casos que se ven en la consulta médica se deben a problemas de salud de fácil prevención, como en el caso de las parasitosis intestinales y de todo tipo de problemas de salud relacionados con problemas sanitarios. "

" 2.- Salud pública.

Los servicios destinados a la salud pública tienen como objetivo crear, corregir y mejorar las condiciones deseables de salud de la población y propiciar en el individuo actitudes, valores y conducta adecuadas para motivar su participación en tareas que redunden en beneficio de la salud individual y colectiva. Comprenden la educación para la salud, para la nutrición, el control de los efectos nocivos del ambiente, la salud ocupacional y la prevención y control del enfermedades y accidentes. "

" A pesar de que los servicios ya mencionados cumplen teóricamente con las necesidades de la población, no siempre lo hacen total y adecuadamente, en ocasiones debido a la inaccesibilidad de los servicios,

y en otras, a la idiosincracia de los individuos, reflejándose esto en una falta de operatividad o ineficacia."

" 3.- Asistencia social.

Comprende las acciones tendientes a superar las circunstancias de carácter social que impiden el desarrollo individual, así como la protección física, mental y social de las personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física o mental hasta lograr su reincorporación a una vida plena y productiva. Las actividades básicas de asistencia social incluyen: la atención a personas que se encuentran impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo, en virtud de sus crecientes carencias socioeconómicas o por problemas de invalidez; la atención a menores y ancianos en estado de abandono o desamparo e inválidos sin recursos; el desarrollo de acciones para garantizar el bienestar del anciano; el ejercicio de la tutela de menores; la asistencia jurídica y de orientación social, especialmente a menores. Ancianos e inválidos sin recursos; la promoción de la participación de la población en acciones que redunden en su propio beneficio y el apoyo a la educación y capacitación para el trabajo. Pero debido al exagerado número de individuos que caen dentro de algunos de los apartados o acciones ya mencionados, la capacidad de atención es

mínima y, por lo tanto, el éxito de esta función del Sistema Nacional de Salud se encuentra en vías de espera."

" Ahora bien para que se pueda consolidar el Sistema Nacional de Salud, y así lograr cumplir sus tres funciones específicas (atención médica, salud pública y asistencia social) se elaboró la estrategia basada en los niveles de atención." ⁶¹

⁶¹ - Soberón Acevedo, Guillermo. Hacia un sistema.... Ob cit. Pág. 76-79.

MARCO JURÍDICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO

2.1.- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Las expresiones derecho a la salud o a la protección de la salud, son utilizadas indistintamente en los estudios y textos legales relativos a este derecho. La delimitación precisa del contorno del derecho a la protección de la salud ha despertado particular interés entre quienes se abocan a su conocimiento. Su contenido puede ser tan amplio como el concepto mismo de salud, y este último sigue sin alcanzar un consenso en su formulación.

No obstante, sesenta y un Estados coincidieron, al aprobar la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades."⁶² De acuerdo con esta idea, el derecho a la protección de la salud tendría como objeto principal garantizar el acceso a los servicios que permitan el mantenimiento o restauración de dicho bienestar.

(⁶²) Luis Miguel Díaz. Instrumentos administrativos fundamentales de Organizaciones Internacionales, tomo I. UNAM, México, 1980, p. 179. La Constitución de la OMSS fue suscrita en Nueva York el 22 de julio de 1946.

El derecho a la protección de la salud está vinculado, por su origen, al derecho asistencial y al de la seguridad social.

"La asistencia constituye una de las primeras expresiones de solidaridad social para aligerar los efectos de la indigencia. La asistencia se manifiesta en el seno familiar y en toda la sociedad a través de actos de instituciones o entidades privadas, religiosas y del Estado. En el primer caso, su acción se funda en la solidaridad fraternal o de parentesco; en el segundo, en la caridad, y en el tercero, constituye una actitud solidaria del Estado frente a la indigencia social."

"En la asistencia ofrecida por el Estado, asistencia pública, pueden darse dos modalidades: la asistencia facultativa, en cuyo caso los beneficiarios no pueden exigir el debido cumplimiento de los servicios asistenciales, y la obligatoria, que constituye un verdadero derecho exigible al Estado."⁶³

"Por lo que se refiere al derecho de la seguridad social, este ha sido visto desde dos puntos de vista generales: el restringido, que considera a los trabajadores como sus únicos beneficiarios, es decir, como un

(⁶³) José M. Almanza Pastor, Derecho de la Seguridad Social, Vol. I. Editorial Tecnos, 3a. edición. Madrid. 1981. pp.35-41

derecho de clase que sólo debe considerar las contingencias a que aquéllos están expuestos en el desempeño de sus labores; y el amplio, que extiende los beneficios de la seguridad social a toda la colectividad sin distinción de clases sociales, orientaciones políticas ni posibilidades económicas tal y como lo planteó en su plan el inglés Beveridge.”⁶⁴

Hasta antes de las recientes tendencias constitucionales, el derecho a la salud era sólo una parte de los servicios asistenciales y de las prestaciones otorgadas por la seguridad social, por lo que su origen y evolución están íntimamente vinculados a estos derechos.

Sin embargo, al incluirse en los textos constitucionales el derecho a la protección de la salud no sólo ya no se relaciona necesariamente con la asistencia y la seguridad social, sino que adquiere rango propio, adquiere autonomía, incorporándose, al lado de aquéllos, en la cada vez más larga lista de los derechos sociales.

DERECHO COMPARADO.

(⁶⁴) Luis A. Despontin, "El Derecho a la Salud". Revista de Estudios Jurídicos, Políticos y Sociales. Año XXII, No. 26, Sucre, Bolivia, Junio, 1961, pp. 90 y 91.

Se creen necesarias algunas brevisimas consideraciones sobre lo que significa el Derecho Comparado.

"La doctrina discute la propiedad de la expresión "porque puede hacer creer -señala el jurista hondureño Manuel Cano Llopis- que se trata de una rama del derecho que trata de una materia determinada como es el sentido de las expresiones Derecho Civil, Derecho Mercantil, Derecho Penal, etcétera. Más afortunada -agrega el mencionado autor- es la expresión alemana Rechts Vergelichung o Vergleichende Recht, que significa "comparación de derechos" y, por tanto, dá una idea más exacta del problema, pues significa la comparación de sistemas jurídicos distintos y no un conjunto de reglas aplicables a una materia determinada." ⁶⁵

Para Naojiro Sujiyama "el Derecho Comparado consiste en comprobar positivamente, por medios determinados y con un objeto fijo, lo que hay de particular y lo que hay de común entre dos o varios derechos nacionales o supranacionales, tomados en el amplio sentido de la palabra." ⁶⁶ Por su parte, "Solá Cañizares sostiene que el derecho

(⁶⁵) Manuel Cano Llopis, Introducción al Estudio del Derecho Comparado. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras. 1969, p. 40.

⁶⁶ Naojiro Sujiyama. Ensayo de un concepto sintético del Derecho Comparado. México, 1941, p. 37, citado por Manuel Cano Llopis. Ob. Cit., pp.40.

comparado consiste en la comparación científica de sistemas jurídicos vigentes distintos o de un aspecto de los mismos y de las causas que los han producido y los efectos que han resultado en los medios sociales respectivos." ⁶⁷

En resumen, el Derecho Comparado, o la comparación de derechos, tiene entre sus propósitos conocer diversos sistemas jurídicos sobre una o más materias determinadas para saber, como ya se mencionó, lo que hay de común y lo que hay de particular entre ellos, con el fin de aprovechar las experiencias que puedan ser positivas y aplicables en un país determinado y enriquecer la legislación nacional.

Estas notas sólo pretenden hacer una muy somera descripción de algunos textos constitucionales que regulan el Derecho a la Protección de la Salud, y no buscan un análisis profundo de las legislaciones de los países que se mencionan.

EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN ALGUNAS CONSTITUCIONES.

(⁶⁷) Manuel Cano Llopis, Ob. cit., p. 41.

Se señala que al constitucionalizarse el derecho a la salud, adquiere rango propio, independiente de las prestaciones de la seguridad social, es decir, se universaliza, se extiende a todos los hombres sin tomar en cuenta su calidad socio-profesional. Sin embargo, algunas Constituciones no le dieron este carácter universal, sino que lo siguieron reservando sólo para los trabajadores o para ciertos grupos sociales. En esta virtud, utilizaremos una clasificación muy general que se refiera a estos dos criterios, haciendo en cada caso, además, referencia a otros aspectos igualmente importantes como formas de prestación de servicios, responsabilidades del Estado y de los ciudadanos, etcétera.

Legislaciones que universalizan el Derecho a la Salud.

"MÉXICO.- El artículo 4o. constitucional señala que "toda persona tendrá derecho a la protección de la salud". Este representa una medida legislativa trascendente del gobierno para encaminarse hacia la satisfacción de una de las aspiraciones más ingentes del pueblo Mexicano: tener acceso a los servicios de salud independientemente de si están o no en el régimen de Seguridad Social. Antes de esta reforma, se venía propiciando un tratamiento de excepción y de privilegio en favor de los trabajadores (artículo 123 constitucional) que pueden exigir, por virtud

principalmente de sus aportaciones, los servicios de salud derivados del mencionado régimen; en tanto que los usuarios de los servicios asistenciales no estaban en la aptitud legal de exigir servicios oportunos y de buena calidad."

" La reforma no se limitó sólo a consagrar el derecho universal de la salud, sino que adquirió el rango de una verdadera garantía Constitucional al incorporarse en el Título correspondiente de las Garantías Individuales y al ordenar que "la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud", estableciendo la concurrencia de la Federación y de los Estados en materia de salubridad general."

" Complementarias a la reforma constitucional, se introdujeron modificaciones a otros ordenamientos legales para sentar las bases del Sistema Nacional de Salud y dar cumplimiento, a través de este sistema, al mandato Constitucional".⁶⁸

"ESPAÑA.- El artículo 43 de la Constitución Española de 1978 dispone: "1.- Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2.-

⁶⁸ - De Quiroz, Juan Bernardo, La Seguridad Social en las Constituciones, Revista Mexicana del Trabajo, 1968, tomo XV, 6a. Epoca, pág. 8.

Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3.- Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio".

" Por otra parte, el artículo 41 establece que "los poderes públicos mantendrán un régimen de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serían libres".

" La Constitución Española es también un claro ejemplo de las modernas tendencias de separar el régimen del derecho a la salud del régimen de seguridad social."

" Después de constitucionalizado el derecho a la salud, el Congreso de los Diputados aprobó un documento básico para la reforma sanitaria, de acuerdo con el cual la protección de la salud ha de conseguirse incrementando su bienestar físico, mental y social y suprimiendo los desequilibrios; la defensa y promoción de la calidad del medio ambiente

en general y de los lugares de trabajo en especial y la salvaguarda de la salubridad y de la higiene de los alimentos; la responsabilidad del ciudadano en su propia salud; la creación de una conciencia sanitaria basada en la educación en materia de salud de los ciudadanos, considerados individualmente y de la colectividad en su conjunto; la prevención de los procesos patológicos; el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades; la rehabilitación de los estados de invalidez, tanto somática como psíquica, el control de la experimentación, producción, distribución y dispensación de los medicamentos y de las informaciones científicas acerca de sus acciones terapéuticas con el fin de garantizar su calidad, seguridad, eficacia y economía; la formación continuada del personal sanitario y la creación de las nuevas profesiones que una concepción integral de la sanidad vaya demandando; y el fomento de la investigación científica sanitaria en sus diversas modalidades."

" Por lo que se refiere a la "asistencia sanitaria" como prestación del régimen de seguridad social, su regulación se contiene en la Ley General de Seguridad Social."

" La separación de los regímenes del derecho a la salud y de la seguridad social, ha propendido, sin embargo, a su unificación en cuanto

a los servicios se refiere. En efecto, la creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social por Real Decreto del 4 de julio de 1977, así como la reordenación de la gestión institucional de la salud y de la seguridad social por Real Decreto Ley del 16 de noviembre de 1978, han sentado las bases para un sistema sanitario integral." ⁶⁹

"GRECIA.- La Constitución Griega de 1975 dispone en su artículo 21, párrafo tres, que el "Estado cuidará la salud de los ciudadanos y adoptará medidas especiales para la protección de la juventud, los ancianos, los incapacitados y para el auxilio de los necesitados."

"Por otra parte, el artículo 22, párrafo cuarto, establece que "el Estado atenderá a la seguridad social de los trabajadores, como está previsto por la Ley." ⁷⁰

En este caso también encontramos la misma tendencia que distingue el derecho a la protección de la salud de las prestaciones de la seguridad social.

⁶⁹ - De Quiroz, Juan Bernardo, Ob. Cit. Pág. 9-11.

⁷⁰ - Ibidem, pág. 11.

"FRANCIA.- En el preámbulo de su Constitución de 1946, se garantiza a todos, especialmente a los niños y a los ancianos la atención de la salud." ⁷¹

"PORTUGAL.- El artículo 64 de su Constitución (1976) extiende el derecho a la protección de la salud a todos los ciudadanos e impone a éstos el deber de defenderla y promoverla. Este derecho se prestará a través de un servicio nacional de salud universal y gratuito. En consecuencia, al Estado incumbe garantizar una racional y eficiente cobertura médica y hospitalaria; orientar su acción para la socialización de la medicina y de los sectores médico y químico-farmacéutico, y controlar la producción, comercialización y el uso de los productos químicos, biológicos y farmacéuticos." ⁷²

El 30 de septiembre de 1982 se hizo una enmienda al citado artículo 64 para establecer que "el Sistema Nacional de Salud tendrá una gestión descentralizada y participativa".

⁷¹ - Ibidem. pág. 11.

⁷² - Ibidem. pág. 12.

"JAPÓN.- En el artículo 25 de su Constitución (1947) se consagra, para todos, el derecho a un nivel mínimo de vida saludable y cultural. A este respecto, el Estado conducirá sus esfuerzos al acrecentamiento del bienestar, la seguridad y la salud pública." ⁷³

"ITALIA.- Su constitución (1947), en su artículo 32, señala que la tutela de la salud es un derecho fundamental del individuo y un interés de la comunidad, garantizándose la curación gratuita de los indigentes." ⁷⁴

"CUBA.- Su constitución (1976) consagra, en su artículo 46, el régimen de seguridad social: la asistencia social (artículo 47), y el derecho a la salud (artículo 48)."

" Los beneficios de la seguridad social, que son extensivos a toda la población de la seguridad social, que son extensivos a toda la población en forma gratuita, se regulan en la Ley de Seguridad Social número 1100 de 1963 y son administrados por el Ministerio de Salud Pública, cuyas funciones fueron definidas desde el 1o. de agosto de 1961. El Ministerio es el responsable de la planeación de los servicios de salud en el país." ⁷⁵

⁷³ - Ibidem, pág. 12.

⁷⁴ - Ibidem, pág. 12.

⁷⁵ - Ibidem, pág. 13.

"CHILE.- En su Constitución de 1925, se estableció el deber del Estado de velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país, ordenando que se destinara una cantidad suficiente para mantener el servicio nacional de salubridad."

" En 1962 fue creado el Servicio Nacional de Salud que, junto con el Ministerio de Salubridad, inició una importante acción en la integración de los servicios de salubridad, de beneficencia y de los seguros sociales. A partir de la implantación del régimen militar chileno el servicio se desintegró y se inició un proceso de privatización de la medicina." ⁷⁶

"COSTA RICA.- Su Constitución de 1949 instauró los seguros sociales (artículo 73) y la protección especial de la familia por parte del Estado (artículo 61)."

" Por reforma constitucional del 12 de mayo de 1965, se ordenó a la Caja Costarricense de Seguro Social la universalización de los seguros sociales. La reforma de la Ley Constitutiva de esta Caja, del 30 de marzo de 1971, autorizó a la Junta Directiva de la misma para colaborar con el

⁷⁶ - Ibidem, pág. 13

Ministerio de Salubridad Pública y con el Instituto Nacional de Seguros en la atención médica de los indigentes." ⁷⁷

CONTENIDO PROGRAMÁTICO DE LA CONSTITUCIÓN Y EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

"La Constitución Mexicana ha dejado atrás los modelos que postuló el constitucionalismo clásico y que se movían alrededor de dos elementos que hoy se antojan insuficientes: el elemento orgánico y el dogmático. En esa corriente se ubica Escriche quien, en su ameritado diccionario jurídico, dice que una constitución es un acto en el que están determinado los derechos políticos de una nación y la forma de su gobierno, es decir, la organización de los poderes públicos." ⁷⁸ Montiel y Duarte, Jurisperito Mexicano, remata la concepción clásica "diciendo que una constitución es la ley fundamental del país que estructura los poderes supremos y garantiza los derechos del hombre." ⁷⁹

⁷⁷ - Ibidem, pág. 13-14.

⁷⁸ - Joaquín Escriche. Diccionario razonado de legislación y jurisprudencia. Editorial Temis, Bogotá, 1977, tomo II, p. 225.

⁷⁹ - Isidro Montiel y Duarte. Vocabulario de Jurisprudencia, Imprenta de la V. E hijos de Murguía, México, 1878, pág. 83.

"Las Constituciones de la mayor parte del mundo -sean socialistas, capitalistas o de economía mixta, tanto en los países ricos como en los subdesarrollados- han añadido a los ya citados elementos orgánico y dogmático, una dimensión programática, que las acentúa como proyectos sociales. La Constitución Mexicana de 1917, la Austriaca de 1920, la Alemana de 1919 y recientemente la Portuguesa -apenas de septiembre de 1992. y la Española de 1978 -como lo fue la de 1931-, contienen una idea del derecho y con ella la visión de una sociedad más justa."

" Por otra parte, con la adición que examinamos, se constitucionaliza uno de los derechos contenidos en la declaración universal de los derechos humanos de la Organización de las Naciones Unidas"⁸⁰ y la "declaración americana de los derechos y deberes del hombre."⁸¹

"La Constitución no es sólo el reflejo de la realidad; se trata de una representación social, porque como dijera don Ignacio García Téllez, al comentar en 1932 el nuevo Código Civil, "la Ley debe corresponder

(⁸⁰) Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.

(⁸¹) Aprobada por la Conferencia de Estados Americanos el 30 de marzo de 1948.

fielmente a las necesidades de su medio y de su tiempo, a la vez que constituirse en un acicate de progreso." ⁸²

"La Constitución sostuvo Aristóteles, es más que una estructura jurídica, es también un espíritu moral, una forma de vida." ⁸³

"En las Constituciones como la Mexicana, se contienen disposiciones que se pueden llamar preceptivas, porque generan derechos y obligaciones; disposiciones organizativas, porque dan el arreglo de instituciones constitucionales, y disposiciones programáticas, que establecen simplemente directivas de acción para los poderes constituidos." ⁸⁴

Estas disposiciones directivas y programáticas, a las que pertenece el derecho a la protección de la salud, no se perfeccionan de manera automática y de suyo o cambian la realidad social, a diferencia, por ejemplo, del artículo 2o. constitucional, que prohíbe la esclavitud como institución jurídica y que es un precepto autoaplicativo, autosuficiente.

(⁸²) Motivos. Colaboración y Concordancias del Nuevo Código Civil Mexicano. Sin pie de imprenta, México, 1932, p. 2.

(⁸³) Rolando Tamayo. Introducción al Estudio de la Constitución UNAM, México.

(⁸⁴) Paolo Biscaretti di Ruffia. Introducción al Derecho Constitucional Comparado. FCE. México, 1975, pág. 321.

El derecho que comentamos requiere, por el contrario, que el Estado se esfuerce en poner las condiciones para que progresivamente vaya gozando de efectividad.

"Hay que recordar al efecto que los derechos sociales y los derechos individuales son radicalmente distintos; estos últimos, fundamentalmente, imponen al Estado una obligación de no hacer, le obligan a abstenerse de violarlos, en tanto que los derechos sociales conllevan obligaciones de hacer para el Estado; el Estado debe generar las condiciones necesarias para que el derecho social pueda darse, ejercerse."

" Las disposiciones programáticas de una constitución son para los agentes estatales, estímulo y guía de la acción pública, y para el pueblo representan la esperanza de que algún día se acatarán, como afirmara Karl Loewenstein." ⁸⁵

El carácter declarativo de las normas programáticas conduce a que no sean accionables, o sea a que no se puedan hacer valer en juicio. El

(⁸⁵) Teoría de la Constitución. Ariel, Barcelona, 1979, pág. 211.

ciudadano no tiene derecho a la tutela jurisdiccional para que la autoridad obligue coactivamente al Estado a que haga efectivo aquí y ahora una norma programática.

"El ciudadano que ve frustrado su derecho constitucional a la protección de la salud tiene el recurso de imponer al agente estatal las supremas sanciones políticas que pueden darse en un sistema democrático: negarle el voto en las próximas elecciones; deteriorar la legitimidad de su mandato; censurar su gestión pública; acuarle de iluso, de demagogo, de utópico o de inconsistente."

"Las normas programáticas son normas impropias, porque no están revestidas de coercitividad; no pueden hacerse cumplir por la fuerza ni pueden llevarse al órgano jurisdiccional, como en el caso de las normas que otorgan derechos individuales y buena parte de los derechos sociales. Empero el derecho que se comenta, al igual que los individuos y el resto de los sociales, emanan de la naturaleza del hombre. Aún quienes sostienen las más añosas doctrinas aristocratizantes no pueden dejar de reconocer que todo ser humano, por el hecho de serlo, tiene el derecho a que se proteja su salud."⁸⁶

(⁸⁶) Es interesante, en este sentido, señalar que el artículo 2o. de la Ley del Seguro Social (D.O. 12.III.73) establece que "la seguridad social tiene por finalidad garantizar el Derecho humano a la salud..."

"No es improbable que como el derecho que se comenta no goza de tutela jurisdiccional, algún cinico social desestime la importancia de su constitucionalización porque a menudo los legos en derecho dan a su naturaleza coercitiva un voto de confianza que no merece. Quien trabaja con normas jurídicas sabe que el derecho es más que un instrumento de coacción; sabe que el derecho es una representación del futuro, es creador del futuro social, porque es motor de la dinámica política."⁸⁷

El derecho es el coordinador de los valores sociales en juego dialéctivo y no mero resorte coactivo.

El uso de la violencia legítima por parte del Estado tendiente a que se observe una prescripción jurídica, siempre es excepcional y de última instancia. Por lo regular el destinatario de la norma perfecta -la que puede hacerse efectiva por la fuerza- la cumple espontáneamente, porque coincide con su valorativa, porque cree -como dijera Celso- que es arte de lo bueno y de lo justo.

(⁸⁷) Tratado de Ciencia Política. UNAM, México, 1982, tomo I, volumen II.

El carácter excepcional de la coerción en las grandes aglomeraciones humanas de nuestros días, ha llevado a la decadencia de la coacción y a la revalorización política del derecho, a acentuar su carácter de proyecto social fincado en el consenso.

"La parquedad del nuevo dispositivo constitucional no impidió que el poder constituyente permanente proporcionara lineamientos fundamentales para el cumplimiento del programa de salud que contiene la norma fundamental:"

" A) A diferencia del derecho que en el campo de la salud otorga a los menores el último párrafo del artículo 4o. de la Constitución, el nuevo párrafo no restringe el carácter de sujeto pasivo (los Poderes y el Estado)."

" Al no hacer esa precisión y tomando en cuenta lo asentado en la exposición de motivos del Expresidente De la Madrid, están obligados a proveer a la protección de la salud el Estado, la sociedad y el propio interesado."

"Si no concurren armónicamente Estado, sociedad e individuo el programa constitucional no podrá encontrar efectividad razonable."

" B) El Constituyente, por otro lado, recogió una expresión más realista (derecho a la protección de la salud) que la que estaba en boga tanto en los foros científicos como en los políticos ("derecho a la salud"), adscribiéndose así a la declaración americana de derechos humanos ("preservación de la salud") y a buena parte del constitucionalismo moderno."

"Proteger" la salud en lugar de asegurar el goce de la salud es una postura programática mucho más sensata y viable."

" C) La protección de la salud no atañe, como parece dejarlo ver el artículo 3o. del Código Sanitario en vigor, sólo a los poderes nacionales. El nuevo párrafo del artículo 4o. constitucional previene que la salubridad general se distribuirá entre la Federación y las entidades federativas, o sea que para hacer frente al programa sanitario habrán de concurrir esos dos niveles de gobierno, más el nivel municipal, puesto que las atribuciones de éste son fijadas por las legislaturas locales."

" La suma de los esfuerzos de Federación, Entidades Federativas y Municipios, responde no sólo a un sano federalismo, sino también a un programático realismo, ya que sin su concurso la acción sanitaria federal sería ineficaz."

" En este aspecto conviene hacer reflexiones más detenidas. Desde la adición que en 1908 se hizo a la Constitución general es competencia de la Unión la Salubridad General de la República, en tanto que quedo a los Estados la competencia residual de la salubridad local." ⁸⁸

"La Constitución de 1917, a excepción de instituir el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad (sustituídos por la SSA y hoy Secretaría de salud) no precisa la distribución de competencias sanitarias entre Unión y Estados y deja, por tanto, que el legislador ordinario haga el reparto consecuente. Sin embargo, los códigos sanitarios más que efectuar ese repartimiento progresivamente -sobre todo el de 1973- "federalizaron" la materia, ensanchando injustificadamente el concepto salubridad general. "

" La adición de 1983 responde al propósito de revertir ese proceso centralizador y previene el carácter concurrente de la materia sanitaria: "La ley establecerá la concurrencia de la Federación y la entidades en materia de salubridad general..."

(⁸⁸) Diego Valadés. "Salud y Federalismo", en Cuadernos de la Coordinación de los Servicios de Salud. Presidencia de la República, 1982.

" Es decir, que las entidades federativas serán competentes en cuanto a la salubridad local y concurrirán, con la Federación, en la salubridad general según lo disponga la legislación secundaria. Al efecto, se antoja necesario precisar el concepto "concurrente" a la luz de la doctrina y de la Constitución." ³⁹

Un buen número de prestigiados constitucionalistas mexicanos ha hecho suya la teoría norteamericana de las facultades concurrentes y coincidentes:

"Las primeras, dicen los constitucionalistas del vecino país, son aquellas que pueden ejercerse por los Estados, en tanto no lo hace la Unión. Una vez legisle ésta, la legislación local es abrogada."

"Las segundas, las coincidentes, son aquellas de que están revestidas tanto la Unión como los Estados."

" Si bien no se puede dejar de reconocer el esfuerzo doctrinal que apuntamos, debe considerarse que la Constitución Mexicana ha desestimado ese manejo terminológico: la fracción XXIX-C del artículo 73, en 1976, y el párrafo cuarto del artículo 4°, en 1983, denominan

³⁹ - Diego Valades, Ob cit. Pág. 44

competencia "concurrente" a la que la teoría norteamericana tiene por "coincidente".

"Así, el precepto invocado en primer término dispone que el Congreso está facultado "para expedir las leyes que establezcan la concurrencia del Gobierno Federal, de los Estados y de los Municipios en el ámbito de sus respectivas competencias, en materia de asentamientos humanos..."

"La exposición de motivos de la iniciativa de adiciones constitucionales de 1976 aclara que no se está haciendo nuestra la postura norteamericana, cuando dice que "la multiplicidad de elementos y competencias que inciden en el fenómeno urbano nos lleva al principio de que la estructura jurídica que dé regulación al mismo, deberá establecer la concurrencia de los tres niveles de Gobierno a través de nuevas formas de colaboración de las entidades federativas entre sí, y de éstas con la Federación." ⁹⁰

"Para justipreciar el alcance del nuevo párrafo cuarto ha de tenerse en la memoria que durante siglos, desde su fase española, la salubridad fue esencialmente del resorte municipal. Gómez de la Serna en sus

(⁹⁰) Ibidem, pág. 46.

Instituciones del Derecho Administrativo Español, en las que recoge las lecciones que dictó en la primera mitad del siglo pasado" ⁹¹ señalaba que entre las atribuciones más importantes que las municipalidades ejercían figuraban "cuidar de la policía de salubridad, admitir y controlar facultativos y ejercer la inspección en los ramos de beneficencia".

"En la Novísima Recopilación se decía que el objeto de la Ley Sanitaria "está sujeto a diversas circunstancias que no permiten establecer reglas generales sobre él: la autoridad local, por medio de bandos, establece las que cree necesarias para corresponder a la sagrada obligación que le impone su autoridad sobre la salud pública." ⁹²

"La reversión del proceso centralizador que representa el nuevo párrafo se concretizará con una ley reglamentaria que reparta la competencia sanitaria y con la celebración de los convenios de coordinación, que contempla la fracción X del artículo 115 constitucional." ⁹³

(⁹¹) Instituciones del Derecho Administrativo Español. Imprenta de Vicente de Zalama, Tomo I, pp. 123.

(⁹²) Derecho Constitucional Mexicano. Editorial Pax-México, México, 1976, página 371.

(⁹³) "Reglas sobre la policía de salud pública, que se han de observar por la suprema junta de Gobierno de Medicina de 1791" en Los Códigos Españoles. Imprenta de La Publicidad, Madrid, 1850, tomo VIII, pp. 680-681.

"Para terminar este punto, conviene traer a nosotros el juicio del profesor Daniel Moreno: "Existen casos, pocos por cierto entre nosotros, en los que los Estados pueden legislar coincidiendo con el Congreso General. El ejemplo típico es el de educación. En tales casos se habla de facultades concurrentes o coincidentes." ⁸⁴

D) El artículo 4° dispone que la legislación reglamentaria "definirá las bases" y modalidades para el acceso a los servicios de salud", pero con muy buen sentido no previene que ese acceso a los servicios de salud sea necesariamente gratuito. La ley secundaria podrá determinar criterios de solidaridad social y de equidad para que el costo de los servicios sanitarios se cargue al usuario conforme a su condición socioeconómica.

Los servicios de salud que prestan los sistemas de seguridad social, primordialmente, seguirán descansando en el concepto capacidad contributiva.

(⁹⁴) " La Federación y los Estados en los términos de Ley, podrán convenir la asunción por parte de éstos del ejercicio de sus funciones, la ejecución y aplicación de obras y la prestación de servicios públicos, cuando el desarrollo económico y social lo haga necesario".

SOCIEDAD IGUALITARIA Y DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

La justicia social fue reclamo de nuestro movimiento revolucionario, y sigue siendo demanda exigida por la sociedad.

"El 2 de abril de 1982, el entonces candidato a la Presidencia de la República, licenciado Miguel de la Madrid Hurtado, durante la reunión sobre "Salud y Seguridad Social", celebrada en la ciudad de Coatzacoalcos, señaló: "Estoy totalmente de acuerdo en que si algún derecho social debe reconocerse explícitamente para obligar al Estado y a la sociedad a proporcionar un bien que es indispensable para el desarrollo de la personalidad humana y para la subsistencia de una nación vigorosa, es el derecho a la salud".

"Una sociedad organizada democráticamente, debe tener la obligación ineludible de proporcionar a sus integrantes condiciones adecuadas de salud, promoviendo si fuere necesario la transformación de la estructura social y la doctrina de los derechos del hombre, para equilibrar individuos y grupos mediante un proyecto nacional encuadrado en un imperativo común de interés general: la justicia social y la igualdad."

" La Organización Mundial de la Salud ha definido a ésta como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Esto quiere decir, que la salud se encuentra relacionada íntimamente con la posibilidad del individuo o de los individuos de tener acceso a niveles adecuados en materia de alimentación, vivienda, empleo y educación, principalmente."

" La situación de la salud de un país depende, fundamentalmente, de las condiciones generales de vida dentro de la población y de la base económica y social en que éstas se producen."

" Los anteriores conceptos rompen con el enfoque tradicional que consideraba a la salud como un fenómeno biológico e individual, cuando bien sabemos que constituye un proceso dinámico, social, multifactorial, multicausal e íntimamente ligado e interrelacionado con aspectos socioeconómicos y políticos que integran el modelo de desarrollo de un país: en consecuencia los problemas de salud de la población dependerán en gran medida de la forma en que las naciones han organizado sus sociedades y las metas que ellas se han fijado."⁹⁵

⁹⁵ - Coronado Mariano, Elementos de Derecho Constitucional Mexicano, Escuela de Artes y Oficios, trigésima novena edición, De. Hermes, pág. 130.

La sociedad igualitaria a la que aspiramos, busca como objetivo establecer la nueva forma de vida en común que debemos crear los mexicanos, para que, sin distinción, todos podamos disfrutar de oportunidades para nuestro desenvolvimiento en lo cultural, económico y social.

"Para mantener nuestros valores de independencia y libertad, tenemos que caminar por la ruta de la justicia, hacia una sociedad más igualitaria en todas sus dimensiones; social, económica, cultural, de alimentación, salud, vivienda, educación, de derecho al trabajo y a la recreación."

"Sociedad igualitaria que debe corregir situaciones lacerantes de desigualdad, como es la desnutrición de millones de niños y abatir los altos índices de morbi-mortalidad infantil, pues de no hacerlo, no solamente estamos aceptando los problemas del corto plazo, sino, y esto es lo más grave, estamos también condenando fatalmente a generaciones enteras a no tener el desarrollo fundamental a que debe aspirar el ser humano."

"Dentro de este marco, destaca la voluntad política del gobierno de la República, a edificar una sociedad más justa e igualitaria elevando el

derecho a la protección de la salud a rango constitucional, para dar base a un sólido e integrado Sistema Nacional de Salud, que garantice a todos los mexicanos en el más breve plazo, servicios permanentes e igualitarios de salud."

" Cuando el Ex-Presidente de la República, Licenciado Miguel de la Madrid Hurtado recorrió el país en busca del voto de los mexicanos, se dio cuenta de que entre los grandes problemas que agobian a la población el fundamental era el de la salud y, trató desde entonces, elevar a rango constitucional el "derecho a la salud", que significa la salud para todos los mexicanos sin importar su situación económica, política, cultural, social o geográfica."

" Este propósito se volvió realidad el 27 de diciembre de 1962, al adicionarse el artículo 4° constitucional."

" El concepto "derecho a la salud" se modificó para efectos de la adición al artículo 4° constitucional al considerar el legislador que la vida y la salud no se pueden garantizar ni por el Estado, ni por la sociedad, ni por el individuo; pero en cambio, sí puede garantizarse su protección."

" Se optó por la expresión "derecho a la protección de la salud" porque tiene el mérito de connotar que es un derecho de todos los mexicanos y es una responsabilidad indisoluble del Estado, que dispondrá de los recursos necesarios para asegurar su protección."

" Así la expresión "derecho a la protección de la salud" implica el esfuerzo deliberado, orientado y planeado para desarrollar acciones congruentes con las políticas y objetivos que favorezcan la implantación de programas específicos."⁹⁰

Esta medida viene a beneficiar a muchos millones de compatriotas que hasta ahora no tienen satisfechas sus necesidades de salud, en los que están comprendidos los grupos sociales más desprotegidos, más pobres económicamente, como son los desempleados, los subempleados, campesinos y habitantes de las colonias populares y de los cinturones de miseria.

Este derecho, por ser consustancial a la vida, es la más importante prerrogativa del hombre; todo ser humano aspira, con plena justificación, a ser un individuo sano, a vivir en un ambiente sano y entre semejantes que gocen de buena salud. Disfrutar el nivel de salud más alto posible

⁹⁰ - Coronado Mariano, Ob. Cit. Pág. 131.

constituye con la garantía constitucional, uno de los derechos fundamentales de todo mexicano.

"El manifestar como una garantía constitucional "el derecho a la protección de la salud" implica, además, reconocer que dentro de los planes de desarrollo del país, las instituciones integradas dentro del sector, con sus acciones debidamente coordinadas, deben concurrir conjuntamente con las otras instituciones de los sectores involucrados, para garantizar el correcto ejercicio de los derechos plasmados en nuestra Carta Magna; en la legítima búsqueda de los resultados que permitan alcanzar la sociedad igualitaria a que todos los mexicanos tenemos derecho."

" Para alcanzar una sociedad más justa e igualitaria se requiere el uso de varios instrumentos de las políticas de desarrollo, pero estas políticas no darán los frutos esperados si no contamos con la participación de una población más sana."

" Porque la salud es factor fundamental de todo proyecto, meta y origen de toda acción, por lo tanto, mantener la salud es obligación de todos; la salud se pierde o se conserva en el hogar, en la escuela, en la

fábrica, en la oficina; es decir, en los lugares donde la gente vive, trabaja y se relaciona."

" Lo que importa antes todo es fijar un rumbo nuevo al desarrollo: no son las cosas lo que hay que desarrollar, sino los hombres. Los individuos tienen inexcusables necesidades básicas -de alimentación, de vivienda, de vestido, de educación- y cualquier proceso de desarrollo que no se oriente al cabal cumplimiento de las posibilidades humanas o que lo inhiba, lo que todavía es peor, es un grotesco remedo de la noción misma de desarrollo."

"Por ello, hablar del derecho a la protección de la salud y sociedad igualitaria equivale ir más allá de la concepción simplista de brindar atención médica a la población abierta carente de este servicio, sino que por el contrario, las acciones deben contemplar al ser humano como integrante de un grupo social, al cual deberán asegurarse los mínimos de bienestar requeridos para su correcto desarrollo."

"Sólo una amplia participación popular en todos los aspectos de la vida social puede lograr los propósitos de una sociedad más justa e

igualitaria, entendiéndose esta participación popular en los procesos políticos, económicos y en cada uno de los aspectos de la vida social." ⁹⁷

En particular, debe reiterarse que sin la participación activa, inteligente, organizada y solidaria de la comunidad y de los interesados no es posible alcanzar un estado de bienestar integral. No es posible que se conserve, recupere e incremente la salud sin la debida concurrencia de los esfuerzos del individuo y de la sociedad.

Este derecho a la protección de la salud significa un conjunto de acciones realizables con los recursos humanos, físicos y financieros disponibles que incluyen la reorganización de las instituciones integrantes del sector salud y, la administración de adecuados y eficientes sistemas de protección y restauración de la salud, con la participación de todos los sectores involucrados.

Considerando que la actual cobertura aún no beneficia a la totalidad del pueblo mexicano, es necesario realizar importantes esfuerzos para garantizar adecuadamente el ejercicio de este derecho.

⁹⁷ - Ibidem, pág. 136-137.

"El Estado mexicano requiere, en consecuencia, crear nuevos mecanismos que aseguren la coordinación efectiva de las instituciones, para aprovechar la muy importante infraestructura existente, de tal manera que no haya duplicación de inversiones y desperdicio de recurso y así lograr lo más rápidamente posible la cobertura total de los servicios básicos a toda la población."

"La estrategia que permitirá mejorar la eficiencia y racionalizar los recursos del subsector salud, asistencia y seguridad social, se orienta a superar los problemas de desigual atención que confrontan los habitantes del país, a través del fortalecimiento y consolidación de la coordinación e integración institucional de los servicios; de la promoción de programas multisectoriales en materia de política nutricional, educativa y de disponibilidad de servicios municipales básicos; así como, de la mayor participación de los sectores social y privado en la administración, financiamiento y programación de sus actividades."

"Las primeras acciones en tal sentido ya se han establecido, destacan por su importancia el fortalecimiento a la coordinadora de sector, para que ejerza un mayor control en materia administrativa, de coordinación institucional y de disciplina presupuestal a sus entidades coordinadas; de igual manera, la desconcentración administrativa,

regionalización de servicios y la estructuración de los niveles de atención, con especial referencia a la red primaria."

" Estas importantes acciones, permitirán aprovechar en la mayor medida la capacidad instalada y los recursos humanos y materiales; conformar adecuados instrumentos de información, planeación participativa y sistemas de evaluación y control para mejorar la eficiencia general del servicio."

" Para que la decisión política y los manifiestos deseos de cumplir cabalmente con estas obligaciones no se condicionen a la inercia burocrática, es muy importante determinar políticas, prioridades, estrategias y programas intrasectoriales e intersectoriales, que incluyan líneas generales y específicas de acción, con señalamientos precisos de qué debe hacerse, quién debe hacerlo, con qué recursos y cuándo debe ejecutarse; para con base a ello, se implementen los mecanismos de seguimiento, control y evaluación que garanticen la obtención de los resultados propuestos."

" La obtención de un nivel de salud adecuado para toda la población, no es de la exclusiva responsabilidad de las instituciones que integran el sector salud, sino que requiere la participación responsable, decidida y

coordinada de los encargados de la economía, la educación, el comercio, la industria, el sector agropecuario, los servicios públicos, etcétera, en sus niveles federal, estatal y municipal."

" Los problemas de subalimentación, desnutrición y enfermedades infecciosas se asocian a condiciones de higiene deficientes aguas contaminadas, escasez de alimentos o deficiencias alimentarias, insuficiente atención médica y un control inadecuado de vectores de enfermedades; los cuales separadamente o combinados son la causa de enfermedades y en no pocas ocasiones de la muerte."

" Al mismo tiempo desempleo, subempleo y desigualdades salariales producen y agravan las condiciones de pobreza de las sociedades y deterioran sus posibilidades reales de acceder a un nivel decoroso de vida. "

" Mientras en los países desarrollados se establecen clínicas para la obesidad u otros problemas de estética, en los países en vías de desarrollo requerimos resolver problemas sanitarios básicos. En la mayor parte de los países en vías de desarrollo se sufren como primeras causas de mortalidad algunos de los padecimientos que ya han sido erradicados en los países desarrollados desde finales del siglo pasado."

" La Organización Mundial de la Salud señaló que la diferencia en los índices de mortalidad entre países ricos y pobres es cada vez mayor."

" Esta situación ya de por sí grave, tiende a acentuarse si se consideran las altas tasas de crecimiento demográfico de los países en desarrollo."

"Si seguimos tolerando las extremas desigualdades políticas, sociales y económicas las consecuencias podrían ser muy graves."

" Finalmente, la magnitud de los problemas humanos exige una manera revolucionaria de pensar y una acción sin precedentes en nuestra historia. Revolución que debe abarcar a todos y cada uno de los aspectos de la actividad humana."

" La sociedad igualitaria y el derecho a la protección de la salud de los mexicanos, es el reto, un compromiso por cumplir." ⁹⁸

2.2 LEY GENERAL DE SALUD.

⁹⁸ - Ibidem, pág. 138-140.

La Ley General de Salud, dentro de la pirámide jurídica de las normas de Kelsen, ocupa un segundo rango de importancia, a nivel nacional; por arriba de ella sólo está la norma suprema, que es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, por abajo quedan reglamentos, decretos, acuerdos, etc.

La Ley General de Salud fue publicada en el Diario Oficial el martes 7 de febrero de 1984. Es el último eslabón de diversos códigos sanitarios, que arrancan desde 1981.

Anteriormente hay diversas leyes estatales de salud como en la Constitución de Apatzingán de 1914, en donde se les encarga a los municipios el renglón de la salud, pero no es sino hasta la Constitución de 1917, en el Artículo 4º, párrafo tercero, en donde está impreso que... "toda persona tiene derecho a la protección de la salud". La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a la fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución.

La Ley General de Salud tiene un total de 472 Artículos que pueden tener diversas fracciones repartidas en 18 títulos, cada título toca un tema

general, un título puede estar dividido en uno o varios capítulos que tratan de diversos subtemas sobre el tema del título. Los temas de los títulos y capítulos, en resumen, contienen los siguientes ordenamientos:

" Las disposiciones generales están contenidas en el Título Primero, contiene un capítulo único en sus artículos los temas más importantes que toca con: "

" - La de aplicación de esta Ley en toda la República, las finalidades que tiene el derecho a la protección a la salud y los términos de esta Ley en materia de Salubridad General y de las autoridades sanitarias, siendo la más importante el Presidente de la República y después el Secretario de Salud. "

" - El Sistema Nacional de Salud se describe en el Título Segundo y este apartado consta de dos capítulos, el primer capítulo (el Artículo 6° al 12°) trata de las disposiciones comunes referentes al Sistema Nacional de Salud, cómo está constituido éste, sus 15 objetivos, su interrelación con los Gobiernos de los Estados, con los diversos sectores sociales y privados y las bases para convenios y contratos. "

" El capítulo II trata de la distribución y competencia del Sistema Nacional de Salud, que corresponde al poder Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, la constitución y competencia del Consejo de la Salubridad General."

" La presentación de los Servicios de Salud está reglamentada en el Título y consta de siete capítulos:"

" El capítulo I contiene las disposiciones comunes, plantea la clasificación de los servicios de salud en tres tipos: "

- " I. De atención médica.**
- II. De salud Pública, y**
- III. De asistencia social."**

" El Capítulo II trata de la atención médica y plantea las modalidades de las actividades de prevención, curación y rehabilitación."

" También se reglamentan extensamente a los prestadores de servicios de salud, clasificados en el capítulo III y dicha reglamentación está dividida como sigue: "

- " I. Servicios Públicos.**
- II. Servicios a derechohabientes.**
- III. Servicios sociales y privados.**
- IV. Otros."**

" El capítulo IV trata de los usuarios de los servicios de salud y de la participación de la comunidad, establece los derechos y obligaciones y términos en que los usuarios y la comunidad pueden utilizar estos servicios."

" I. La atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio."

" II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo."

" III. La promoción de la integración y del bienestar familiar."

" Por su importancia relevante, el capítulo VI se refiere a los servicios de planificación familiar, en el cual se establece su carácter prioritario, y

que quien practique su utilización sin la voluntad de la paciente o ejerza presión para que ésta la admita puede caer en la comisión de un ilícito.”⁹⁹

Como quedan comprendidos en este apartado, no sólo los servicios de planificación familiar, sino además la interrelación que tiene la Secretaría de Salud con el Consejo Nacional de Población.

“El capítulo VII se refiere a la prevención de enfermedades mentales, la promoción de la salud mental, la atención de enfermedades mentales son los temas más importantes de este capítulo.”

“ El Título Cuarto se dedica a enfocar las modalidades que adoptan los recursos humanos para los servicios de salud, así pues, en el capítulo I queda establecido cuáles ocupaciones requieren títulos profesionales o certificados de especialización y la forma en que deben ser legalmente expedidos y registrados por autoridades competentes, para el ejercicio de actividades tanto de profesionales como de técnicos y auxiliares, y señala las disposiciones para el ejercicio de la práctica profesional. ”

“ El servicio social de pasantes y profesionales queda reglamentado en el capítulo II de este título y prescribe que todos los pasantes de las

⁹⁹ - Barquin Calderón, Medicina Social, Ob. Cit. Pág. 345-347.

profesiones para la salud y sus ramos deberán cumplir con un servicio social, esta prestación se hará principalmente en unidades aplicativas de primer nivel de atención y en áreas de menor desarrollo económico y social. "

" También existe una reglamentación relacionada con la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos involucrados en las actividades del Sector Salud, se establece que la Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública deben llevar a cabo las actividades de: normatización, promoción, capacitación y actualización para el personal de salud, que apoyarán la creación de centros de capacitación y promoverá la participación voluntaria de profesionales y técnicos en estas tareas, así como que determinarán el perfil de los profesionales para la salud en su etapa de formación y finalmente que se establecerá un sistema de enseñanza continua en materia de salud." ¹⁰⁰

También la investigación para la salud tiene una reglamentación específica y el Título Quinto trata de este tema. En él básicamente se establece que la investigación para la salud debe comprender el desarrollo de acciones que contribuyen:

¹⁰⁰ - Ibidem. pag. 348.

"I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos del ser humano."

"II. El conocimiento de vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social."

"III. La prevención y control de los problemas prioritarios de salud."

"IV. El conocimiento y el control de los efectos nocivos del ambiente en la salud."

"V. El estudio de las técnicas y los métodos para la prestación de servicios de salud, y "

"VI. A la producción nacional de insumos para prevenir, conservar y restaurar la salud."

"El título de referencia prevé la participación de la Secretaría de Salud con la Secretaría de Educación Pública en la consecución de los objetivos que se han descrito en el párrafo anterior, así como las

modalidades que debe adoptar la investigación en seres humanos, evitando dañar la salud o la capacidad de alguna de las funciones que realiza el organismo." ¹⁰¹

"La información para la salud es normada en un único capítulo contenido en el Título Sexto y en él se establecen las modalidades de registrar las estadísticas de natalidad, mortalidad, morbilidad e Invalidez. Los sectores demográficos, económicos, sociales y ambientales, vinculados a la salud y asimismo los recursos físicos, humanos y financieros disponibles para la protección de la salud de la población."

" Se plantea asimismo la captación, producción, procesamiento, sistematización, y divulgación de la información para la salud, de manera que su interpretación sea útil para la toma de decisiones a diversos niveles ejecutivos."

" El Título Séptimo trata de la promoción de la salud desglosada en cinco capítulos, de la manera siguiente: "

¹⁰¹ - Ibidem, pág. 330.

" El capítulo I trata del objeto de la promoción de la educación para la salud, de la nutrición y el control de los efectos nocivos del ambiente en la salud y, asimismo, de la salud ocupacional."

" La educación para la Salud es reglamentada en el capítulo II del mismo título y describe cuál es el objeto de la educación para la salud y de la responsabilidad de la Secretaría de Salud en esta actividad."

" El capítulo III trata de establecer reglamentación relacionada con la nutrición y las diversas actividades de la Secretaría de Salud que se refiere a la vigilancia, implementación y desarrollo de los programas de nutrición."

" También existe un apartado de esta Ley que se relaciona con los efectos del ambiente en la salud y para el objeto señala las facultades que tiene la Secretaría de Salud para la protección de la salud humana ante riesgos y daños dependientes de las condiciones del ambiente. La normatividad en relación con los contaminantes del medio ambiente en el aire, el saneamiento básico, las normas de operación sanitaria en las vías de comunicación, la radiación, los gases, el petróleo, los rayos X, los infrarrojos, los laser, los ultravioleta, asimismo qué permisos son

necesarios para uso de material radiactivo y la forma de manejarlo y desecharlo."

" La Salud Ocupacional o Salud en el Trabajo se reglamenta en el capítulo V que trata de las normas vigentes de acuerdo con el Artículo 123 de la Constitución Política relacionadas con las autoridades laborales, las del trabajo y previsión social, las Instituciones públicas y privadas de seguridad social y gobiernos de entidades federativas."

" La prevención y control de enfermedades y accidentes está ampliamente descrita en el Título Octavo de esta Ley, así se inicia su exposición con el capítulo I que contiene las disposiciones comunes relacionadas con la normatización, vigilancia epidemiológica y progresiva en relación a la prevención y control de enfermedades y accidentes de acuerdo con las autoridades laborales y de la seguridad social."

" Las enfermedades transmisibles son el objeto del contenido el capítulo II de este título el cual prescribe cómo deben realizarse las actividades en esta área acorde con los gobiernos de las entidades federativas en la que se refiere a vigilancia epidemiológica, a la prevención y el control de las enfermedades transmisibles el aparato digestivo, respiratorio, exantemáticas, zoonosis, las transmitidas por

artrópodos, las de transmisión sexual, los procesos dermatológicos, las helmintiasis, las micosis, la toxoplasmosis y demás padecimientos que determine el Consejo de Salubridad General y los tratados internacionales que se refieren también a la notificación obligatoria e inmediata de determinadas enfermedades y de las medidas que se requieren para la prevención y control de dichas enfermedades."

" La Ley General de Salud se ocupa en el capítulo III de este título de las enfermedades no transmisibles, pues trata de la prevención y control de dichas enfermedades."

" Los accidentes son motivo de atención de la Ley General de Salud, así pues el ordenamiento prescribe las modalidades de las acciones que en materia de prevención y control e investigación se llevan a cabo por la Secretaría de Salud en coordinación con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y con los gobiernos de las entidades federativas. "

" El Título Noveno contiene un capítulo único que reglamenta las actividades que están inscritas en el contexto de la Asistencia Social de la Prevención de Invalidez y de la Rehabilitación de los Inválidos."

" Describe las actividades básicas de asistencia social entendiéndose ésta como el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impiden al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva." ¹⁰²

"La acción extraordinaria en materia de salubridad general es materia del capítulo único del Título Décimo y en él se describe la conducta a seguir en caso de epidemias de carácter grave, situaciones de emergencia o catástrofe, deterioro súbito del ambiente y de las acciones extraordinarias que en materia de salubridad general serían ejercidas por la Secretaría de Salud, ya sea en un ámbito regional o nacional."

" Existe también un programa en contra de las adicciones, definido en el capítulo I del Título Decimoprimer y consta de varios apartados que se refieren al programa contra la dipsomania y el abuso de bebidas alcohólicas que comprende básicamente las acciones del programa contra el alcoholismo, de prevención, tratamiento, educación sobre efectos del alcohol las actividades de investigación, en relación a las

¹⁰² - Ibidem. pag. 351-353.

causas, efectos de la publicidad, hábitos de consumo y efectos del abuso de las bebidas alcohólicas."

" Hay un programa contra el tabaquismo que aparece reglamentado en el capítulo II del mismo título y que comprende los lineamientos generales del programa, en relación a la prevención, tratamiento y educación para combatir los efectos del tabaquismo."

" El programa contra la farmacodependencia está contenido en el capítulo III y aquí se plantean los lineamientos generales en relación a la prevención, tratamiento, rehabilitación y educación de los farmacodependientes y el control de las sustancias que puedan producir esta adicción."

" Existe un ordenamiento en relación al control sanitario de productos y servicios y su importación y exportación, que regula el Título Decimosegundo y en él se describen las condiciones sanitarias que deben observarse cuando se importan o exportan bienes o servicios producidos en este país o los que provienen del extranjero."

" Las disposiciones comunes de este título forman el texto del capítulo I, en el cual se plantea el control sanitario del proceso,

importación y exportación de alimentos, bebidas alcohólicas y no alcohólicas, medicamentos, estupefacientes, sustancias psicotrópicas, productos de belleza, perfumería, tabaco, sustancias para el aseo, plaguicidas, fertilizantes, sustancias tóxicas y todas aquéllas que constituyan un riesgo para la salud; así como sanitario del proceso, uso, mantenimiento, exportación y eliminación final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, material quirúrgico de curación y productos higiénicos."

" El capítulo II trata de los alimentos y de las bebidas no alcohólicas, define lo referente a alimentos, bebidas no alcohólicas, materias primas y aditivos alimentarios."

" El capítulo III de este título se refiere a las bebidas alcohólicas y prescribe cómo deben ser las modalidades para el uso, distribución y consumo de bebidas alcohólicas."

" Los medicamentos son reglamentados en el capítulo IV de este título, el cual se inicia con las definiciones de: medicamento, fármaco, materia prima, aditivo y materiales. Posteriormente plantea la clasificación de medicamentos en: magistrales, oficinales y especialidades

farmacéuticas. Más adelante están indicadas las disposiciones para su distribución y consumo y los medicamentos a base de productos biológicos."

" Los estupefacientes son objeto del contenido del capítulo V y en él se ha formulado una lista de más de 100 estupefacientes, entre los que destacan la codeína, cocaína, heroína, morfina, etc." ¹⁰³

Este apartado trata asimismo, las disposiciones para su uso, su distribución y su consumo y las disposiciones legales al efecto.

"El capítulo VI se refiere a las sustancias psicotrópicas, el contenido de este párrafo define cuáles son los productos químicos tales como los barbitúricos y otras sustancias materiales o sintéticas, depresoras o estimulantes del sistema nervioso central o que por su acción farmacológica pueden inducir la farmacodependencia; la clasificación de dichas sustancias contenida en cinco grupos."

" Hay disposiciones, reglamentaciones y otras características de tipo legal y normativo que se presentan en este apartado, entre las sustancias

¹⁰³ - Ibidem, págs. 354-356.

psicotrópicas que destacan son: el LSD, los hongos alucinantes, el peyote, la tetrahidrocannabinol (marihuana), etc."

" Los establecimientos destinados al procesamiento de medicamentos son definidos y enumerados en el capítulo VII y la lista de ellos es la siguiente:"

" Establecimientos:

Para la producción de medicamentos.

Para el control Químico, Biológico, Toxicológico, etc.

Para su almacén.

Para su fabricación.

Droguería.

Farmacia.

Botica.

Botiquín.

Etc."

" De los equipos médicos: estos materiales son motivo de reglamentación en el capítulo VIII y en él se define lo que debe entenderse por prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico,

insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, materiales de curación y productos higiénicos."

" También se formula la definición de cada uno de estos términos, su normatización para uso, tales como su etiquetación y su control sanitario."

" Los productos de perfumeria y belleza son motivo de normatización en el capítulo IX, el cual plantea cuáles se consideran productos de esta índole, sus usos e indicaciones entre los que se destaca que no pueden tener ninguna indicación terapéutica, y asimismo cómo se norma su producción, distribución y venta."

*** El capítulo X trata de los productos de aseo, definidos como sustancias destinadas al lavado limpieza de objetos, superficies o locales y los que proporcionan un determinado aroma a ambiente."**

" Comprenden:

Jabones.

Detergentes.

Limpiadores.

Blanqueadores.

Almidones de uso externo.

Desmanchadores.

Desinfectantes.

Desodorantes.

Aromatizantes, etc." ¹⁰⁴

En lo referente a tabaco, existe todo un capítulo, el noveno, en el cual se establecen dos aspectos importantes: la reglamentación para su venta, que debe llevar impresa la leyenda en forma clara y visible: "Este producto puede ser nocivo para la salud" y que no se puede vender en ningún caso a menores de edad.

Los plaguicidas, fertilizantes y sustancias tóxicas son motivo de reglamentación, la cual define el capítulo XII los términos de: plaguicida, fertilizante y sustancia tóxica y las atribuciones que tiene la Secretaría de Salud para su autorización, su embalaje, su almacenamiento, transporte, proceso de producción, normas de etiquetación, formas de uso, antídotos en caso de intoxicación, etc.

"Hay un capítulo destinado a normas de importación y exportación: el Decimotercero, el cual refiere a la calidad sanitaria que deben tener los productos de importación y exportación, a como su normalización, se

¹⁰⁴ - Ibidem, págs. 356-358.

hace énfasis en el renglón de medicamentos y materias primas para la elaboración de medicamentos, exportación de alimentos a granel frescos o congelado autorización para la importación de sustancias psicotrópicas o estupefacientes y sus respectivos permisos sanitarios, para introducirlos al país, así como la exportación de sustancias psicotrópicas y de estupefacientes que requieren transporte, distribución, etc. y por último las reglas para la importación de equipos médicos y material radiactivo, rayos laser, etc." ¹⁰⁶

El Título Decimotercero se refiere a la competencia que tiene la Secretaría de Salud para autorización de la publicidad que se relaciona con la salud, tratamiento de las enfermedades, la rehabilitación, a la invalidez, al ejercicio de las disciplinas para la salud y productos y servicios a que se refiere esta Ley, en relación con otras dependencias del ejecutivo federal, en materia o publicidad.

La eliminación y control sanitario de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos están contenidas en el Título Decimocuarto.

¹⁰⁵ - Ibidem, pag. 358.

"El capítulo I contiene las disposiciones comunes, por ejemplo: de la competencia de la Secretaría de Salud para la disposición y control de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos; su conservación, utilización, preparación, suministro y destino final. Aquí se plantea lo que se entiende por cadáver, embrión, feto, producto y destino final, donante originario y donante secundario, y finalmente trata de la certificación de la pérdida de la vida y comprobación de la muerte."

" El capítulo II trata de los órganos y tejidos, y presenta las disposiciones legales que se requieren para la obtención, selección y trasplantes de órganos y tejidos, del donante originario al receptor y que no es válido el consentimiento otorgado por menores de edad, incapaces o personas que por cualquier circunstancia no puedan expresarlo libre y conscientemente."

" El capítulo III establece en primer lugar que los cadáveres humanos no pueden ser objeto de propiedad y siempre serán tratados con respeto y consideración."

" Los cadáveres se clasifican: de personas conocidas y de personas desconocidas, aquí se plantean las disposiciones para la inhumación o incineración de cadáveres, la internación o salida de cadáveres del

territorio nacional, para la práctica de la necropsia, de la utilización de éstos para fines docentes y de investigación."

" La Sanidad Internacional es materia del Título Decimoquinto y en el capítulo I se plantea principalmente la vigilancia sanitaria de personas, animales, objetos o sustancias que ingresen al territorio nacional y que a juicio de la Secretaría de Salud constituyen un riesgo para la salud de la población, asimismo las restricciones para la salida de todo tipo de vehículos, personas, animales, objetos o sustancias que representen un riesgo para la salud de la población del lugar de su destino. "

" El capítulo II contiene las disposiciones relacionadas con la Sanidad en materia de migración y el párrafo se refiere a los reconocimientos médicos que determine la Secretaría de Salud para personas que deseen ingresar al país, individuos que padezcan peste, cólera o fiebre amarilla no podrán ingresar; asimismo, se establece que personas que deseen radicar permanente en el país, deberán someterse a los exámenes médicos que determine la Secretaría de Salud; igualmente deberán someterse estos individuos a la vigilancia o aislamiento que determinen las autoridades sanitarias. "

" El capítulo III trata de Sanidad Marítima, Aérea y Terrestre, establece las normas a las que deberán sujetarse todo tipo de vehículos, de acuerdo a los tratados sanitarios internacionales."

" El Título Decimosexto en su capítulo I se refiere a las autorizaciones sanitarias que tendrán el carácter de licencias, permisos, registros y tarjetas de control, según el caso. Plantea este capítulo las normas para la expedición de cada uno de los rubros mencionados. También aquí se reglamenta qué tipo de establecimientos o vehículos requieren de licencia sanitaria, quiénes requieren permiso y quiénes requieren registro sanitario."

" El capítulo II establece en qué casos se puede revocar una licencia, un permiso o un registro sanitario."

" El capítulo III define los diversos tipos de certificados que se deben expedir por parte de los médicos para fines sanitarios, se extienden los siguientes certificados: prenupciales, de defunción, de muerte fetal y otros que determine la Ley o sus reglamentos."

" El Título Decimoséptimo trata de la Vigilancia Sanitaria, aquí están contenidas las normas que definen la forma en que la Secretaría de Salud

lleva a cabo la vigilancia sanitaria para el cumplimiento de esta Ley, para ello cuenta con inspectores sanitarios en acuerdo con los gobiernos de las diferentes entidades federativas y ordenamientos locales; asimismo se plantean cuáles son las diligencias que lleva a cabo el inspector sanitario." ¹⁰⁶

Las medidas de seguridad, sanciones y delitos son materia del Título Decimoctavo, en cuyo capítulo I se explican cuáles son las medidas de seguridad sanitaria. Estas son las siguientes:

"Aislamiento.

Cuarentena.

Observación personal.

Vacunación de personal.

Vacunación de animales.

Destrucción de fauna nociva.

Suspensión de trabajos o servicios.

Suspensión de un mensaje publicitario en materia de salud.

Emisión de mensajes publicitarios que adviertan daños a la salud. "

¹⁰⁶ - Ibidem, págs. 358-360.

" Aseguramiento o destrucción de objetos, productos o sustancias.

Desocupación o desalojo de casa, edificios o establecimientos.

Prohibición de actos de uso, etc."

" El capítulo II de este título trata de las diversas sanciones, éstas pueden ser: multa, clausura temporal o definitiva que podrá ser parcial o total y arresto hasta por 36 horas. "

" La severidad de estas sanciones están en consonancia con los daños a las personas, y gravedad de la infracción, la condición socioeconómica del infractor y la calidad de reincidente del mismo."

" El capítulo III se refiere al procedimiento para aplicar las medidas de seguridad y las sanciones. "

" En este párrafo se plantea cuáles son los procedimientos que se llevan a cabo, y en qué principios están basadas las medidas que se han mencionado. "

" Los recursos de inconformidad son materia del capítulo IV de este título y trata de los actos y resoluciones de las autoridades sanitarias contra los cuales se puede inconformar una persona o un giro comercial y de cómo se lleva a cabo esta querrela y en qué casos procede. También está establecido que esta sanción prescribirá en término de 5 años, a partir del día en que se cometió la falta y de esto trata el capítulo V."

"El capítulo VI define cuáles son los delitos por lo que los responsables merecen sanción o consignación legal, dichas personas, pueden tener penas de privación de la libertad y multas de acuerdo al salario mínimo vigente en la zona donde se efectuó el delito. Entre éstos destacan actos ilícitos con agentes patógenos, comercio con órganos, tejidos y cadáveres, introducción al territorio nacional de sustancias peligrosas para la salud, investigación clínica en seres humanos sin sujetarse a la reglamentación vigente, falta de atención de profesionales de la medicina en caso de urgencia, etc." ¹⁶⁷

2.3 PROCURADURÍA DE LA DEFENSA DE LA SALUD.

¹⁶⁷ - Ibidem, pág. 361-363.

En estos últimos años, han venido apareciendo órganos de los Estados Modernos, que con diversos nombres se encargan de la defensa de los derechos de los usuarios de servicios de salud.

Se iniciaron en los países nórdicos y en Inglaterra, pero poco a poco se han ido extendido a otros países. Estas entidades son conocidas como Comisión o Procuraduría de la Defensa de la Salud.

"1.- La Procuraduría de la Defensa de la Salud es un organismo público descentralizado de servicio social, con funciones de autoridad y dotado de personal jurídica y patrimonio propio, para promover y proteger la salud de la colectividad y, en particular, los derechos de los pacientes de los servicios médicos."

REGLAMENTO

" 2.- El domicilio de la procuraduría será la ciudad capital, pero se establecerán delegaciones en todos y cada uno de los Estados o provincias, así como en los lugares en que se considere necesario."

" Los tribunales comunes serán competentes para resolver todas las controversias en que sea parte la Procuraduría."

" Para el cumplimiento de sus fines, serán coadyuvantes de la Procuraduría toda clase de autoridades centrales, estatales y municipales, así como las organizaciones promotoras de la salud, de acuerdo con lo que disponga el reglamento respectivo."

" 3.- La Procuraduría de la Defensa de la Salud tendrá las siguientes atribuciones. "

" 1. Representar a los pacientes de servicios médicos ante autoridades jurisdiccionales, previo mandato correspondiente, cuando a juicio de la Procuraduría la solución que pueda darse al caso planteado llegar a trascender al tratamiento de intereses colectivos, así como cuando los prestadores de servicios se nieguen a cumplir con las obligaciones que les impongan las resoluciones del consejo Superior de Salud en los términos de la Ley Orgánica de las Comisiones Supervisoras de la Prestación de Servicios Médicos. (Esta última parte, sólo se aplicará en caso de que no proceda el seguro de prestadores de servicios médicos). "

" II. Estudiar y proponer medidas encaminadas a la promoción y protección de la salud de la colectividad. "

" III. Proporcionar asesoría gratuita a los consumidores de productos y servicios médicos. "

" IV. Formular y realizar programas de difusión de los derechos de los consumidores de productos y servicios médicos. "

" V. Promover y realizar directamente, en su caso, programas educativos en materia de salud pública. "

" VI. Recopilar, elaborar, procesar y divulgar información objetiva para facilitar a la colectividad un mejor conocimiento de los productos y servicios médicos que se ofrecen a los usuarios. "

" VII. Denunciar ante las autoridades competentes los casos de violación de precios, tarifas o aranceles, normas de calidad y otras características de los productos y servicios para la salud, que lleguen a su conocimiento. "

" VIII. Conciliar las diferencias entre proveedores de productos o prestadores de servicios médicos y los consumidores de los mismos, fungiendo como amigable componedor."

" IX. Denunciar ante el Ministerio Público los hechos que lleguen a su conocimiento y que pudieran ser constitutivos de delito, dentro del ámbito específico de sus funciones."

" X. Alentar a las autoridades competentes a que tomen las medidas adecuadas para combatir, detener, modificar o evitar todo género de prácticas que afecten la salud de la colectividad."

" XI. Denunciar ante las autoridades que corresponda y, en su caso, ante el superior jerárquico del funcionario responsable, los hechos que lleguen a su conocimiento, derivados de la aplicación del Código Sanitario, la Ley de Derechos del Paciente o de la Ley Orgánica de las Comisiones Supervisoras de la Prestación de Servicios Médicos, que pudieran constituir delitos, faltas, negligencia, omisiones oficiales u ofensas a los derechos de la sociedad."

" XII. Sistematizar la información obtenida, de conformidad con el Artículo respectivo de la Ley, y proporcionar los datos que al respecto le soliciten las Comisiones Supervisoras de la Prestación de Servicios Médicos. "

" XIII. Tomar, por conducto de sus respectivos visitantes y previa solicitud de algún paciente, las medidas previstas en el Artículo respectivo de la Ley, para la adecuada prestación de servicios médicos al propio paciente en los establecimientos para el internamiento de enfermos. "

" XIV. Auxiliar a los pacientes para obtener el dictamen de un perito médico, técnico o auxiliar, que sea necesario para la ventilación de algún caso relacionado con la prestación de servicios médicos ante un órgano administrativo o judicial. "

" XV. Velar, en la esfera de su competencia, por el cumplimiento de la legislación de salud pública. "

" 4.- En caso de reclamación en contra del algún proveedor de productos o prestador de servicios médicos, se deberán observar las siguientes reglas: "

" I. La reclamación deberá prestarse ante la Procuraduría de la Defensa de la Salud y tendrá por efecto interrumpir la prescripción legal por el período que dure el proceso conciliatorio y, en su caso, el arbitral."

" II. La Procuraduría Federal de la Defensa de la Salud señalará día y hora para la celebración de una junta de conciliación, que deberá efectuarse dentro de los 15 días siguientes a la fecha en que reciba la reclamación, y apercibirá a la persona física o moral contra la que se hubiere presentado la reclamación de que se le tendrá por inconforme con todo arreglo conciliatorio y por presuntivamente ciertos los hechos afirmados en la reclamación, en caso de que no comparezca, independientemente de la aplicación de los medios de apremio previstos por la Ley respectiva."

" La notificación será personal y se hará, por lo menos, cinco días antes de la fecha de la junta, entregando a la persona física o moral contra la que se presentó la reclamación, una copia de esta última."

" III. La Procuraduría exhortará a las partes para que procuren un arreglo conciliatorio. Si las partes llegan a un convenio, los términos del mismo se harán constar en acta que se levante ante la propia Procuraduría, dándose por terminado el conflicto."

" IV. Si no se llega a un convenio, la Procuraduría exhortará a las partes para que en forma voluntaria designen un árbitro, levantando, en su caso, un acta donde consten los términos de compromiso arbitral. La Procuraduría expedirá un reglamento de procedimiento arbitral, al que se podrán ajustar voluntariamente las partes, o bien, éstas podrán fijar convencionalmente el procedimiento respectivo, aplicándose de manera supletoria las disposiciones relativas de la legislación ordinaria."

" V. Las resoluciones de la Procuraduría como amigable, componedor, dictadas en el curso del procedimiento, admitirán el curso de revocación. El laudo arbitral sólo admitirá aclaración del mismo."

" VI. Cuando se falte al cumplimiento voluntario de lo convenido en la conciliación o del laudo arbitral, el interesado deberá acudir a la jurisdicción ordinaria, para la ejecución de uno u otro instrumento."

" VII. Cuando alguna de las partes no estuviere de acuerdo en designar árbitro o aceptar la intervención conciliatoria de la Procuraduría, podrá hacer valer sus derechos ante las Comisiones Supervisoras de la Prestación de Servicios Médicos o ante los tribunales competentes."

" 5. El Procurador de la Defensa de la Salud será nombrado por el Presidente de la República, deberá ser ciudadano del país, por nacimiento y tener, como antigüedad mínima de cinco años, el título de Licenciado en Derecho. "

" El Procurador tendrá las siguientes atribuciones:

I. Representar legalmente a la Procuraduría."

" II. Otorgar y revocar poderes generales y especiales o sin cláusulas de sustitución."

" III. Nombrar y remover al personal técnico y administrativo al servicio de la Procuraduría, señalando las funciones y remuneraciones de dicho personal."

" IV. Crear las unidades técnicas y administrativas que se requieran para el buen funcionamiento de la Procuraduría."

" V. Ejercer el presupuesto de la Procuraduría."

" VI. Ejercer las facultades que le asignen las disposiciones legales o reglamentarias."

" 8. La Procuraduría de la Defensa de la Salud, en todas y cada una de sus Delegaciones que se establezcan en el país, contará con el número de visitadores necesarios para asistir y asesorar a los pacientes que se encuentren en establecimientos para el internamiento de enfermos, en cuanto al conocimiento, protección y ejercicio de sus derechos, de conformidad con el Artículo respectivo de la Ley de Derechos del Paciente."

" Para ser Visitador de la Procuraduría Federal de la Defensa de la Salud se requerirá tener título profesional en medicina, debidamente registrado, antigüedad mínima de cinco años en el ejercicio de la profesión y haber acreditado el Curso de Capacitación Jurídica impartido por la propia Procuraduría."

" 7. Para el cumplimiento de sus fines, los visitadores de la Procuraduría Federal de la Defensa de la Salud tendrán las siguientes atribuciones: "

" i. Acceso al paciente y a su respectivo expediente médico. "

" ii. Previa solicitud del paciente, participación en la discusión de su caso. "

" iii. Previa solicitud del paciente y a su propio cargo, tratándose de un establecimiento particular, consultar la opinión de un especialista que auxilie o aconseje al paciente. "

" iv. Previa solicitud del paciente y acompañado de un representante del establecimiento en cuestión, acceso a sus instalaciones y servicios de apoyo. "

" v. Demorar la orden de alta del paciente. "

" VI. Presentar, en su caso, la queja del paciente directamente al encargado del establecimiento."

" VII. En caso de haber violación de los derechos del paciente, informar al superior jerárquico competente para el ejercicio de las facultades que le concede la Ley."

" 8. Será obligatorio notificar a la Procuraduría de la Defensa de la Salud, la información que a continuación se indica: "

" a) Los establecimientos para la atención médica deberán notificar las medidas disciplinarias tomadas en contra de alguno de los miembros de su personal médico, técnico o auxiliar, así como la causa que las motivó, cuando se trate de daños o perjuicios inferidos a los pacientes durante la prestación de servicios de atención médica."

" b) Los secretarios de acuerdo con los juzgados federales y del fuero común, deberán notificar los casos en que algún profesional, técnico o auxiliar para la salud haya sido condenado por alguna falta cometida en el ejercicio de su profesión u oficio."

" c) Los profesionales, técnicos y auxiliares para la salud deberán notificar toda conducta o actividad de algún prestador de servicios médicos que, fundamentalmente, estimen como ilegal o inmoral, en tanto se tipifique lo previsto por el Artículo respectivo de la Ley de las Comisiones Supervisoras de la Prestación de Servicios Médicos. "

" d) Las instituciones de seguros deberán notificar toda indemnización cubierta con motivo de algún siniestro relacionado con el seguro contra la responsabilidad civil derivada de la prestación de servicios de atención médica. "

" 9. Las autoridades e instituciones, los proveedores de productos y los prestadores de servicios médicos presuntos infractores, así como los consumidores quejosos, están obligados a proporcionar a la Procuraduría de la Defensa de la Salud, en su plazo no mayor de 15 días o en el que la misma señale, los datos e informes que solicite por escrito y que sean conducentes para el desempeño de sus funciones. "

" 10. La Procuraduría de la Defensa de la Salud, para el desempeño de las funciones que le atribuye la Ley, podrá emplear los siguientes medios de apremio: "

- " I. Multa en efectivo.**
- II. El auxilio de la fuerza pública.**

Si fuera insuficiente el apremio, se procederá contra el rebelde por delito en contra de la autoridad." ¹⁰⁸

¹⁰⁸ - Ibidem. pag. 370-377.

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

3.1 ARTÍCULO 5° CONSTITUCIONAL

"Artículo 5o. Ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos. El ejercicio de esta libertad sólo podrá vedarse por determinación judicial cuando se ataquen los derechos de tercero, o por resolución gubernativa, dictada en los términos que marque la ley, cuando se ofendan los derechos de la sociedad. Nadie puede ser privado del producto de su trabajo, sino por resolución judicial."

"La ley determinará en cada Estado cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deban llenarse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo."

"Nadie podrá ser obligado a prestar trabajos personales sin la justa retribución y aun su pleno consentimiento, salvo el trabajo impuesto como pena por la autoridad judicial, el cual se ajustará a lo dispuesto en las fracciones I y II del artículo 123."

" En cuanto a los servicios públicos, sólo podrán ser obligatorios, en los términos que establezcan las leyes respectivas, el de las armas y los jurados, así como el desempeño de los cargos concejiles y los de elección popular, directa o indirecta. Las funciones electorales y censales tendrán carácter obligatorio y gratuito, pero serán retribuidas aquellas que se realicen profesionalmente en los términos de esta Constitución y las leyes correspondientes. Los servicios profesionales de índole social serán obligatorios y retribuidos en los términos de la ley y con las excepciones que ésta señale."

"El Estado no puede permitir que se lleve a efecto ningún contrato, pacto o convenio que tenga por objeto el menoscabo, la pérdida o el irrevocable sacrificio de la libertad de la persona por cualquier causa."

"Tampoco puede admitirse convenio en que la persona pacte su proscripción o destierro, o en que renuncie temporal o permanentemente a ejercer determinada profesión, industria o comercio."

" El contrato de trabajo sólo obligará a prestar el servicio convenido por el tiempo que fija la ley, sin poder exceder de un año en perjuicio del trabajador, y no podrá extenderse, en ningún caso, a la renuncia, pérdida o menoscabo de cualquiera de los derechos políticos o civiles."

" La falta de cumplimiento de dicho contrato, por lo que respecta al trabajador, sólo obligara a éste a la correspondiente responsabilidad civil, sin que en ningún caso pueda hacerse coacción sobre su persona."

" El hombre sobrevive y progresa mediante su propio trabajo. Garantizar que pueda libremente escoger su medio de sustento o la actividad que le acomode, siendo lícitos -es decir, no prohibidos por la ley- y evitar que sea, salvo por sentencia judicial, privado del producto de su trabajo, constituyen los propósitos fundamentales del artículo. La libertad de trabajo puede ser limitada por sentencia judicial o resolución gubernativa. En este segundo caso, debe basarse la mencionada resolución en una ley, que a su vez determine cuándo cierta labor ofende los derechos de la sociedad."

" Complementariamente, el artículo establece una serie de prohibiciones a fin de evitar que el hombre sea obligado a prestar determinado trabajo sin su consentimiento, o deje de percibir una justa compensación por sus servicios, pierda la libertad, vaya al destierro, renuncie a ejercer una determinada profesión, industria o comercio, o se le prive del pleno goce de sus derechos civiles o políticos, aun cuando para todos de contara con la voluntad del interesado, la que no surtirá efecto legal alguno, debido a la protección absoluta que a esos derechos otorga la ley suprema. "

" Las garantías individuales establecidas por la Constitución, además de su fin propio -proteger al hombre- tienen otro: salvaguardar a la colectividad. La libertad propia está limitada por la libertad de los demás; de ahí que no pueda ser absoluta. Tal es la razón de las limitaciones a los derechos que consagra este artículo."

" Velar por la conservación de esas libertades y el correcto funcionamiento de los límites que a su ejercicio impone la ley, es asegurar la libertad propia. Por eso el servicio de las armas y el de jurados, el desempeño de los cargos concejiles" ¹⁰⁹ y de elección popular, así como

(¹⁰⁹) Dicese de los cargos municipales.

las funciones electorales, son deberes que necesariamente debe cumplir todos los mexicanos, en los términos que fijan las leyes respectivas.

"La materia que trata el artículo 5o. es de tal importancia que al discutirse su texto en el Constituyente de 1917 se desprendió de él, como título especial y autónomo, el artículo 123, uno de los máximos logros de la Revolución."¹¹⁰

"En aquella histórica asamblea, reiterando la propuesta hecha por el constituyente Froylán C. Manjarez, el diputado por Yucatán, Héctor Victoria, que con un numeroso grupo del Congreso pedía se consignaran en el artículo 5o. las garantías esenciales para la futura legislación obrera, pronunció un memorable discurso -donde se hallan las principales ideas que después se establecerían en el 123-, que concluye con estas hermosas palabras: "Cuando hace días, en esta tribuna, un diputado obrero, un diputado que se distingue de algunos muchos porque no ha venido disfrazado como tal con una credencial obrera, cuando ese compañero, cuando ese camarada, aquí, con un lenguaje burdo, tal vez, en el concepto del Congreso, pero con la sinceridad que se nota en los

(¹¹⁰) Artículo 123. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 123. Méx. Editorial Porrúa.

hombres honrados; cuando ese camarada, digno por muchos conceptos, dijo que en el proyecto de reformas constitucionales, el problema del trabajo no se había tocado más que superficialmente, dijo entonces una gran verdad. Ahora bien, es verdaderamente sensible que al traerse a discusión un proyecto de reformas que se dice revolucionario, se dejó pasar por alto las libertades públicas, como han pasado hasta ahora las estrellas sobre las cabezas de los proletarios; ¡allá a lo lejos!”.

” Heriberto Jara terció en el debate, manifestando su inconformidad con los juristas que en la asamblea afirmaban una postura liberal clásica, y por lo tanto contraria a la pretensión de los diputados que, interpretando la realidad mexicana y las aspiraciones de los obreros, deseaban que en el texto constitucional quedaran asentadas las garantías otorgadas a los trabajadores. Contra ellos dijo “Los juriacónultos, los tratadistas, las eminencias en general en materia de legislación, probablemente encuentran hasta ridícula esta proposición, ¿cómo va a consignarse en una constitución la jornada máxima de trabajo?, ¿cómo se va a señalar allí que el individuo no debe trabajar más de ocho horas al día? Eso, según ellos, es imposible; eso según ellos, pertenece a la reglamentación de las leyes; pero, precisamente, señores, esa tendencia, esa teoría, ¿qué es lo que ha hecho? Que nuestra Constitución, tan libérrima, tan amplia, tan buena, haya resultado, como la llamaban los señores científicos, “un

traje de luces para el pueblo mexicano", porque faltó esa reglamentación, porque jamás se hizo." ¹¹¹

El diputado Alfonso Cravioto opinó: "Insinúo la conveniencia de que la comisión retire, si la Asamblea lo aprueba, del artículo 5o. todas las cuestiones obreras, para que, con toda amplitud y con toda tranquilidad, presentemos un artículo especial que sería el más hermoso de todos nuestros trabajos aquí; pues, así como Francia, después de su revolución, ha tenido el alto honor de consagrar en la primera de sus cartas magnas los inmortales derechos del hombre, así la Revolución mexicana tendrá el orgullo legítimo de mostrar al mundo que es la primera en consignar en una constitución los sagrados derechos de los obreros". Sus palabras resultaron proféticas.

"Venustiano Carranza, dando muestras de una grandeza humana incomparable y mostrando ante la historia su talla de estadista, se manifestó favorable a las grandes decisiones del Congreso, permitiendo que éste trabajara con independencia y libertad y pudiera cumplir la alta

¹¹¹ - Mexicano esta es tu Constitución. Comentarios Emilio O. Rabasa. décima edición, Ed. Miguel Angel Porrúa, México, 1995.

misión de estructurar al México que, renovado, surgía de la Revolución." ¹¹²

Durante la administración del Presidente Carlos Salinas de Gortari, este artículo 5o. fue modificado en dos ocasiones: la primera (D.O. de 6 de abril de 1990) con un nuevo párrafo cuarto que forma parte de la Reforma Política y cuyo comentario, como todos los correspondientes a esa Reforma, fue realizado por el Licenciado Emilio Rabasa Gamboa. La segunda modificación a este artículo 5o. párrafo 5o. (D.O. de 28 de enero de 1992) se inscribe dentro del nuevo régimen de relaciones Estado-Inglesas y está cubierta en la parte final del comentario a este artículo.

El cuarto párrafo del artículo 5o. se refiere a la retribución de las funciones electorales y censales que se realicen profesionalmente en los términos de la propia Constitución y las leyes correspondientes.

3.2 RESPONSABILIDAD Y SUS FORMAS

CONCEPTO:

(¹¹²) Merced a las reformas de 31 de diciembre de 1974, se unió a este artículo el que con anterioridad era el 4o. indudablemente fue acertada la reforma, ya que ambos se refieren a la libertad de trabajo.

Responsabilidad de responsable, derivado del Latín "responsum" que se origina de respondeo, que quiere decir responder.

Responsable significa hallarse obligado a dar una respuesta si llega el momento de ello.

"Desde el punto de vista de la filosofía es la cualidad y condición de la persona libre y consciente del valor de su conducta y de sus actos, que como actor o causas de ello está obligado a responder ante su propia conciencia y ante los demás hombres como parte integrante de su grupo social." ¹¹³

Libertad y Obligación: Estos son los conceptos en que descansa la responsabilidad. Ante todo para ser responsable se necesita ser libre, es decir tener libre Arbitrio para que la voluntad sea consciente en la ejecución de los actos por los cuales se tiene que responder.

El que no es libre de sus actos no tiene la voluntad o el ejercicio del libre arbitrio, para que en forma consciente responda de sus actos. Voluntad consciente y libre arbitrio son requisitos de la responsabilidad.

¹¹³ - Nerio Rojas. Medicina Legal, tercera edición, Ed. Ateneo, Buenos Aires, 1990, pág. 324.

El hombre no obra en razón del instinto y tiene los atributos del discernimiento, por lo que tiene concepto de bien y de mal.

DEFINICIÓN:

Royo Villanueva y Morales, distinguido jurista menciona:

"Responsabilidad en la obligación que se impone a toda persona de:

"reparar, compensar y satisfacer, de manera justa y en grado diverso, según sea la cualidad y la calidad del perjuicio, del daño ocasionado libremente a un tercero o bien por haber cometido un acto ilícito, o sea un acto no permitido ni moral ni legalmente, bine por haberse abstenido de cumplir la Ley Moral, Civil y Penal.

Aplicando esta definición la Responsabilidad Profesional Médica, constituye la obligación moral, y legal que tienen los médicos de Compensar, Reparar, o Satisfacer, por consecuencia de sus actos y dentro del ejercicio de su profesión, las omisiones acciones y errores ya sean voluntarios e involuntarios." ¹¹⁴

¹¹⁴ - Yungaro - López Bolado, Responsabilidad Profesional de los Médicos, segunda edición, Ed. Universidad, Buenos Aires, pág. 210.

"Para Lacaseagne; La Responsabilidad Médica: La obligación que tienen los médicos, de sufrir las consecuencias de sus faltas por ellos cometidas en el ejercicio de su profesión, faltas que pueden conformar una doble acción Civil y Penal." ¹¹⁵

Se Incurre en Responsabilidad por dos medios:

Por Acción o por Omisión:

"Hay responsabilidad por Acción, cuando el acto ejecutado va en contra de la obligación pactada; o internacionalmente se viola la norma prohibitiva."

" Hay responsabilidad por Omisión, cuando no se hace lo que es necesario o conveniente o cuando se deje de hacer lo que se debe. "

"Tanto en la Acción como en la Omisión el resultado puede ser el mismo aunque la intención o ejecución sean diversas."¹¹⁶

Hay dos clases de Responsabilidad:

¹¹⁵ - Yúngaro - López bolado, Ob. Cit. Pág. 213.

¹¹⁶ - Ibidem, pág. 213.

La Moral y la Legal, y dentro de la Legal se distinguen otras tres, Responsabilidad Civil y la Responsabilidad Penal y la Responsabilidad Social.

RESPONSABILIDAD MÉDICA

La Responsabilidad Médica se encuentra en el Código Penal y dos factores han dificultado su estimación Clara y Exacta:

1o. La independencia de su formación y de la función del médico: las teorías la consideran como el rasgo dominante de la formación del médico; su razonamiento y su experiencia, son los que indican lo que es debido y no solamente lo establecido por las Leyes.

2o. Las peculiaridades de la medicina, es evidente que si bien es cierto que hay principios científicos radicales, y leyes de aplicación necesaria, y la medicina es más que una ciencia, a veces un arte y tiene además mucho de conjeturas, es aleatoria y presenta dificultades que sustentan al ojo más ejercitado, lo que permite que se puedan cometer errores que escapan al cálculo más riguroso y dá sorpresas que burlan las previsiones más prudentes.

"JIMENEZ DE AZÚA, nos dice que la Responsabilidad Penal es la consecuencia en la causalidad material del resultado, de la injusticia del acto de reproche de culpabilidad y de la punibilidad, de la acción y omisión típicamente descrito en la ley."

" Por Cuello Colón, considerada que es penalmente responsable el individuo imputable que por haberse probado su culpabilidad debe de responder del hecho realizado, por lo que la Responsabilidad Penal es el deber jurídico que incumbe al individuo imputado de responder del hecho realizado y por lo tanto de sufrir las consecuencias jurídicas. "

" Los profesionistas médicos que por falta de precaución causen la muerte o daños de salud al paciente, no sólo pueden ser demandados civilmente por los perjudicados, sino que incurren en una Responsabilidad Punible que se persigue de oficio, ya que los médicos tienen la obligación de reparar las faltas cometidas en el ejercicio profesional, ya sea indemnizando al paciente o sufriendo una pena. "

" Las principales situaciones de Responsabilidad Penal es cuando el profesionista actúa como hombre, fuera de la misma, al comete actos delictivos llevando al ejercicio profesional sus pasiones humanas, así cuando el médico mata al enfermo intencionalmente o comete el delito de

violación, atentado al pudor, prácticas abortivas, la Responsabilidad Legal del Médico no tiene nada de particular y es semejante a cualquier delincuente y aún se trata de delitos calificados ya que la profesión impone Normas Deontológicas y si ha delinquido con el poder en el que se encuentra investido, debe de sufrir indudablemente una pena mayor."

" Además de esta categoría que tienen común la intención, existen otras categorías en las que existen ausencia de intención sino imprudencia o sean las faltas médicas o errores no intencionales que acarreen daños o perjuicios ya que no es necesario que exista la intención de dañar basta que el daño exista para que aparezca la figura delictiva de Responsabilidad Profesional Médica."

" El Médico como ser humano puede incurrir en errores u olvidos involuntarios y es necesario establecer que hubiese sido posible evitar esa falta si se hubiera actuado con mayor conciencia y vigilancia."

" Se entiende por imprudencia, toda imprevisión, negligencia, impericia, falta de reflexión o de cuidado que cause igual daño que un delito intencional." ¹¹⁷

¹¹⁷ - Ibidem, pág. 213-215.

RESPONSABILIDAD MORAL

"El concepto de Moral es más amplio que el de Derecho, puede decirse que lo moral es genérico y el derecho es específico."

" Pueden escaparse numerosos actos de la actividad del derecho, pero siempre quedarán comprendidas dentro de la moral, es la base del sentido del derecho. Una de las diferencias principales entre la moral y el derecho es que: La Moral carece de medio coercitivo que es esencial en el Derecho."

" Cuando se viola una Norma de Derecho se incurre en una sanción y cuando se viola una Norma de Moral se incurre en una reprobación; pero esta reprobación carece de sanción que se aplica cuando se viola una Norma Jurídica."

" La Responsabilidad Moral es más honda que la Legal, pues careciendo de la Legal se incurre en la reprobación de mayores alcances ante la propia Ciencia y la Sociedad. "

" Pueden dejarse de prever numerosas actividades del individuo dentro de la Responsabilidad Legal, pero dentro de la Moral, el individuo

tiene su propio Tribunal en su conciencia. Por eso es aplicable el principio de que puede engañarse a los demás, pero no puede engañarse a sí mismo, salvo que su Amoralidad llegue a grado extremo y que no distinga el concepto del bien y el mal."

" La Responsabilidad moral del médico es la responsabilidad de dar cuenta de sus propios actos ante sí y ante la Sociedad y dentro del concepto de la religión, de responder ante la divinidad. "

" La Responsabilidad conduce a la conciencia íntima que dice lo que está bien y lo que está mal, siendo su propia conciencia el sentenciador más enérgico." ¹¹⁸

RESPONSABILIDAD CIVIL

"Existen Dos Clases de Responsabilidad Civil:

La Contractual y la Extracontractual:

La Contractual se basa en el incumplimiento de la obligación pactada."

¹¹⁸ - Norah Maekenzie. *Ética Profesional y Servicio Hospitalario*. primera edición, Ed. Interamericana. pag. 13-14.

" En la Extracontractual, también denominada Responsabilidad objetiva, la fuente de ésta la ley y se indemniza el daño por sí mismo, sin necesidad de que concurra la imprevisión o incumplimiento involuntario, fundándose en el principio de que todo el que causa un daño, independientemente de la causa que lo produzca tiene que resarcir. Nuestra legislación acoge la Responsabilidad Extracontractual y libera de reparar el daño, tan sólo cuando éste se produce como consecuencia de culpa o negligencia inexcusable de la víctima. La reparación del daño debe consistir en el restablecimiento de la situación anterior a él y cuando ello sea imposible, el pago de daños y perjuicios." ¹¹⁹

RESPONSABILIDAD PENAL

La Responsabilidad Médica debe de entenderse como:

La Necesidad de reparar ante la sociedad las infracciones a las Leyes Penales, sosteniéndose al médico autor de tales infracciones, a las penas establecidas por la Ley. En consecuencia el médico que valiéndose de su profesión lleva a cabo actos que caen dentro del marco

¹¹⁹ - Achaval Alfredo, Responsabilidad Civil del Médico, segunda edición, Ed. Abeledo, Buenos Aires, pag. 127.

de la Acción Penal, debe de responder por los hechos que ha ejecutado o por las omisiones cometidas.

El delito puede ser estudiado y comprendido sobre la base de cinco elementos:

- "1.- Autor: Médico o Médicos o Equipo Médico Profesional."**
- "2.- Acto Profesional: De profesión reglamentada y a cuyo ejercicio se tiene derecho, que puede ser único continuado o reiterado."**
- "3.- Elemento Subjetivo o Culpa Grave Inexcusable:**
 - a).- Culpa Grave e Inexcusable.**
 - Imprudencia o Falta de Tino.**
 - Falta de Discrición. Excesos o Temeridad.**
 - Negligencia: Falta de Celo o Vigilancia.**
 - Impericia: Ausencia de conocimientos.**
 - b) Culpa Grave o Dolo Eventual.**
 - Inobservancia de los Reglamentos.**
 - Inobservancia de los Deberes de su Cargo."**
- " 4.- Elemento Material del Delito:**
 - Homicidio.**
 - Lesiones o Enfermedad o Secuela o Consecuenci.**

Peligro de la Salud Pública."

" 5.- Relación Causal: El daño es consecuencia directa del acto profesional. Es una evolución Natural sin factores agregados o con causas que lo modifiquen."

" Se debe tener seguridad de que el daño se habría evitado en el acto imputado como deficiente por culpa."

" Es necesaria la plena comprobación de su nexo causal entre la conducta del autor y el resultado y este debe de ser la consecuencia inmediata y directa de la acción culpable."

" Para que se tenga por titular Autor a un profesional se debe de exigir por lo menos: "

" a).- Habilitación."

" b).- Existencia de Arte o Profesión: Es decir, que haga un cumplimiento de las normas para ser titular de un Arte o Profesión. (Título, Autorización y Habilitación)." ¹²⁰

¹²⁰ - Fernández Pérez, Ramón, Elementos Básicos de la Medicina Forense, sexta edición, Ed. Méndez Editores. 1992, pág. 313.

Con respecto a la culpa o elementos subjetivos debe de tenerse en cuenta que un delito en su mayor parte de Omisión, es decir dejar de hacer aquello que se tiene obligación de realizar, es un delito del que se hace responsable el profesional por:

"Imprudencia.

Negligencia.

Impericia.

Imprevisión.

Inobservancia."

" Los Delitos en la Responsabilidad Profesional Médica puede ser:

a).- Intencionales.

b).- No intencionales o de Imprudencia."

" Imprudencia es toda Imprevisión, Negligencia, Impericia falta de reflexión o de cuidado que cause igual daño que un delito intencional. "

" Son formas de culpabilidad el Dolo y la Imprudencia. "

" El Dolo consiste en la voluntad de causar un resultado dañoso. Supone primordialmente como elemento intelectual, la previsión de dicho resultado, así como la contemplación más o menos clara y completa de las circunstancias que dicha causación puede operar y asimismo, supone como elemento emocional la voluntad de causar daño."

" La culpa o la imprudencia consiste en el obrar sin la debida previsión, por lo que se causa un resultado dañoso tipificado en la Ley Penal. No hay previsión del resultado siendo jurídicamente exigible dicha previsión."

" El resultado dañoso es, no obstante la imprevisión, inculparable pues no por ello la causación es involuntaria ni deja de causarse el daño a un bien o interés jurídico protegidos. En cuanto al elemento Psicológico del delito no intencional o de imprudencia, consiste en la imprevisión, negligencia, impericia, falta de reflexión y falta de cuidado." ¹²¹

ELEMENTOS DE LA CULPABILIDAD:

"1.- Existencia de un daño con tipicidad penal."

¹²¹ - Fernández Pérez, Ramón, Ob cit. Pág. 315.

" 2.- Existencia de un estado subjetivo de culpabilidad consistente en: Imprevisión, Falta de Reflexión, Falta de Cuidado, Negligencia o Impericia e Inobservancia manifestada por medio de actos u omisiones y consecuentemente el daño resultante."

" 3.- Imputación legal del daño, sobre quien por su estado subjetivo de culpabilidad produjo el acto u omisión causados."

" La Intencionalidad decir, el dolo se presume legalmente, lo que no ocurre con la imprudencia o culpa, por lo que esta debe probarse en la Instrucción procesal, basando la prueba sobre el procesado, ya que la acusación se encuentra amparada con la presunción legal de intencionalidad."

" La pena no es igual en los delitos intencionales que en los delitos imprudenciales o de culpa es lógico que la pena de los delitos intencionales sea mayor. Cada delito tiene establecida una pena que se fija entre un mínimo y un máximo que determina la Ley. El Juez fija la pena basado en las condiciones especiales del agente delictivo y las circunstancias que mediaron al cometer el delito." ¹²²

¹²² - Ibidem. pág. 316.

VALOR ATRIBUIDO EL CUERPO HUMANO:

"Por lo que se refiere a las personas, desde legislaciones muy antiguas. Se ha atribuido un valor económico al desprendimiento de determinados órganos o a la muerte misma de la persona. En las Leyes Mosaicas: Según fueran las diversas lesiones o la muerte, eran las compensaciones que tenían que pagarse o sufrirse. La Ley del Talión otorga a las diversas partes del cuerpo un valor de compensación, aunque no económico pues la sanción era igual al daño que se había causado. Más bien es conocida por el principio de ojo por ojo, diente por diente ."

"El el Derecho Germánico se encuentra el pago de "Wergelú" que es una componenda de pago económico en lugar de una represalia."

" La Ley Salica: No es otra cosa que una Tabla de Valores para las diferentes partes del cuerpo u organismos lesionados, o por la muerte de las personas."

" Todo este señalamiento, mantiene una idea que el valor de la Sociedad según sus diversas Etapas les ha ido dando a las partes del

cuerpo humano o a la persona misma, hasta llegar a la época actual en que la legislación tanto penal como civil y laboral protege tales derechos."

El Código Penal en su Artículo 29 establece que el autor del delito cometido debe de condenarse a la reparación del daño, teniendo carácter de Pena Pública.

3.3 LA PUNIBILIDAD EN LOS DELITOS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MEDICA.

"En el Código Penal Promulgado en Diciembre de 1871, por DON BENITO JUÁREZ, el cual estuvo vigente hasta el 15 de Diciembre de 1929, no trata en particular de la responsabilidad médica, quedando comprendidos y sancionados dentro del Capítulo I. Artículo II, en lo referente a los delitos intencionales y los de culpa. Diciendo que existen delitos de culpa cuando se ejercita un hecho o se incurre en una omisión, que aunque lícitas en sí, no lo son para las consecuencias que produzcan, si el culpable no las evita por imprevisión, por negligencia, falta de reflexión o de cuidado, por NO hacer las investigaciones convenientes, por NO tomar las precauciones necesarias por impericia en una parte o en

¹²³ - Ibidem, pág. 316-317.

una ciencia cuyo conocimiento es necesario para que el hecho no produzca daño."

" En el Código de 1929, existió un cambio radical en lo referente a la responsabilidad médica, juzgando sin mayor severidad, las faltas cometidas en el ejercicio de la profesión, así en el Capítulo VIII, titulado de los delitos cometidos por los médicos, cirujanos, comadronas y parteras en donde se daban las reglas que deberían cumplir estos profesionales, en las intervenciones quirúrgicas, exigiendo."

" En el Código de 1929, existió un cambio radical en lo referente a la responsabilidad médica, juzgando sin mayor severidad, las faltas cometidas en el ejercicio de la profesión, así en el Capítulo VIII, titulado de los delitos cometidos por los médicos, cirujanos, comadronas y parteras en donde se daban las reglas que deberían cumplir estos profesionistas, en las intervenciones quirúrgicas, exigiendo recabar la autorización del paciente o de sus familiares para poder realizar cualquier actividad de esta índole, sobre todo cuando pudiera poner en peligro la vida del paciente, sancionándose con seis meses a tres años de prisión y multa de quince a sesenta días de utilidad en caso de contravención a lo dispuesto anteriormente, además ya se hablaba de reincidencia, en cuyo caso, se sancionaba además con una suspensión de un mes a dos años en el

ejercicio profesional, regulaban también los casos de cirugías inecesarias, en este código existía un sentimiento exagerado de defensa contra actos principalmente quirúrgicos, por lo que las Asociaciones Médicas bajo auspicio del Departamento de Salubridad, estudiaron el anteproyecto de éste Código, objetándolo ampliamente, no obstante fue puesto en vigor, afortunadamente la vigencia fue muy corta, ya que de continuar en vigencia, el médico se sentiría fiscalizado en sus actos, amenazados en su conducta, y algunos médicos buscaran la forma de burlar las leyes y otras se obtendrían del ejercicio profesional, impidiendo el progreso profesional, quedando el médico con su terapéutica momificada, ancestral y con miedo a realizar actos riesgosos que lo pusieran en peligro, aunque de esta dependiera la vida del paciente."

" La legislación actual suprimió el Capítulo de delitos cometidos por médicos cirujanos comadronas y parteras las normas cometidas cabían más bien en exposiciones técnicas o en Normas de Moral Profesional, que en una Ley cuyos efectos deben ser esencialmente pragmáticos. "

" Responsabilidad significa deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otro a consecuencia del delito de una culpa o de otra causa legal." ¹²⁴

¹²⁴ Ibidem. pág. 317-319.

El médico puede caer en responsabilidad Penal o Civil.

"Será responsable penalmente: Si se trata de la comisión de un delito. Habrá responsabilidad Civil: Si se han causado daños físicos o perjuicios morales o económicos."

" Todos los oficios, profesiones y ocupaciones se encuentren reglamentados por la ley, nadie puede escapar de la Responsabilidad Profesional, todos los individuos tiene la obligación de responder por los daños que ocasiona a un tercero, y el médico no puede escapar de dicha responsabilidad, cuando en el ejercicio de sus actividades sin el propósito de causar un daño a su paciente, de hecho se los ocasione, es lo que forma la Responsabilidad Médica."

" El Artículo 9° del Código de Procedimientos Penales nos dice que "La persona ofendida por un delito podrá poner a disposición del Ministerio Público Federal y al Juez instructor todos los datos que llevan a establecer la culpabilidad del acuerdo y a justificar la reparación del daño." ¹²⁵

(¹²⁵) -Práctica Penal. Edit. Ediciones Andrade, S.A., 1994. Pág. 106.

Cuando una sentencia, condena a alguien imponiéndole una Pena de reparación del daño, queda fijada la obligación del delincuente y del derecho del perjudicado.

Los miembros de la comisión redactora del Código Penal vigente ha manifestado que si existe sentencia dictada y fue en sentido absolutoria, los aspectos jurídicos de esa sanción, consisten en que la facultad del Poder Público, para imponer la Reparación del Daño proveniente de un hecho delictuoso no existe, ya que esos hechos no son delictuosos y a quien se le atribuyen, no fue quien lo realizó.

El que exista una sentencia, absolutoria del pago de la reparación del daño, no significa que al mismo tiempo se extinga del derecho del ofendido para exigir la Responsabilidad Civil, demanda de un hecho ilícito.

Sin embargo la Suprema Corte de Justicia ha resuelto que los Tribunales del Orden Penal declaren que el hecho que se imputa al acusado fue casual y se sobresee en el proceso, por no haber delito que perseguir. La influencia de la autoridad de la cosa juzgada en lo penal se refleja en el aspecto civil, impidiendo a la jurisdicción civil, su criterio

sobre la existencia de la culpa que tienen los mismos en lo Penal que en lo Civil por lo que ésta no puede desconocer ni contradecir que no existió culpa y que el hecho fue causal a como lo resolvió la instancia represiva y por lo tanto la sentencia en el Juicio Civil absuelve al demandado en las condiciones dadas, es legal.

En los casos de muerte del presunto delincuente de amnistía o del indulto, se extingue la acción penal pero no desaparece la obligación de reparar el daño causado.

En estos casos, el que ha sufrido un daño o perjuicio puede exigir la indemnización con arreglo del Código Civil por el hecho ilícito cometido.

DISPOSICIONES LEGALES EN EL CÓDIGO PENAL

"En el Código Penal para el Distrito Federal vigente se encuentra contemplado en su título Décimo Segundo de la Responsabilidad Profesional, Capítulo I, y en su Artículo 228 nos dice: "¹²⁶

(¹²⁶) Código Penal. Edit. Porrúa, México 1995, pag. 83.

"Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre ejercicio profesional, en su caso:"

" i.- Además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados según sean intencionales o por imprudencia punible, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia."

" H.- Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares, cuando estos obren de acuerdo con las instrucciones de aquellos."

" Artículo 229.

"El Artículo anterior se aplicará a los médicos que habiendo otorgado responsiva para hacer cargo de la atención de su lesionado o enfermo, lo abandonen en su tratamiento sin causa justificada y sin dar aviso inmediato a la autoridad correspondiente".

Artículo 230.

"Se impondrá prisión de tres meses a dos años hasta cien días de multa y suspensión de tres meses a un año a juicio del juzgador, a los directores encargados o administrativos de cualquier centro de salud, cuando incurran en algunos de los casos siguientes: "¹²⁷

"I.- impedir la salida de un paciente. Cuando éste o sus familiares lo soliciten, aduciendo adeudos de cualquier índole."

"II.- Retener sin necesidad a un recién nacido, por los motivos que se refiere la parte final de la fracción anterior. "

"III.- Retardar o negar por cualquier motivo la entrega de un cadáver, excepto cuando se requiera de autoridad competente."

"Las mismas sanciones se impondrán a los encargados o administradores de agencias funerales que retardán o nieguen indebidamente la entrega de su cadáver, e igualmente a los encargados, empleados o dependientes de una farmacia que al surtir una receta sustituyen la medicina, específicamente recetada por otra que cause daño

(¹²⁷) Ob. cit. pág. 84

o sea evidentemente inapropiada al padecimiento para el cual se prescribió." 128

"Capítulo VII, usurpación de funciones públicas o de profesión y uso indebido de condecoraciones, grados, jerarquías, divisas, insignias y siglas."

Artículo 260.

" Se sancionará con prisión de un mes a cinco años y multa de diez a diez mil pesos." 129

"Fracción II.- Al que sin tener Título Profesional o autorización para ejercer alguna profesión reglamentadas expedidas por autoridades u organismos legalmente capacitados para ello, conforme a las disposiciones reglamentarias por el Artículo 4° Constitucional:"

" a).-Se atribuye el carácter de profesionistas.

(128) Ibidem, pág. 84

(129) Ibidem. pág. 92-93

" b).- Realice actos propios de una actividad profesional con excepción de lo previsto en el tercer párrafo del Artículo 26 de la Ley Reglamentaria de los Artículos 4° y 5° Constitucionales."

" c).- Ofrezca públicamente sus servicios como profesionista."

" d).- Use su título o autorizaciones para ejercer algunas actividades profesionales sin tener derecho a ello."

" e).- Con objeto de lucrar, se una a profesionistas. "

" En la Responsabilidad Civil, se encuentra en las obligaciones que nacen de los actos ilícitos, así el Artículo 1910, del Código Civil para el Distrito Federal, nos indica que el que obre ilícitamente, en contra de las buenas costumbres, cause daño a otro, se encuentra obligado a repararlo, al menos de que demuestre que el daño fue producido como consecuencia de culpa o negligencia incurable de la víctima, por lo tanto se obliga al autor de todo delito a reparar el mal material o moral que ha causado, ya sea consciente o inconscientemente, sin importar que hecho

dañoso este o no reprimido por la Ley Penal, siempre que sea un hecho ilícito." 130

"El Acto Generador de la Responsabilidad Profesional Médica se compone de los elementos:"

" 1.- Un Acto (de omisión o de acción) "

" 2.- Imputable al demandado. "

" 3.- Dañoso para el demandante, ya sea que experimente una pérdida o que sea privado de una ganancia."

" 4.- Ilícito: Es decir cuando sin derecho, intencionalmente por imprudencia o negligencia."

"La Responsabilidad Delictiva, tiene por base fundamental la noción de falta, es decir, de acto culpable ilícito de donde se desprende doble consecuencia."

(130) Código Civil. Edit. Porrúa. México 1995, pag. 342.

" 1.- Cualquiera que se queje de haber sido lesionado por el hecho de otro, debe necesariamente probar para poder tener derecho a la reparación, que ese hecho ha constituido una falta por parte del actor. "

" 2.- El autor del acto perjudicial, debe quedar libre de responsabilidad, por ese perjuicio, si demuestra que ese daño no es imputable a él. "

" La reparación del daño, según el artículo 1915 del Código Civil Vigente deja a la elección del ofendido el optar del restablecimiento de la situación anterior cuando ello sea posible, o por el pago de daños y perjuicios. Además nos dice, cuando el daño produzca la muerte, incapacidad total permanente, parcial permanente, total temporal o parcial temporal, el grado de reparación se determinará estudiando a lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo. "

" La reparación del daño, proveniente del delito se exigirá de oficio por el Ministerio Público, en los casos en que proceda. "

" La Sanción Pecuniaria comprende la multa y la Reparación del daño. La Reparación del daño, que deba ser hecha por el delincuente,

tiene el carácter de Pena Pública, pero cuando la misma reparación debe exigirse a terceros, tendrá el carácter de Responsabilidad Civil."

"En el Artículo 1916 del Código Civil Vigente, nos habla del daño moral, en el cual, el responsable del mismo, tendrá la obligación de repararlo, mediante la indemnización en dinero. Para BORJA SORIANO el daño moral, es el juicio extrapatrimonial, no económico puede ser de dos formas: 1.- Las que tocan a lo que se denomina Parte Social del Patrimonio Moral, hieren a un individuo en su honor, su reputación. 2.- Las que tocan la parte afectiva del Patrimonio Moral, hieren a un individuo en sus afectos y sentimientos como sucede en los casos de fallecimiento de una persona." ¹³¹

Finalmente el Artículo 1934 del Código Civil Vigente, nos dice que la acción para exigir la reparación de los daños causados, prescriben en dos años, contados a partir del día en que se haya causado el daño.

"La justicia del Orden Federal, Penal o Civil es a la que compete conocer y fallar en los casos de Responsabilidad Profesional Médica, estos tribunales están integrados por abogados, los cuales son los

(¹³¹) Fernandez Pérez, Ramón, Ob cit. pág. 327.

encargados de sustanciar los procesos y señalar las penas, por lo que es necesario que intervengan los Médicos Forenses para la peritación respectiva y que ésta no sea más completa, metódica, descriptiva y exhaustiva ya que de ésta prueba pericial es determinante para el fallo o sentencia."

" Sin contar con la ayuda de un Médico Forense un Juez no puede decidir científicamente sobre la responsabilidad de otro Médico, es él quien tendrá que establecer si el acusado ha cometido una falta médica, en que consiste de dicha falta y consecuentemente en el daño y perjuicio ocasionado se causaron al no tenerse en cuenta todo esto o por no tomarse las precauciones necesarias y obrar con notoria falta de prudencia."

" Al Médico Forense le interesará saber, cuando por haber cometido un delito, sea posible que se le pueda suspender en el derecho de ejercer, también puede suspenderse al médico en el ejercicio de su profesión un cierto tiempo o en determinados casos, puede llegar a imponersele como pena la pérdida completa del derecho de ejercerla definitivamente."

" Tratándose de delitos de imprudencia, la suspensión puede ser hasta de dos años, pero también es posible el que se le prive

definitivamente del derecho de ejercer, como en los casos de reincidencia." ¹³²

LEY GENERAL DE SALUD

"Título Cuarto:

Recursos Humanos los Servicios de Salud.

Capítulo I.

" Profesionales, Técnicos y Auxiliares. "

" Artículo 78.- El ejercicio de las profesiones, de las actividades técnicas y auxiliares y de las especialidades para la salud, estará sujeto a: "

" I. La ley reglamentaria del artículo 5° constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal; "

" II. Las bases de coordinación que, conforme a la ley, se definan entre las autoridades educativas y las autoridades sanitarias. "

¹³² - Ibidem, pag. 329.

" III. Las disposiciones de esta Ley y demás normas jurídicas aplicables."

" IV. Las leyes que expidan los estados, con fundamento en los artículos 80. y 121 fracción V, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. "

" Artículo 78. Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, Ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes."

" Para el ejercicio de actividades técnicas y auxiliares que requieran conocimientos específicos en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, enfermería, laboratorio clínico, radiología, terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, prótesis y órtesis, trabajo social, nutrición, citotecnología, patología, bioestadística, codificación clínica, bacterios, farmacia, saneamiento, histopatología y embalsamamiento y sus

ramas, se requiere que los diplomas correspondientes hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes."

" Artículo 80.- Para el registro de diplomas de las actividades técnicas y auxiliares, la Secretaría de Salud, a petición de las autoridades educativas competentes, emitirá la opinión técnica correspondiente."

" Artículo 81.- Las autoridades educativas registrarán los certificados de especialización en materia de salud que expidan las instituciones de enseñanza superior o las instituciones de salud reconocidas oficialmente."

" Para el registro de certificados de especialización expedidos por academias, colegios, consejos o asociaciones de profesionales de las disciplinas para la salud, las autoridades educativas competentes solicitarán, en su caso, la opinión de la Secretaría de Salud y de la Academia Nacional de Medicina."

" Artículo 82.- Las autoridades educativas competentes proporcionarán a las autoridades sanitarias la relación de títulos, diplomas y certificados del área de la salud que hayan registrado y la de

cédulas profesionales expedidas, así como la información complementaria sobre la materia que sea necesaria."

" Artículo 83.- Quienes ejerzan las actividades profesionales, técnicas y auxiliares y las especialidades a que se refiere este capítulo, deberán poner a la vista del público un anuncio que indique la institución que les expidió el título, diploma o certificado y en su caso, el número de su correspondiente cédula profesional. Iguaes menciones deberán consignarse en los documentos y papelería que utilicen en el ejercicio de tales actividades y en la publicidad que realicen a su respecto."

· CAPÍTULO III

FORMACIÓN, CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE PERSONAL"

" Artículo 88.- Las autoridades educativas, en coordinación con las autoridades sanitarias y con la participación de las instituciones de educación superior, recomendarán normas y criterios para la formación de recursos humanos para la salud. "

" Las autoridades sanitarias, sin perjuicio de la competencia que sobre la materia corresponda a las autoridades educativas y en

coordinación con ellas, así como con la participación de las instituciones de salud, establecerán las normas y criterios para la capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud."

" Artículo 90.- Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia, sin perjuicio de las atribuciones de las autoridades educativas en la materia y en coordinación con éstas: "

" I.- Promover actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requieran para la satisfacción de las necesidades del país en materia de salud; "

" II.- Apoyar la creación de centros de capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud; "

" III.- Otorgar facilidades para la enseñanza y adiestramiento en servicio dentro de los establecimientos de salud, a las instituciones que tengan por objeto la formación, capacitación o actualización de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, de conformidad con las normas que rijan el funcionamiento de los primeros, y "

" IV.- Promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en actividades docentes o técnicas."

" Artículo 91.- La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, coadyuvarán con las autoridades e instituciones educativas, cuando éstas lo soliciten, en:"

" I.- El señalamiento de los requisitos para la apertura y funcionamiento de instituciones dedicadas a la formación de recursos humanos para la salud, en los diferentes niveles académicos y técnicos, y "

" II.- En la definición del perfil de los profesionales para la salud en sus etapas de formación. "

" Artículo 92.- Las Secretarías de Salud y de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, impulsarán y fomentarán la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para los servicios de salud, de conformidad con los objetivos y prioridades del Sistema Nacional de Salud, de los Sistemas Estatales de Salud y de los programas educativos."

" Artículo 93.- La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud, promoverá el establecimiento de un sistema de enseñanza continua en materia de salud. "

" Artículo 94.- Cada institución de salud, con base en las normas técnicas que emita la Secretaría de Salud, establecerá las bases para la utilización de sus instalaciones y servicios en la formación de recursos humanos para la salud."

" Artículo 95.- Los aspectos docentes del internado de pregrado y de las residencias de especialización, se regirán por lo que establezcan las instituciones de educación superior, de conformidad con las atribuciones que les otorguen las disposiciones que rigen su organización y funcionamiento y lo que determinen las autoridades educativas competentes."

" La operación de los programas correspondientes en los establecimientos de salud, se llevará a cabo de acuerdo a los lineamientos establecidos por cada una de las instituciones de salud y lo que determinen las autoridades sanitarias competentes."

TÍTULO QUINTO

Investigación para la Salud

CAPÍTULO ÚNICO

" Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: "

" I.- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; "

" II.- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; "

" III.- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideran prioritarios para la población; "

" IV.- Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud; "

" V.- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomiendan o empleen para la prestación de servicios de salud, y "

" VI.- A la producción nacional de insumos para la salud."

" Artículo 97.- La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud."

" La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyarán y estimularán el funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud."

" Artículo 98.- En las instituciones de salud, la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación, una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones y ionizantes o de técnicas de ingeniería genética. El Consejo de Salubridad general emitirá las disposiciones complementarias, sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario."

" Artículo 99.- La Secretaría de Salud en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las Instituciones de Educación Superior, realizará y mantendrá un inventario de la investigación en el área de salud del país."

" Artículo 100.- La investigación de seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:"

" I.- Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución, a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica; "

" II.- Podrá efectuarse solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo; "

" III.- Podrá efectuarse solo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto de experimentación; "

" IV.- Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquel, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas y negativas para la salud; "

" V.- Solo podrá realizarse por profesionales de la salud, en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes; "

" VI.- El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación y "

" VII.- Las demás que establezca la correspondiente reglamentación."

" Artículo 101.- Quien realiza investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta ley y demás dispositivos aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes. "

" Artículo 102.- La Secretaría de Salud autorizara con fines preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación, el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales no se tenga experiencia en el país o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos. Al efecto, los interesados, deberán presentar la siguiente documentación:"

- " I.- Solicitud por escrito."**
- " II.- Información básica farmacológica y preclínica del producto; "**
- " III.- Estudios previos de investigación, clínica, cuando los hubiere;"**
- " IV.- Protocolo de investigación, y "**
- " V.- Carta de aceptación de la institución donde se efectúe la investigación y del responsable de la misma."**

" Artículo 103.- En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de este, de su representante legal, en su caso, o del familiar mas cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los

demás requisitos que determine esta ley y otras disposiciones aplicables." ¹³³

TÍTULO PRIMERO

Responsabilidad penal

Capítulo I

Reglas generales sobre delitos y responsabilidad

"ART. 7°.- Delito en el acto u omisión que sancionan las leyes penales."

" En los delitos de resultado material también será atribuible el resultado típico producido al que omite impedirlo, si éste tenía el deber jurídico de evitarlo. En estos casos se considerará que el resultado es consecuencia de una conducta omisiva, cuando se determine que el que omite impedirlo tenía el deber de actuar para ello, derivado de una ley, de un contrato o de su propio actuar precedente."

" El delito es: "

" I. Instantáneo, cuando la consumación se agota en el mismo momento en que se han realizado todos sus elementos constitutivos; "

¹³³ - Ley General de Salud, décima primera edición. Ed. Sista, S.A. de C.V., México, 1994, págs. 110.

" II. Permanente o continuo, cuando la consumación se prolonga en el tiempo, y "

" III. Continuado, cuando con unidad de propósito delictivo y pluralidad de conductas se viola el mismo precepto legal. "

" ART. 8° Las acciones u omisiones delictivas solamente pueden realizarse dolosa o culposamente. "

" ART. 9° Obra dolosamente el que, conociendo los elementos del tipo penal, o previendo como posible el resultado típico, quiere o acepta la realización del hecho descrito por la ley, y "

" Obra culposamente el que produce el resultado típico, que no previó siendo previsible o previó confiando en que no se producirá, en virtud de la violación a un deber de cuidado, que debía y podía observar según las circunstancias y condiciones personales. "

" Causas de exclusión del delito "

" ART. 15.- El delito se excluye cuando "

" I.- El hecho se realice sin intervención de la voluntad del agente; "

" II.- Falte alguno de los elementos del tipo penal del delito que se trate; "

" III.- Se actúe con el consentimiento del titular del bien jurídico afectado, siempre que se llenen los siguientes requisitos: "

" a) Que el bien jurídico sea disponible; "

" b) Que el titular del bien tenga la capacidad jurídica para disponer libremente del mismo; y "

" c) Que el consentimiento sea expreso o tácito y sin que medie algún vicio; o bien, que el hecho se realice en circunstancias tales que permitan fundadamente presumir que, de haberse consultado al titular, éste hubiese otorgado el mismo; "

" IV.- Se repela una agresión real, actual o inmedatamente, y sin derecho, en protección de bienes jurídicos propios o ajenos, siempre que exista necesidad de la defensa y racionalidad de los medios empleados y medie provocación dolosa suficiente e inmediata por parte del agredido o de la persona a quien se defiende. "

" Se presumirá como defensa legítima, salvo prueba en contrario, el hecho de causar daño a quien por cualquier medio trate de penetrar, sin derecho, al hogar del agente, al de su familia, a sus dependencias, o a los de cualquier persona que tenga la obligación de defender, al sitio donde se encuentren bienes propios o ajenos respecto de los que exista la misma obligación, o bien, lo encuentre en alguno de aquellos lugares en circunstancias tales que revelen la probabilidad de una agresión;"

" V.- Se obre por la necesidad de salvaguardar un bien jurídico propio o ajeno, de un peligro real, actual o inminente, no ocasionado dolosamente por el agente, lesionando otro bien de menor o igual valor que el salvaguardado, siempre que el peligro no sea evitable por otros medios y el agente no tuviere el deber jurídico de afrontarlo;"

" VI.- La acción o la omisión se realicen en cumplimiento de un deber jurídico o en el ejercicio de un derecho, siempre que exista necesidad racional del medio empleado para cumplir el deber o ejercer el derecho y que este último no se realice con el solo propósito de perjudicar a otro;"

" VII.- Al momento de realizar el hecho típico, el agente no tenga la especialidad de comprender el carácter lícito de aquél o de conducirse de

acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, a no ser que el agente hubiere proyectado su trastorno mental dolosa o culposamente, en cuyo caso responderá por el resultado típico siempre y cuando lo haya previsto o le fuere previsible."

" Cuando la capacidad a que se refiere el párrafo anterior sólo se encuentre considerablemente disminuida, se estará a lo dispuesto en el artículo 69 bis de este código;"

" VIII.- Se realice la acción o la omisión bajo un error invencible;"

" A) Sobre alguno de los elementos esenciales que integran el tipo penal; o"

" B) Respecto de la ilicitud de la conducta, ya sea porque el sujeto desconozca la existencia de la ley o el alcance de la misma, o porque crea que está justificada su conducta. "

" Si los errores a que se refieren los incisos anteriores son vencibles, se estará a lo dispuesto por el artículo 68 de este código;"

IX.- Atentas las circunstancias que concurren en la realización de una conducta ilícita, no sea racionalmente exigible el agente una conducta diversa a la que realizó, en virtud de no haberse podido determinar a actuar conforme a derecho; o "

" X.- El resultado típico se produce por caso fortuito. "

Aplicación de sanciones a los delitos culposos

" ART. 60.- En los casos de delitos culposos se impondrá hasta la cuarta parte de las penas y medidas de seguridad asignadas por la ley al tipo básico del delito doloso, con excepción de aquellos para los que la ley señale una pena específica. Además, se impondrá, en su caso, suspensión hasta de diez años, o privación definitiva de derechos para ejercer profesión, oficio, autorización, licencia o permiso. "

" Las sanciones por delito culposos sólo se impondrán con relación a los delitos previsto en los siguientes artículos: 160, 167 fracción IV, 169, 199 bis, 209 parte segunda, 290, 291, 292, 302, 307, 323, 397 y 399 de este código.

" Cuando a consecuencia de actos u omisiones culposos, calificados como graves, que sean imputables al personal que preste sus servicios en una empresa ferroviaria, aeronáutica, naviera o de cualquiera otros transportes del servicio público federal o local, se causen homicidios a dos o más personas, la pena será de cinco a veinte años de prisión, destitución del empleo, cargo o comisión e inhabilitación para obtener otros de la misma naturaleza. Igual pena se impondrá cuando se trate de transporte de servicio escolar."

" La calificación de la gravedad de la culpa queda al prudente arbitrio del juez, quien deberá tomar en consideración las circunstancias generales señaladas en el artículo 52, y las especiales siguientes: "

" I. La mayor o menor facilidad de prever y evitar el daño que resultó: "

" II. El deber del cuidado del inculpado que le es exigible por las circunstancias y condiciones personales del oficio o actividad que desempeña le impongan; "

" III. Si al inculpado ha delinquido anteriormente en circunstancias semejantes; "

" IV. Si tuvo tiempo para obrar con la reflexión y cuidado necesarios; "

" V. El estado del equipo, vías y demás condiciones de funcionamiento mecánico, tratándose de infracciones cometidas en los servicios de empresas transportadoras, y en general, por conductores de vehículos, y "

" VI. (Derogada)."

" ART. 61.- En los casos a que se refiere la primera parte del primer párrafo del artículo anterior se exceptúa la reparación del daño. Siempre que al delito doloso corresponda sanción alternativa que incluya una pena no privativa de libertad aprovechará esa situación el responsable de delito culposo."

" ART. 62.- Cuando por culpa se ocasione un daño en propiedad ajena que no sea mayor del equivalente a cien veces el salario mínimo se sancionará con multa hasta por el valor del daño causado, más la

reparación de ésta. La misma sanción se aplicará cuando el delito culposo se ocasione con motivo del tránsito de vehículos cualquiera que sea el valor del daño."

" Cuando por culpa y por motivo del tránsito de vehículos se causen lesiones, cualquiera que sea su naturaleza, sólo se procederá a petición del ofendido o de su legítimo representante, siempre que el conductor no se hubiese encontrado en estado de ebriedad o bajo el influjo de estupefacientes, psicotrópicos o de cualquiera otra sustancia que produzca efectos similares y no se haya dejado abandonada a la víctima. "

TÍTULO DÉCIMO NOVENO

Delitos contra la vida y la Integridad corporal

Capítulo I

Lesiones

" ART. 288.- Bajo el nombre de lesión se comprenden no solamente las heridas, excoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier otro dato que

deje huella material en el cuerpo humano, si estos efectos son producidos por una causa externa."

" ART. 288.- Al que inflera una lesión que no ponga en peligro la vida del ofendido y tarde en sanar menos de quince días, se le impondrán de tres días a cuatro meses de prisión o de 10 a 30 días multa. Si tardare en sanar más de quince días se le impondrán de cuatro meses a dos años de prisión o de 60 a 270 días multa."

" ART. 289.- Se impondrán de dos a cinco años de prisión y multa de cien a trescientos pesos, al que inflera una lesión que deje al ofendido cicatriz en la cara, perpetuamente notable.. "

" ART. 291.- Se impondrán de tres a cinco años de prisión y multa de trescientos a quinientos pesos, al que inflera una lesión que perturbe para siempre la vista, o disminuya la facultad de oír, entorpezca o debilite permanentemente una mano, un pie, un brazo, una pierna o cualquier otro órgano, el uso de la palabra o alguna de las facultades mentales."

" ART. 292.- Se impondrán de cinco a ocho años de prisión al que inflera una lesión de la que resulte una enfermedad segura o probablemente incurable, la inutilización completa o la pérdida de un ojo,

de un brazo, de una mano, de una pierna o de un pie, o de cualquier otro órgano; cuando quede perjudicada para siempre cualquier función orgánica o cuando el ofendido quede sordo, impotente o con una deformidad incorregible."

" Se impondrá de seis a diez años de prisión al que infliera una lesión a consecuencia de la cual resulte incapacidad permanente para trabajar, enajenación mental, la pérdida de la vista o del habla o de las funciones sexuales. "

" ART. 293.- Al que infliera lesiones que pongan en peligro la vida se le impondrán de tres a seis años de prisión, sin perjuicio de las sanciones que le correspondan conforme a los artículos anteriores." ¹³⁴

3.4 LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL MÉDICO Y LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS PACIENTES.

(¹³⁴) Código Penal, Ob cit.

"Uno de los primeros niveles de concreción del tema es, sin duda, el referente a la etimología de la expresión yatrogenia o iatrogenia, lo que nos remite a la lingüística y a su dimensión esencial en el conocimiento humano. Uno de los más famosos integrantes del "Círculo de Viena", Ludwig Wittgenstein"¹³⁶ decía que lo que no podía expresarse bien, no debía de ser dicho. En otras palabras, en cualquier tema la claridad e dicción es básica para la comprensión y el entendimiento del mismo, y el fundamento de ambos reside en desentrañar el origen de los vocablos.

"En el fondo, el análisis lingüístico, la penetración lógica en el origen de una expresión nos permite adentrarnos en los difíciles vericuetos, que terminan por conducir al auténtico sentido de las cosas. Esto que es rigurosamente cierto en cualquier análisis de conceptos, lo es más cuando nos acercamos a una problemática compleja y ambigua como la que nos ocupa. Sin embargo, a las palabras hay que proporcionarles su correspondiente contenido semántico para precisar .- con la mayor claridad posible - su significación."

" Esto es muy cierto en todos los ámbitos de las actividades humanas, pero lo es más aun cuando penetramos, o tratamos de hacerlo,

(135) Ludwig Wittgenstein, Tractatus Logicus - Philosophicus, trad. de Terno Galván. Alianza Editorial, Madrid, 1973.

en el campo científico, lo que nos obliga a determinar con claridad las relaciones entre lengua y pensamiento." ¹³⁶ ¿Por qué tanto rodeo, antes de ir derecho a la cuestión que nos preocupa? Por una razón muy sencilla, porque no queremos perdernos en el bosque del metalenguaje y olvidarnos de lo verdaderamente esencial que es el lenguaje-objeto. Más claramente, porque la lingüística a utilizar no debe alejarnos del objeto de conocimiento de la misma.

"La yatrogenia, que denota su origen griego, vendría siendo algo así como la derivación de varios vocablos helénicos: por un lado, 'larpeo, ov: médico; por el otro, 'larpera: curación; y, finalmente, géneia (yevvaw: engendrar); generación, origen." ¹³⁷ La derivación estrictamente etimológica conduciría a una significación, que vendría a empañar, más que a aclarar, el manejo del vocablo en el concreto campo de la ciencia médica. Aquí, por consiguiente, penetramos en el segundo nivel, es decir, el nivel científico.

"En lo anterior, se advierte la discordancia éntre la nomenclatura científica y el origen etimológico de la palabra. De ahí que la lingüística

(136) Georges Mounin, Lingüística y filosofía, trad. de Gabriel Ter-Sakarian, ed. Gredos, Madrid.

(137) Agustín Mateos Muñoz, Etimologías grecolatinas del español, ed. Esfinge, México.

unifica, en cierta medida, la investigación científica, puesto que tiene relación con problemas fundamentales de las ciencias, de tal manera que toda investigación científica se ve afectada, unas veces más y otras menos, por las funciones y particularidades del medio con que los preliminares, las conclusiones y las descripciones de carácter científico deben, necesariamente, ser expresados." ¹³⁸

"No estamos jugando con las palabras, pretendemos sintetizar lo más posible la ubicación temática para, posteriormente, manejar los aspectos de las responsabilidades con la mayor claridad posible. En nuestro mundo, en este final del siglo XX, la comunicación desempeña un papel decisivo en el entendimiento de los problemas, y -gracias al progreso técnico- ha conseguido penetrar en todos los ámbitos sociales y facilitar - con ello - la difusión de ciertos conocimientos y términos antes reservados a las élites de profesionales."

" Conviene advertir que la yatrogenia se latiniza y la y se convierte en i romana, y su consecuencia es la expresión latina ya romanceada, es decir, vertida al idioma español y concretada en la palabra iatrogenia. En esta tesitura, hace su aparición el iatrogénico, que literalmente se refiere "

(138) Bertil Maimberg, Lingüística estructural y comunicación humana, trad. Rodón Binué, 1a. de., reimp. ed. Gredos. Madrid, 1974, pp. 14-15

a toda alteración del estado del paciente producida por el médico." ¹³⁹

En suma, el paciente, que ya está enfermo, si no, no sería paciente, resulta agravado por la actividad del médico.

El término yatrogenia, o iatrogenia, fuera del argot médico, es relativamente poco conocido. No obstante, puede decirse que existen varias conceptualizaciones del mismo, con perfiles científicos muy claramente definidos.

De esta forma se dice:

- a) Que consiste en la enfermedad originada por el médico.

- b) Que reside en el daño inferido al paciente por el tratamiento médico.

- c) Que se trata de consecuencias malignas, dimanantes de acciones médicas que, por otra parte, y en aspectos distintos, tratan de beneficiar al enfermo.

(139) Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 21a. ed., Espasa-Calpe, Madrid, 1992. p.842.

d) La ya clásica definición de Harrison que denomina iatrogénico o iatrogénico "al efecto indeseable que puede evitarse si el médico es más cuidadoso y prudente y tiene mayores conocimientos."

Convendría retener la nociones señaladas, y muy especialmente la última de Harrison, porque vana adquirir un protagonismo de primer rango al enfrentarnos con los problemas jurídicos derivados de la responsabilidad profesional. Si tuviéramos que señalar un denominador común en las conceptualizaciones anteriores, éste sería el relativo a la circunstancia de que no se trataría de un daño deliberado. Pero aquí entra en juego la eticidad en relación con el ejercicio de la actividad profesional de los médicos.

En resumen de lo anterior, se podría considerar que hay 3 aspectos que originan problemas provenientes de la actividad médica.

" 1.- Los medicamentos recomendados por el médico que dan lugar a daños en otras áreas del organismo del paciente."

" 2.- La utilización inadecuada de instrumentos médicos."

" 3.- La relación médico - paciente que muchas veces ó en su mayoría se minimiza al enfermo y se desprecia o se menosprecia la información que le paciente puede dar." ¹⁴⁰

"¿En qué consiste la ética? La mayoría de las veces la ética, como tal vocablo, se utiliza con poca o ninguna precisión, no sólo técnica sino incluso jurídica. Los principios éticos del derecho tienen que establecerse a priori; es decir, con completa independencia de los conocimientos experimentales acerca de la realidad." ¹⁴¹ En otras palabras, esos principios fundamentales constituyen auténticos valores per se, de tal manera que tienen validez, y personalmente creo que vigencia, incluso cuando pueda darse el caso de que se opongan a ellos los juicios y valoraciones prevalecientes, en un sistema jurídico o en una sociedad determinados en los que éstos se apliquen.

"Y no es que los principios generales puedan confundirse con las conductas éticas, ya que "conceptualmente hablando," si menos, cabe una distinción entre ellos, sino que los principios generales, al tener su traducción en el Derecho positivo, establecen unas normas claras de

(¹⁴⁰) Diccionario enciclopédico de educación especial, 3a. reimp., Editorial Diagonal Santillana, México, 1990, vol. III, p. 1123

(¹⁴¹) José María Rodríguez Paniagua, Derecho y ética. De. Tecnos, Madrid, 1977, pp. 14 y 15.

comportamiento, que en el caso que nos ocupa se refiere a los médicos, las cuales, por imperativo legal, se convierten en exigencias jurídicas ineludibles. Estamos, pues, entrando en el difícil y complejo terreno de la responsabilidad profesional."

" Para la ciencia moderna teórica - teoría del conocimiento y metodología de las ciencias -, es un hecho comprobado que el pensar científico se encuentra determinado por concepciones a las que se aferra consciente o inconscientemente. De ahí que es deber del científico aclarar su posición, en primer lugar, mediante un análisis crítico sobre sus propias concepciones fundamentales y someterlas después a una verificación que no deje lugar a dudas." ¹⁴²

Como nos estamos refiriendo a comportamientos éticos, y más precisamente a las conductas éticas de los profesionales de la medicina en relación con la yatrogenia, convendría delimitar dos campos cobijadores de distintas nociones del hombre y, por consiguiente, de todos los problemas médicos relacionados con él.

(¹⁴²) Johannes Messner, *Ética social política y económica a la luz del derecho natural*, trad. de Barrios Sevilla, Rodríguez Paniagua y Enrique Díez, Ediciones Rialp. 1967. pp. 16.

"En un lado, tendríamos lo que podemos considerar como la teoría tradicional del derecho natural. Esta teoría ha tomado de la antropología empírica, que examina críticamente y jerarquiza de manera sistemática los datos de la experiencia de la realidad humana, dos nociones fundamentales; en primer lugar, ha constatado que siendo el hombre poseedor de un cuerpo y, por tanto, un ser muy cercano al reino animal, constituye un género único en sentido zoológico, por la sencilla razón de que todas las razas humanas son susceptibles de mestizajes ilimitados."

" La segunda noción "con relación a las líneas anteriores" que la teoría tradicional toma de la antropología empírica es que el hombre es un ser racional; es decir, dotado de razón. Es el homo faber el único ser viviente fabricante de utensilios; gracias, precisamente, a su capacidad de comprender, mediante la generalización, la relación entre causa y efecto. Es también el único ser que tiene la capacidad de determinar su conducta conscientemente. Su capacidad de conocimiento y autodeterminación lo distinguen "esencialmente" del mundo animal en su calidad de animal rationale o, en otras palabras, de homo sapiens." ¹⁴³

(143) Ob. cit. pag. 16.

"Aparentemente pudiera pensarse que lo que decimos se encuentra muy alejado de la temática, pero nuestro propósito es desentrañar "antes de penetrar en lo estrictamente jurídico" las razones de las responsabilidades. En estas condiciones, la teoría tradicional del derecho natural utiliza los resultados obtenidos para poder afirmar que la naturaleza del hombre se encuentra condicionada por su cuerpo y por su espíritu, inteligencia o alma según lo queramos ver, todo lo cual desemboca en el hecho, muy hermoso, de que la medicina busca fines tan nobles, tan estrechamente enlazados a los derechos inalienables de la vida que bien puede permitirse momentos de reflexión crítica que no disminuyen su grandeza científica y profesional."

" En el otro lado a la idea del hombre, patrocinada por el juenaturalismo, se opone la concepción naturalista con sus distintas manifestaciones. Todas ellas tienen un denominador común consistente en: 1) La convicción de que el hombre es un ser "natural", o sea, que ve restringida la significación de su existencia a la duración de la vida. 2) La creencia en la existencia única de la realidad que puede ser objeto de experimentación 3) La negación a toda manifestación de la fe sobrenatural."

" Dentro de este humanismo naturalista cabe destacar algunas de sus variantes: "

" 1. El humanismo racionalista y su antropología, fundamental en el pensamiento naturalista, el cual se apoya en tres principios: el primero consistente en la fe en el poder ilimitado de la razón humana para entender y configurar al mundo, que ha terminado por ser una creencia de que la ciencia dispone de un poder absoluto. En segundo lugar, su creencia en la bondad absoluta del hombre, debido a su naturaleza racional. Y, finalmente, la fe en la "ley del progreso", indefinido, en todos los ámbitos de los valores humanos y culturales. "

" 2. El humanismo científico que, al elaborar su visión del hombre y de la sociedad, pretende fundamentarse exclusivamente en las ciencias naturales y en aquellas ciencias humanas que utilizan la metodología de las ciencias naturales - biología, psicología, sociología y etnología, etcétera -, que solamente acepta los resultados del conocimiento empírico. En otras palabras, se trata de un cientificismo, que supone una concepción del mundo basada en las ciencias naturales, el cual tiene diversas ramificaciones, según la distinta mezcla de elementos pertenecientes a diversas teorías científicas sobre la naturaleza del

hombre, de ahí al evolucionismo biológico, el psicoanálisis, el utilitarismo pragmático, el positivismo lógico y el determinismo económico social."

" 3. El humanismo de materialismo dialéctico que entiende, en forma sintética, que la materia , el cuerpo, es lo principal, y que la percepción, el pensamiento, la conciencia, no son sino los productos más elevados de la materia organizada en determinada forma."

" Para terminar este primer apartado, y teniendo en cuenta lo expresado ut supra, conviene subrayar que los principios éticos, derivados sin duda del derecho natural, en el que el adjetivo natural se asume en su más plena acepción, no constituyen un orden abstracto, lejano, evanescente, de preceptos o de directrices, sino que se concretan en unos principios generales del Derecho completamente singulares y específicos, operativos en ámbitos problemáticos concretos, así como también convertidos en normas de derecho positivo, y no quedan periodos en el azar, en la imprecisión, y mucho menos en la falta de formulación jurídica." ¹⁴⁴

(¹⁴⁴) Eduardo García de Enterría. Prólogo al libro *Tópica y jurisprudencia de Theodor Viehweg*, Ed.Taurus. Madrid. 1986, p. 16

II. LAS CUESTIONES EN TORNO A LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL MÉDICO

"Establecidas en el apartado anterior las premisas ético-jurídicas de la responsabilidad profesional, pasamos a tratarlas. Nos encontramos ante un problema muy complejo y con propuestas de solución muy variadas. Durante el Octavo Congreso Internacional de Medicina Interna, que tuvo lugar en Buenos Aires, en 1964, se estableció la premisa de que abordar con claridad la problemática de la yatrogenia, "no tenía por objetivo señalar responsabilidades, sino prevenir", con lo cual los asistentes proporcionaron una magnífica lección de tratamiento jurídico de la cuestión."

" En el mencionado Congreso se afirmó, además, que "se tiende a desdeñar como no científico al que habla de casos yatrogénicos". En este sentido, el acto más inocente es el que tiene lugar cuando la ciencia ignora que algo pueda ser nocivo. Por ejemplo, en tiempos anteriores hubo una época en que se estimó que, durante la fiebre tifoidea, debería someterse al enfermo a una dieta rigurosa, lo cual en vez de ayudarlo lo perjudicaba. Poco después, con el avance de la ciencia se advirtió el grave error, pero los médicos, que no estaban actualizados, incidieron en un acto yatrogénico de carácter culposo "por negligencia", al prescribir el

equivocado tratamiento. La conclusión es fácil: la no actualización es un factor muy frecuente de la yatrogenia. Sin embargo, con arreglo a una constante causal reiterada en diversos congresos médicos, a lo anterior habría que agregar una amplia variedad de situaciones similares, así, entre otras, las siguientes: "¹⁴⁵

"- Negligencia en la formulación del diagnóstico."

" - Incapacidad para aclarar con el paciente su dolencia o desdeñar la información que éste tenga posibilidad de proporcionar. "

" - Receta calmante, evadiendo detectar el origen de la enfermedad. "

" -Prescribir gran cantidad de medicamentos ("polifarmacia" o "escopetazo" en el argot médico), tratando de acertar con alguno de ellos. "

" - Insuficientes conocimientos en el ámbito de la farmacología y, por consiguiente, eludir los posibles efectos secundarios de los medicamentos recetados."

" - No prevenir debidamente al paciente sobre la posible concurrencia de consecuencias no deseadas, que pudieran presentarse. "

(145) Salvador Borrego Escalante, Yatrogenia: Daño causado por el médico, Tipografías Editoriales, México, 1991, pp. 7-8

" Entendemos que la anterior enumeración, tomada del texto a que nos referimos, pudiera ser más extensa, pero consideramos que es ilustrativa, aunque no exhaustiva, respecto a situaciones que se presentan en la relación ordinaria médico-paciente, relación que, en cuanto al tema que nos ocupa, puede generar responsabilidades de orden penal o de carácter civil o patrimonial, todo ello con independencia de posibles sanciones administrativa son de lo que se denomina, también, derecho disciplinario referido a sanciones dimanantes de preceptos de códigos de ética profesional o de colegios de profesionistas."

" En contra de lo que pudiera creerse, la yatrogenia es inquietamente frecuente, aunque no en cifras alarmantes sí como fenómeno que convendría prevenir y, en su caso, atajar, y que nos afecta a todos, incluidos los médicos. De este modo, en México, la Academia Nacional de Medicina integró un grupo de trabajo, compuesto por 17 médicos, que realizaron un simposio, una encuesta extendida a todos los médicos de la República y una mesa redonda durante las Jornadas Médicas de la Academia (llevadas a cabo en San Luis Potosi en enero de 1977). "

" En dicho evento, el doctor Rubén Vasconcelos actuó como coordinador. La encuesta efectuada tuvo por objeto indagar, entre los

profesionistas, si los casos de yatrogenia en México (naturalmente en esa época), eran frecuentes, escasos o raros. Las respuestas fueron las siguientes: frecuentes, 59%; escasos, 29% y, raros, 12%. La conclusión a la que se llegó fue que la yatrogenia "es frecuente y puede calificarse de grave...". Por otra parte, se ha señalado que "... no hay estadísticas, pero todos están conscientes de la existencia de un gran volumen de daños iatrogénicos y por ello se justifica la creciente preocupación de las organizaciones médicas por corregir esa lamentable situación." ¹⁴⁶

Por tanto, la yatrogenia no es solamente cosa de nuestra época, tan propicia a convulsiones y a la aparición de problemas inéditos, sino que es una cuestión que se viene arrastrando desde atrás, aunque ahora ha adquirido una dimensión mayor a la de antes, que justifica ampliamente la preocupación de todos, y que tal vez se haya acelerado como consecuencia del venturoso progreso técnico de la medicina, progreso que, no obstante, como todo en la vida, tiene su precio y éste comienza a ser alto.

"Si en 1973 Talley y Laventurier señalaron que en los Estados Unidos ocurrían 140 000 muertes anuales de yatrogénicos, el desarrollo

(¹⁴⁶) Yatrogenia y ética médica, Academia Nacional de Medicina, México, 1978, pp. 28 y 29.

vertiginoso de la química y de la ciencia biomédicas impartió mayor dinámica al proceso maligno, para desembocar en nuestros días con los avances de la medicina nuclear y el manejo biogenético que, muchas veces realizado con la mejor intención, ha venido a aumentar dramáticamente las cifras."

" Y aquí conviene considerar con respecto a lo que hemos hecho alusión en las últimas líneas del apartado anterior, cuando hablamos de las dos concepciones del hombre: la correspondiente a la teoría tradicional del derecho natural y la referente a la concepción estrictamente naturalista del hombre con sus distintas variantes. De cualquier manera, en ocasiones el ser humano es manipulado simplemente como un ente de laboratorio científico con total menosprecio de su libertad, de su dignidad y de su propia vida. La ciencia no es mala, antes, al contrario, es un inapreciable instrumento que el hombre tiene a su disposición para lograr el mayor bienestar posible, pero sólo para eso y no para otras cosas."

" Entrando ya en el terreno concreto de la responsabilidad, podemos hablar de un complejo normativo integrado por las normas jurídico-penales contenidas en los ordenamientos punitivos, las normas que dimanar de la Ley General de Salud, las normas contenidas en la Ley

Reglamentaria del artículo 5o., constitucional, más conocida como Ley de Profesiones, los códigos de ética médica, la enorme cantidad de disposiciones reglamentarias y los preceptos del derecho disciplinario referentes al concreto ámbito de la profesión médica."

"Como no es posible, por razones obvias, adentrarnos en esta maraña normativa, vamos a referirnos a las principales regulaciones de la manera más breve posible. Invertiendo deliberadamente el orden anterior, podemos hablar de que la ley Generalmente de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 7 de febrero de 1984, que ha sufrido y sigue sufriendo numerosas modificaciones, contiene disposiciones relativas a medidas de seguridad, sanciones y delitos en su Título Decimotavo, de las cuales los artículos 402 al 415 se refieren a medidas de seguridad sanitaria; los artículos 416 al 454 se refieren a las sanciones administrativas, procedimiento y prescripción de las mismas; y los artículos 455 al 472 se refieren específicamente a los delitos. También conviene señalar lo dispuesto en el Título Decimocuarto, artículo 313 al 350, el cual contiene disposiciones referentes a la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos." ¹⁴⁷

¹⁴⁷ - Yatrogenia y Ética Médica, Ob cit. Pág. 30.

En cuanto a la Ley Reglamentaria del artículo 5o. constitucional, reguladora de todo lo referente al ejercicio profesional, en su Capítulo VIII, artículo 61 al 73, ambos, inclusive, contemplan, concretamente en el artículo 61, el señalamiento de que los delitos cometidos por profesionistas en el ejercicio de su profesión, serán castigados por las autoridades competentes con arreglo al Código Penal. Asimismo en el artículo 71 queda establecido que los profesionistas serán civilmente responsables de las contravenciones que cometan en el desempeño de trabajos profesionales, así como los auxiliares o empleados que estén bajo su inmediata dependencia y dirección, siempre que no hubieran dado las instrucciones adecuadas o éstas hubieran sido la causa del daño. La referida Ley es del 26 de mayo de 1945, aunque ha recibido numerosísimas reformas, algunas de las cuales son del presente año de 1994.

Obviamente, los delitos que pudieran derivarse de actividades relacionadas con la yatrogenia tendrán la consideración de culposos. Ello nos remite, necesariamente, a la consideración del concepto de culpa, y hemos de señalar que el Código Penal en su artículo 9o., párrafo 2o. (tras la reforma del 10 de enero de 1994, fecha en que se publica en el Diario Oficial de la Federación), establece que:

Obra culposamente el que produce el resultado típico, que no previó siendo previsible o previó confiando en que no se produciría, en virtud de la violación a un deber de cuidado, que debía y podía observar según las circunstancias y condiciones personales.

El concepto de culpa es uno de los más difíciles del ámbito penal, se trata de una teoría general que todavía está sujeta a fuertes discusiones, a tal punto que algunos autores denominan al delito culposo como delito involuntario, expresión completamente desafortunada, ya que la voluntariedad es una nota consustancial a las conductas humanas delictivas.

"En términos generales puede decirse, como con gran agudeza señala el profesor alemán Maurach que la noción de culpa supone el respeto a dos mandatos claros del Derecho Penal: uno, la prohibición de causar daño; y, el otro, la prohibición de ponernos en situación de causarlo, que es tanto como un auténtico deber de evitación. Más claramente; se nos prohíbe causar daño y se nos ordena evitar incidir en ocasiones de propiciar la causación del mismo."¹⁴⁸

(148) Reinhart Maurach, Tratado de Derecho Penal, trad. de Córdoba Reda, Ed. Ariel, Barcelona, 1962. T. II, p. 284.

"¿Qué podríamos entender por culpa? La distinguida penalista mexicana, doctora Olga Islas, señala que "existe culpa cuando no se provee el cuidado posible y adecuado para no producir, o en su caso evitar, la lesión del bien jurídico, previsible, se haya o no previsto." ¹⁴⁹

"De la anterior definición, la culpa queda integrada por cuatro elementos, a saber: la previsibilidad, que supone que el sujeto tiene la posibilidad de prever la lesión del bien jurídico; la provisoriedad, que comporta que el sujeto tiene la posibilidad de poner en juego el cuidado posible y adecuado para no producir, o evitar, la lesión del bien; la previsión, consistente en el hecho psíquico real de prever la lesión del bien; y la provisión, que es la efectiva puse en juego del cuidado posible y adecuado para no producir, o evitar, la lesión del bien."

"Esta conceptualización encaja en la descripción del obrar culposo, establecida por el legislador en el párrafo segundo del artículo 9o., del Código Penal del Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia federal. De los cuatro conceptos - señala la doctora Islas, y coincidimos plenamente con ella-, que el núcleo de la culpa reside en la no provisión del cuidado posible y adecuado."

(149) Olga Islas, Análisis lógico de los delitos contra la vida. 3a. de., Ed. Trillas, México, pp. 45 y 46.

" En el caso de los yatrogénicos, entendiendo como tales a las personas enfermas por actividades del médico o provocadas por el tratamiento, conviene establecer nítidamente la causa de la enfermedad, ya que no todas las actividades serán importantes para el resultado, sólo nos interesarán aquellas que tengan relevancia jurídico-penal. Y la delimitación de la responsabilidad jurídico-penal relevante tendríamos que señalarla en virtud de la teoría de la adecuación, que requiere que el resultado lesivo causado por el médico fuese, hasta cierto punto probable, al realizarse la acción en sentido amplio, para que ésta pueda contemplarse como causa del resultado. "

" La condición factorial ha de ser adecuada al resultado, y sólo lo es aquélla típicamente apropiada para producir el resultado. Esto requiere de la siguiente aclaración: la adecuación supone el encaje de la conducta (en nuestro caso, la conducta del médico), en la descripción típica del legislador y, además, en un orden fáctico, en la idoneidad de la misma para producir el resultado final. No en balde, el creador de la teoría de la adecuación no fue un jurista, sino un médico, concretamente el fisiólogo de Friburgo, Johannes V. Kries. "

" No obstante, la teoría de la adecuación requiere de una precisión más, lo que importa es el fin tutelar de la norma vulnerada, que en este caso sería la protección a la salud del yatrogénico, idea que favorece la determinación del intervalo de punibilidad en los delitos culposos. Actualmente, la teoría de la adecuación es entendida como un método de delimitación del ámbito de la imputabilidad objetiva según el criterio de la probabilidad." ¹⁵⁰ Para no restringir en forma excesiva dicha parcela, se ha proporcionado a la fórmula de la adecuación una redacción negativa: "no ha de ser del todo improbable que la acción produzca el resultado .

"El juicio de probabilidad se refiere a la relación acción-resultado típico; en su versión negativa es suficiente para excluir las secuencias causales totalmente improbables, pero estas constituyen casos relativamente raros. Han de tomarse como base las circunstancias conocidas o congnocibles en el momento y en el lugar del hecho, ex ante. Como en sede de imputación objetiva, la cuestión reside en qué comportamiento resulta objetivamente correcto para la evitación del resultado; no puede ser suficiente el conocimiento, ni la posibilidad de conocimiento del autor."

(150) Hans-Heinrich Jescheck, Tratado de Derecho Penal, trad. Mir Puig y Muñoz Corde, Ed. Bosch, Barcelona 1981, vol. I, pp. 386 y ss.

" El conocimiento causal del agente ha de completarse mediante las circunstancias que el "hombre prudente" hubiese tenido en cuenta en sus consideraciones, es lo que se denomina prognosis objetivo-posterior. Se habla de prognosis "posterior", porque es el juez quien se retrotrae al momento de la acción. Además del resultado tampoco la forma de producción del curso causal puede resultar del todo improbable, pues la imputación objetiva únicamente está justificada cuando se realiza, en el resultado, el específico peligro inherente a la acción. "

" La distinción entre la causalidad y la cuestión de la responsabilidad jurídico-penal del autor por el resultado, constituye el punto de partida de la teoría de la relevancia. A diferencia de la teoría de la adecuación, la de la relevancia no pretende decidir cuáles sean las condiciones del resultado a las que se limita, en el caso concreto, la responsabilidad jurídico-penal, con base en un juicio de probabilidad, sino en cada caso conforme al sentido del tipo penal en cuestión. Constituye, por tanto, un principio jurídico valorativo que no ofrece criterios materiales conforme a los cuales juzgar, en los distintos supuestos fácticos, la cuestión de la responsabilidad. "

" Las teorías de la adecuación y de la relevancia han sido progresivamente sustituidas por criterios de imputación más precisos,

que permiten la exclusión de los casos en que, pese a la causación adecuada y a la relevancia típica de la acción, no parece tener justificación la imputación meramente objetiva."

"El Código Penal del Distrito Federal regula lo relativo a la responsabilidad profesional en el Título Decimosegundo, concretamente en los artículos 228 al 232, aunque cabe hacer la aclaración de que tanto el artículo 231 como el 232 se refieren a los delitos cometidos por abogados, patronos y litigantes, que no pertenecen a la materia que nos ocupa."

El artículo 228 dice literalmente:

" Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre ejercicio profesional, en su caso: "

"a) Además de las sanciones fijadas para delitos que resulten consumados, según sea doloso o culposos, se les aplicará suspensión de

un mes o dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia."

" b) Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquéllos."

" El artículo 229 se aplicará también a los médicos que habiendo otorgado responsiva para hacerse cargo de un lesionado o enfermo, abandonen al mismo, en su tratamiento, sin causa justificada y sin dar aviso inmediato a la autoridad competente."

" Finalmente, el artículo 230 se refiere a la punibilidad de conductas típicas de directores, encargados o administradores de centros de salud en caso de impedir la salida del paciente, retener sin necesidad a un recién nacido y retardar o negar la entrega de un cadáver. La misma responsabilidad se extiende a las agencias funerarias y a los farmacéuticos o dependientes que sustituyan una medicina por otra distinta de la recetada e inapropiada para los fines del tratamiento."

" Como se ve, los preceptos penales se refieren a actividades relacionadas con el ejercicio profesional médico, pero tal vez no

encajables conductualmente en los supuestos de la yatrogenia, aunque el artículo 228 salva esta situación al establecer la responsabilidad por los delitos que se cometen. En definitiva, todas las disposiciones punitivas quedan sujetas al principio de legalidad, en virtud de lo dispuesto en el párrafo tercero del artículo 14 constitucional. "

" Hecha esta alusión a la normativa jurídico-penal para mejor entendimiento y comprensión de la teoría de la imputación objetiva, pasamos a sintetizar su contenido. La dogmática jurídico-penal de corte moderno ha recepcionado las posiciones, ofrecidas por las teorías de la adecuación y de la relevancia, para la restricción de la responsabilidad jurídico-penal, que se encuentra también en la base de la teoría de la adecuación: sólo es objetivamente imputable un resultado causado por una acción humana (en el sentido de la plurifactorialidad, propio de la teoría de la condición), cuando dicha acción ha creado un peligro jurídicamente desaprobado que se ha materializado en el resultado típico. "

" Cuando se habla de acción, se hace en sentido amplio; es decir, refiriéndonos al actuar positivo, a la acción en estricto sentido, a la conducta positiva; y a la omisión, al no hacer, conducta negativa. En el campo de la yatrogenia, la responsabilidad profesional se bifurca en dos vertientes una, la responsabilidad, penal, diríamos abrumadoramente

culposa en la mayoría de los casos, aunque personalmente estimamos que pudiera ser también de dolo eventual, en el caso de que la conducta médica acepte, después de preverlo como posible, el resultado típico."

" Otra, aparte de la responsabilidad civil contractual que puede contraer un médico, cuyos servicios hayan sido contratados por el paciente, es la responsabilidad civil contractual que puede contraer un médico, cuyos servicios hayan sido contratados por el paciente, es la responsabilidad civil extracontractual por daños causados en el ejercicio de su profesión."

" Así (y aquí es evidente la relación con la yatrogenia), en la profesión médica, el incumplimiento o mal cumplimiento por parte del facultativo puede lesionar los derechos del paciente. En todos estos casos, puede exigirse responsabilidad civil extracontractual, basada en la falta de diligencia proporcional al riesgo implícito en el acto de que se trate."

" De los dos tipos de responsabilidades, la civil y la penal, esta última queda más nitidamente perfilada dadas las exigencias ineludibles del principio de legalidad; por el contrario, la responsabilidad civil tiene un mayor ámbito de indeterminación, ya que se trata de una jurisdicción de otro tipo."

" El concepto de mala práctica abarca no sólo a instituciones hospitalarias, sino también a médicos (y de ahí su relación con la yatrogenia), cuando el ejercicio profesional cuestionado no alcanza el nivel que cabe esperar de acuerdo con los modernos medios de comunicación y de enseñanza, y que llena las exigencias profesionales generalmente reconocidas por la profesión médica o, en su caso, por la actividad hospitalaria o clínica." ¹⁵¹

Para concluir este apartado, estimamos necesario dejar perfilado - claramente- el concepto de responsabilidad extracontractual, señalando que se trata de aquellos hechos antijurídicos y culpables que, por ocasionar daño a una persona, el causante del daño se convierte en deudor de la perjudicada, debiéndola indemnizar mediante el pago de una suma de dinero que equivalga a la reparación del daño causado.

Como el hecho desencadenante de la obligación de indemnizar se produce por acto humano entre dos personas que no están ligadas por un contrato previo, se habla de responsabilidad extracontractual y, también, de responsabilidad aquilina.

¹⁵¹ - Hans - Heinrich, Ob. Cit., Pág. 390-393

El hecho generador de ésta se denomina acto ilícito civil y del mismo deriva el resultado dañoso.

En unos casos, dicho acto, que puede también consistir en una omisión, infringe directamente una disposición legal; pero aunque no infrinja alguna en concreto, el daño causado a otra persona por culpa o negligencia, infringe un principio general jurídico substancial: el causar daño a otro. Para la existencia de la responsabilidad civil extracontractual es preciso que, entre el acto ilícito civil y el daño causado, exista una relación de causa a efecto. El agente puede haber actuado con negligencia culposa o con dolo, pero esto ya entra en el terreno de la responsabilidad penal ya comentada.

III.- EL PACIENTE Y LOS DERECHOS HUMANOS

"El problema de los Derechos Humanos es un tema de enorme frecuencia en nuestra época. Por lo mismo se muestra recurrente en todos los aspectos de la vida social, y el tema que nos ocupa es especialmente indicado para ello. El hombre siempre fue, es y será -ante todo- una persona. Y le será siempre debido el reconocimiento de los

derechos que le son inherentes por ser persona, es decir, por poseer una naturaleza humana."

" De la anterior afirmación se desprende una serie de consecuencias: 1) en la doctrina de los Derechos Humanos se encuentra subsycente una exigencia ideal; 2) la formulación y el reconocimiento de los Derechos Humanos se postulan como universalmente válidas; 3) los Derechos Humanos son superiores y anteriores aun al propio Estado y, precisamente por eso, son inalienables e imprescriptibles; y 4) los Derechos Humanos suponen una axiología valorativa en función del valor justicia, que no cede ante ninguna exigencia de orden social, económico o político." 152

Lo anterior amerita la formulación de dos interrogantes: a) ¿son los Derechos Humanos de naturaleza más bien moral que jurídica; o pueden reconocerse pertrechados de juridicidad (aparte de su valor ético), y convertirse en exigibles en el concreto ámbito del derecho positivo?; b) ¿dependen dichos derechos de su incardinación en determinadas circunstancias crónicas y tópicas del hombre, de su inserción en una sociedad política y de las valoraciones colectivas y, por consiguiente, pueden tener o dejar de tener valor en un proceso social determinado?

(152) Germán J. Bidart Campos, Teoría General de los Derechos Humanos, UNAM, México. 1989, pp. 41.

"Rotundamente pueden contestarse ambas preguntas señalando: 1) que son perfectamente exigibles, de forma directa, mediante el ordenamiento jurídico positivo; y 2) que su exigencia no depende de ninguna transitoriedad histórica, avance científico o deseos de la colectividad. El resultado de lo dicho, tiene como efecto la consideración de que los valores no se realizan automáticamente, que se respeten por su pura condición de tales valores. Para conseguir el cumplimiento de unos valores, es necesario establecer instrumentos o dispositivos que propicien y hagan posible su realización. "

" Todo lo anterior puede ser muy variado conforme al tipo de valores de que se trate, y hallamos la máxima presión de coercitividad en la parcela jurídica, donde las normas disponen de controles variados e inflexibles, tales como legisladores, ejecutores y aplicadores, cuerpos policíacos, etcétera, y el control social de los mismos, en la parcela jurídica, tiene la característica de la imponibilidad inexorable, que no se doblega, ab initio, ante ninguna infracción, de cualquier tipo que ésta sea. " ¹³³

¹³³ - Germán J. Bidart Campos, Ob cit., pag. 43.

"La ambigüedad de la expresión Derechos Humanos complica, en forma considerable, la cuestión. De este modo, los Derechos Humanos pueden significar derechos al hombre, derechos de la persona humana, derechos individuales, derechos naturales del hombre, derechos fundamentales del hombre y un largo y variado etcétera. Sin embargo, todas esas posibles equivalencias tienen un denominador común, y éste es que los Derechos Humanos tienen un titular, y éste es el hombre, un ser humano en particular."

" La utilización de la palabra 'hombre', en singular, cuando nos estamos refiriendo a sus derechos, tiene una alta significación que implica dos cosas: a) que el hombre es titular de esos derechos por ser un individuo de la especie humana; y b) que todo hombre y cada hombre titulariza esos derechos, que no son privilegio de pocos o de muchos, sino de todos y cada uno de los seres humanos."

" Tienen tal trascendencia en la convivencia social que hay autores, como Rabossi," ¹⁵⁴ que consideran que no tienen necesidad de fundamentación filosófica, pues entiende que tal problema dejó de tener interés al formularse la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

(154)
criticas", en
enseñanza,

E. Rabossi, "La fundamentación de los Derechos Humanos: algunas reflexiones
Filosofía del lenguaje, de la ciencia, de los Derechos Humanos y problemas de su
UNAM, México, 1987, pp. 148 y ss.

Esta declaración expresa, positivamente, un acuerdo universal acerca de un ideal compartido por toda la humanidad. Y ese ideal consiste en avizorar un mundo en el que todos y cada uno de los seres humanos obtengan el gozo de la plenitud de sus potencialidades. Ése es o será un mundo justo.

"En función de todo lo dicho hasta este instante -la noción de Derechos Humanos y su relación con los derechos naturales -estamos en condiciones de afirmar que su existencia es algo legitimado no sólo desde el punto de vista del derecho positivo, sino desde la perspectiva del derecho natural. Y entendernos por derecho natural, en el campo en que nos estamos moviendo, los derechos correspondientes a la naturaleza humana, y esos derechos tendrán fundamento precisamente en esa naturaleza." 155

Como afirma el doctor Carpizo "los Derechos Humanos poseen una tendencia progresiva, y su protección, tanto en el ámbito nacional como internacional, se va ampliando irreversiblemente, tanto en lo referente al número y contenido de ellos como a la eficacia de su control. La

(155) Mauricio Beuchot, *Filosofía y Derechos Humanos*, Ed. Siglo XXI, México, 1993, pp. 163-164.

complejidad del mundo moderno ha reafirmado esa progresividad, y la parcela médica no podía permanecer ajena a tal progresividad." ¹⁵⁶

"Resulta curioso constatar que, junto al enorme avance científico en el campo de la medicina, se pudiera producir una situación de indefensión del paciente, que diera lugar al aumento de los casos yatrogénicos, precisamente cuando estamos en condiciones de superar muchísimas enfermedades que antes parecían cimas inalcanzables para la medicina."

" ¿Qué remedio podría haber para esta situación? Han sido precisamente los médicos quienes en sus numerosos congresos, dedicados a esta materia, han formulado algunas directrices para afrontar el inquietante problema. Entre otras, éstas serían las siguientes: "

" Primero. Un mejoramiento de la relación médico-paciente con la finalidad de captar todos los aspectos de las enfermedades en tratamiento. "

" Segundo. No funcionamiento del sistema de historia clínica de machote. Se requieren periodos de libre expresión y dialogo en contacto

(156) Jorge Carpizo, Derechos Humanos y Ombudsman, Instituto de Investigación Jurídicas y Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 1993, pp. 67, 68, 69 y ss.

directo entre el paciente y su médico, con una observación minuciosa de las reacciones del enfermo, haciéndole llegar el interés del médico en el mismo, para despertar su confianza."

" Tercero. Abandonar la prepotencia y la vanidad de considerarse como un ser encima de los demás."

" Cuarto. Espíritu y ánimo investigativos, con la suficiente capacidad crítica para aceptar y corregir los errores propios."

" Quinto. No aceptar, indiscriminadamente, la propaganda de la industria farmacéutica sobre los productos fabricados por ella, en la cual algunas veces los fines comerciales preponderan sobre los científicos."

" Sexto. Otorga mayor importancia, en las facultades de medicina, a los estudios de farmacología, orientándolos para un mejor conocimiento de los mecanismos de acción y los efectos secundarios derivados de los medicamentos, que liberan al médico de la excesiva confianza en la propaganda de los medicamentos."

" A tales efectos, el profesor de la Universidad de Texas, en Dallas, doctor Andrés Goth, ha señalado que los estudios de farmacología en la

práctica de la medicina y la creciente preocupación en torno a las reacciones adversas de muchos medicamentos aconsejarían la ampliación del tiempo dedicado por los médicos a su actualización a estos efectos y una mayor amplitud y calidad de los estudios farmacológicos en las facultades universitarias."

" Frente a todos estos problemas, que inciden extraordinariamente en el campo de la iatrogenia, cabría considerar el respeto a los derechos fundamentales del ser humano, como una parte integrante del concepto más amplio de Derechos Humanos." ¹⁵⁷ Es un deber ineludible de todos los profesionistas, y se cree que en el caso de los médicos esto se acrecienta con relación a la singular posición de garantía que los médicos tienen respecto de la salud de sus pacientes.

El derecho a la vida, el derecho a la integridad corporal, a la lucidez psíquica; a su dignidad, a su libertad, a su privacidad, en definitiva, a su misividad, son bienes que, frecuentemente, depositamos en manos de los médicos, y respecto de los cuales ellos tienen una relación tan estrecha, directa y especial, que adquieren la muy noble y exigente calidad de garantes de los mismos.

(¹⁵⁷) Gregorio Peces Barba, Derechos fundamentales, 3a. ed., Editorial Ariel, Madrid, 1980, pp. 66 y ss.

Creemos entender bien, que la solución del problema de la yatrogenia y los enfermos yatrogénicos se encuentra en un aumento del rigor unitivo, aino también en una adecuada política médica, basada en fundamentos éticos, que tengan su reflejo en una normatividad no represiva aino preventiva.

Pero ocurre que esta tarea no puede ser exclusivamente encomendada a las autoridades, aunque ellas tengan un papel de primer orden en la misma; esa labor se extiende a toda la sociedad, y la sociedad somos todos, por lo que el éxito de la misma dependerá -en muy alta medida- de la capacidad de colaboración de todos, y en ese todo los médicos tienen una parte importante.

Las leyes, por muy perfectas que sean, y muchas veces distan bastante de serlo, necesitan estar enraizadas en la realidad social a la que van destinadas. Una norma jurídica que alcanzará cuotas de alta perfección, jamás podría desempeñar su finalidad adecuadamente si no contará con el ineludible elemento de eficacia sociológica, de ahí que creamos que la regulación normativa solucionaría los problemas; ella es necesaria pero con el aditamento de una convicción social que la respalde y la haga efectiva.

3.5 RETOS Y PERSPECTIVAS DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL MEDICO.

No es frecuente que los abogados se reúnan con los médicos para discutir, en el seno de los cuerpos doctrinarios, las diversas facetas que inciden en la práctica de la medicina desde el punto de vista jurídico;

Se ha analizado los por menores de la responsabilidad.

No obstante, es muy rara la vez en que puede exigirse responsabilidad a un médico, precisamente por responsabilidad técnica, tal como lo expone el licenciado Quijano Baz, quien representando a la Barra Mexicana del Colegio de Abogados, elaboró un interesante análisis sobre la responsabilidad legal de médico, presentado en el Foro Trinacional "El Ejercicio Profesional del Médico ante la Apertura Comercial", organizado, en noviembre de 1993 por la Secretaría de Salud.

Esto se debe, en primer lugar, a que la medicina es una ciencia en constante evolución y, sobre todo, porque aún cuando se conozcan las causas de las enfermedades, siempre existirá el factor de reacción

individual de cada enfermo, infinitamente variable e imposible de ajustar a normas homogéneas de atención.

Es precisamente ese factor el que convierte ahora y siempre a todo tratamiento, aun el más rigurosamente exacto, en un azar aunque, desde luego, la permanente actualización del médico, la práctica y la habilidad, pueden disminuir las posibilidades de iatrogenia

Se quiere destacar que en México, como en cualquier parte, los casos más graves de iatrogenia son aquellos en los que no se ha empleado la terapéutica adecuada a consecuencia de un diagnóstico equivocado, por negligencia o impericia. Sin embargo, son precisamente los que menos veces han dado origen a las cuestiones de responsabilidad. Se lo dice quien tiene bajo su responsabilidad de un mecanismo para la emisión de opiniones técnicas, que ha sido la respuesta administrativa a dichos casos. La razón resulta obvia: el enfermo o su familia no suelen enterarse de que el diagnóstico es exacto o equivocado, además de que, como no tienen acceso al expediente clínico, aceptan lo que el médico les dice y, por lo tanto, juzgan el fracaso del tratamiento conforme a la gravedad o incurabilidad de las lesiones o padecimientos del enfermo, y muy pocas veces como consecuencia de un posible error de diagnóstico.

Ahora bien, supongamos que el enfermo y sus familiares no sólo sospechan sino que tienen la certeza de que el médico ha procedido con impericia. ¿Quién será, entonces, capaz de medir, juzgar y castigar su culpa? Pudo haber equivocación en el diagnóstico o error en la ejecución del tratamiento, pero ¿hasta dónde alcanza la responsabilidad al médico?

Es evidente que en esta posible responsabilidad intervienen factores de diversa índole que van desde una posible mala elaboración de los medicamentos o deficiencia del material empleado en actos quirúrgicos; un inadecuado mantenimiento del equipo instrumental de cirugía; intervención de ayudantes, enfermeras, técnicos laboratoristas, residentes, etcétera.

Algunos abogados estiman que, si el médico ha procedido de buena fe y dentro de los mínimos de capacidad de preparación profesional, es muy difícil, en rigurosa justicia, exigirle responsabilidad por perjuicios causados al enfermo, derivados de la insuficiencia, real o aparente, de su actuación. Sin embargo, en nuestra opinión, México no necesita hablar de mínimos, cuando se encuentra dentro de la zona internacional de comercio más grande del mundo. Debe buscar, en cambio, hablar de estándares homogéneos de calidad de sus profesionales de la salud,

cumpliendo escrupulosamente con la Lex Artis de su profesión, entendida como los criterios valorativos de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la especialidad, de la complejidad y trascendencia vital del acto, así como la influencia de otros factores endógenos y exógenos.

También se ha llegado a sugerir que la responsabilidad médica sólo se dan en los casos en que se ha procedido con intención dolosa o mala fe. Es evidente que, en tales circunstancias, nadie defendería una conducta catalogada como típicamente delictiva. En efecto, si con dolosa intención, un médico daña a uno de sus enfermos, comete un delito que lo coloca en el campo de la responsabilidad criminal, ajeno al de la responsabilidad profesional.

Desde el punto de vista penal, la responsabilidad de los médicos se define en la misma Ley de Profesiones, la que establece que los delitos que cometan durante su ejercicio serán castigados por las autoridades competentes bajo los preceptos del Código Penal.

En lo particular, el artículo 228 del Código Penal para el Distrito Federal establece que los profesionales, técnicos y auxiliares serán

responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión. Este precepto dispone para ellos que, además de las sanciones fijadas para los delitos consumados, en los intencionales o en los cometidos por imprudencia punible, se le aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de su profesión, suspensión definitiva en caso de reincidencia, y que estarán sujetos a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares, cuando éstos obren bajo sus instrucciones.

El Código Penal establece que "obra dolosamente el que, conociendo los elementos de tipo penal, o previniendo como posible el resultado típico, quiere o acepta la realización del hecho descrito por la ley", y que "obra culposamente el que produce el resultado típico, que no previó, siendo previsible, o previó confiando en que no se produciría, en virtud de la violación a un deber de cuidado, que debía y podía observar según las circunstancias y condiciones personales".

El médico puede, desde luego, cometer delitos dolosos e intencionales, pero lo común es que los realice de manera culposa debido a la imprudencia, la negligencia o la impericia. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido jurisprudencia en el sentido de que:

"La responsabilidad penal derivada de culpa o imprudencia debe probarse, pues por cuanto a ella la ley no consigna ninguna presunción iuris tantum, como sucede tratándose de delitos intencionales."¹⁵⁸

Es prueba idónea, tanto para las responsabilidades penales como para las civiles, es la de los dictámenes de peritos. Y tanto es así, que la Ley de Profesiones, en su artículo 34, dispone que cuando hubiere inconformidad por parte del cliente con respecto al servicio realizado, el asunto se resolverá mediante un juicio de peritos, ya sea en el terreno judicial, como en el privado, si así lo convinieran las partes.

Dicho artículo establece que, para emitir su dictamen, los peritos deberán tomar en cuenta las circunstancias siguientes:

a) Si el profesional procedió correctamente dentro de los principios científicos y técnicas aplicables al caso y generalmente aceptados dentro de la profesión de que se trate.

(158) "Jurisprudencia 133", de la H. Suprema Corte de Justicia de la Nación, publicada en el Apéndice del Semanario de la Federación, 1917-1985, Segunda Parte, Primera Sala, p. 273, bajo el rubro: "Imprudencia, delitos por prueba de la responsabilidad."

b) Si el mismo dispuso de los instrumentos, materiales y recursos de otro orden que debieron emplearse, atendidas las circunstancias del caso y el medio en que se presta el servicio.

c) Si en el curso del trabajo se tomaron todas las medidas indicadas para obtener un buen resultado.

d) Cualquiera otra circunstancia que en el caso especial pudiera haber influido en la deficiencia o fracaso del servicio prestado.

En virtud de que la prueba pericial es la que debe rendirse para determinar precisamente la calidad del servicio prestado por el médico y, por lo tanto, su responsabilidad tiene que asegurarse la probidad y calidad de ésta, sobre todo en los juicios penales en los que se imponen penas de prisión y de suspensión del ejercicio profesional y se obliga a la reparación del daño causado.

Tomando en cuenta dichas circunstancias, y en virtud de los hechos que a continuación se narra, el Gobierno Federal ha adoptado una serie de medidas específicas en la materia.

En noviembre de 1988, una persona fue ingresada en un hospital de urgencias de la ciudad de México por una herida de bala en la cabeza. Se le intervino quirúrgicamente en forma satisfactoria. Durante el periodo postoperatorio, médicos residentes aparentemente descuidaron la atención del paciente y, como resultado, contrajo una infección cerebral aguda que le causó incapacidad permanente. Exacerbado el ánimo del padre del enfermo, decidió prestar una denuncia penal en contra de los residentes, la que promovió por todos los medios a su alcance e, indebidamente, un fin de semana, miembros de la Policía Judicial detuvieron injusta y arbitrariamente al personal médico supuestamente responsable de las lesiones causadas, retirándolos, con abuso de fuerza, de sus lugares de adscripción, procedimiento con el que afectaron el servicio médico correspondiente.

Vistos estos abusos, el gremio médico externó su preocupación al Presidente de la República, licenciado Carlos Salinas quien, a su vez, instruyó al Secretario de Salud y al Procurador General de Justicia del Distrito Federal, a fin de que se pusieran en práctica los mecanismos de colaboración entre dichas dependencias con el propósito de que la Secretaría de Salud, a petición de la Procuraduría, emitiera una opinión técnica científica en aquellos casos en los que profesionales y técnicos de las disciplinas de la salud se vieran involucrados en averiguaciones

previas relativas a las hipótesis legales que prevén los artículos 228 y 229 del Código Penal que, como ya vimos, se refieren a la responsabilidad profesional.

Como consecuencia, en abril de 1989 se firmaron las Bases de Colaboración entre la Secretaría de Salud y la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, de las que surgió un compromiso moral para la Procuraduría en el sentido de que no se girarían órdenes de aprehensión en los casos de responsabilidad profesional médica mientras no existiera opinión técnica de la Secretaría de Salud, con el fin de garantizar, de este modo, el legal ejercicio de la práctica médica.

Con posterioridad, en mayo de 1990, se suscribieron bases de colaboración similares entre la Secretaría de Salud y la Procuraduría General de la República, para los delitos del orden federal o cuando estén involucrados servidores públicos. Es importante destacar que, en ambos instrumentos consensuales, se dio participación a la Academia Nacional de Medicina.

Con el mismo tenor, en noviembre de 1990 se suscribieron Convenios de Colaboración entre la Secretaría de Salud, el Instituto

Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Posteriormente, buscando elevar la protección del mecanismo de las opiniones técnicas a toda la República, a partir del primer trimestre de 1991 se inició la suscripción de instrumentos de similar naturaleza con los gobiernos de cada una de las Entidades Federativas, en donde las instancias estatales de salud emiten, a solicitud de las procuradurías de justicia locales, las respectivas opiniones técnicas.

Es indudable que, ante la severidad de las leyes punitivas, las "opiniones técnicas" de la Secretaría de Salud han evitado enormes daños a los profesionales que, acusados injustamente, veían peligrar su libertad y buena reputación.

El problema, sin embargo, es que esos acuerdos celebrados no tienen fuerza legal e incluso pueden desaparecer en cualquier momento o ser sustituidos por otros acuerdos que los revocan.

En efecto, formalmente, la opinión técnica es un mecanismo administrativo que desde el punto de vista material se podría equiparar al peritaje aunque, normativamente hablando, es un instrumento que no está

reconocido por ley alguna, ni sustantiva ni adjetiva. Como consecuencia, la opinión técnica en el proceso penal puede tener valor probatorio, por su naturaleza administrativa, pues sólo genera para el juzgador un indicio técnico y, asimismo, estará a su arbitrio la posibilidad de llamar a la causa a los profesionistas que elaboraron la opinión técnica, conformando una junta de peritos, cuyas consideraciones se desligarían de la opinión técnica, lo que si está previsto en la ley y tiene valor probatorio pleno.

Se quiere para una mayor comprensión, expresar a ustedes algunas características adicionales de la opinión técnica.

Se genera única y exclusivamente en la etapa de la averiguación previa, una vez que los médicos involucrados han rendido su declaración ministerial y el agente del Ministerio Público ha solicitado la intervención de los peritos oficiales, integrándose al expediente respectivo.

Es de solicitud obligatoria para las diversas procuradurías de justicia y también de emisión obligatoria para la Secretaría de Salud y demás instancias competentes, en vista del compromiso institucional.

Debe considerarse no vinculatoria, puesto que el sentido de la opinión técnica no es determinante del ejercicio de la acción penal, y

sierva como elemento de convicción para el Ministerio Público. El principio rector que les otorga su validez moral consisten en desvincular el resultado del peritaje oficial de las conclusiones contenidas en las opiniones técnicas y de esta forma de establecer la convicción de los hechos históricos que integran la averiguación previa, indispensable para la decisión del ejercicio de la acción penal.

Es de carácter impersonal, puesto que la suscribe el titular de la institución emisora y no los médicos que estudiaron el asunto.

Finalmente, la falta de su emisión no determina la validez de la integración de la averiguación previa.

Ahora bien, el mecanismo que se ha establecido para la expedición de las opiniones técnicas es el siguiente:

Una vez iniciada la averiguación previa, a instancias de la representación social que conoce de los hechos, se requiere a la Secretaría de Salud, por conducto de la Dirección General de Asuntos Jurídicos, para que designe a la institución médica que, previo estudio de las principales constancias que integran la indagatoria en cuestión, emita la correspondiente opinión respecto a la denuncia; la declaración

ministerial de los presuntos responsables con relación al fondo del asunto; así como sobre el expediente clínico y la técnica empleada en la atención médica objeto de la denuncia.

Con la solicitud se acompañan todos los elementos documentales que permitan al emisor de la opinión realizar su dictamen.

Una vez elaborada la opinión técnica, ésta es remitida por la unidad hospitalaria correspondiente, junto con los antecedentes, a la Dirección General de Asuntos Jurídicos para que por su conducto se haga llegar a la representación social oficiante.

Como para cualquier iniciativa novedosa, la experiencia nos ha mostrado que el mecanismo de la opinión técnica tiene aún algunos vicios, dentro de los cuales podemos destacar los siguientes:

Es común que los peritos oficiales, que normalmente dan su peritaje con posterioridad, no vayan en contra de lo establecido en la opinión técnica, lo cual demerita su sentido, puesto que se ideó como un mecanismo que brindará un elemento de valor adicional para que el Ministerio Público determinará el ejercicio de la acción penal.

Los agentes del Ministerio Público han considerado a la opinión técnica como un proceso dilatorio innecesario.

Algunas instituciones de salud también la han considerado como un trámite burocrático que sobrecarga su capacidad instalada, dado que tienen que distraer a su personal.

Es común que los agentes del Ministerio Público soliciten a la Secretaría de Salud que en la misma opinión técnica se precise si el indiciado es responsable o no del delito que motiva la averiguación, lo cual es incorrecto por ser una función exclusiva del juzgador.

En ocasiones, el Ministerio Público fundamenta el ejercicio de la acción penal en los resultados de la opinión técnica, lo cual, además de ser incorrecto por no ser un requisito legal de precedibilidad, ha ocasionado que algunos abogados astutos soliciten al juez la ratificación del titular de la institución emisora de la opinión técnica, que es quien la firma. Es por lo que dicha persona se ve imposibilitada, porque no conoció los hechos y no la emitió en forma personal, con lo que el juez seguramente procederá a desechar la denuncia.

No obstante lo anterior, grandes han sido las ventajas que se han obtenido, dentro de las que podemos destacar la garantía de que tanto el agente del Ministerio Público como el juez cuentan con la opinión técnico-científica de un especialista en la rama de la medicina que corresponda, lo que normalmente no se logra con el dictamen de los médicos legistas, circunstancia respecto de la cual su especialidad es precisamente la medicina legal solamente. Asimismo, en su práctica profesional, el médico sabe que, en caso de que se le acuse de mala praxis, los elementos técnicos del caso específico serán analizados por un grupo de expertos y valorados por las instituciones de salud del más alto prestigio nacional.

En otro contexto, recordemos que México ha ingresado ya al grupo de las naciones que sostienen su política económica en la apertura comercial, en la que la globalización de las economías mundiales es el eje rector. Como consecuencia de la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio se han realizado un sin número de ejercicios dirigidos al análisis del marco en que el intercambio comercial entre las naciones de América del Norte se desarrollará en forma común; el sector de la salud no escapa a este análisis, aunque en el establecimiento de políticas de salud y de control sanitario, así como normativas, no habrá en lo general para México un impacto directo.

Como una de las ventajas potenciales del TLC, se ha identificado el establecimiento de un mercado común de servicios médicos que implicaría la libre movilidad del consumidor y de recursos diagnósticos transfronterizos, la movilidad temporal del personal médico entre los países, el aumento en la importación de tecnología médica, y se avizora la presencia en México de los proveedores extranjeros de servicios médicos.

En efecto, una de las más importantes consecuencias para el ejercicio profesional del médico, será la posibilidad del intercambio transfronterizo de servicios, aunque debemos recordar que los médicos Norteamericanos y Canadienses, así como cualquier otro extranjero, a partir de enero de este mismo año, pueden ejercer en nuestro país cualquiera de las profesiones reguladas por sus leyes, siempre que éstos cumplan con los requisitos que para el efecto se establecen.

El gremio médico debe preocuparse por que en México no se desarrolle el fenómeno adverso que ocasiona graves problemas al sistema judicial norteamericano. Nos referimos al excesivo abuso de acciones jurídicas en contra de los médicos y, en general, de los diversos profesionales de la salud. Se quiere citar como referencia algunos datos

que el representante jurídico de la Asociación Médica Americana presentó en nuestro foro trinacional. Se dice que alrededor del 40% de los médicos será demandado alguna vez en los Estados Unidos por negligencia médica durante su carrera, aunque alrededor del 60% será exonerado. En los casos de negligencia médica, el costo promedio del veredicto contra los médicos se estima en 180 000 dólares, aunados a los costos de tribunal, honorarios y gastos de abogados y peritos, que bien pueden ser otros 100 000 dólares, o más.

Deseamos que tomemos en cuenta que el ejercicio de las especialidades en los Estados Unidos de América y en el Canadá, es reconocido por instituciones gremiales que cuentan con una acreditación oficial y desarrollan sus actividades dentro del marco de una legislación específica, regida por organismos denominados Boards, los cuales certifican la calidad de los profesionistas y de los especialistas mediante la práctica de exámenes periódicos.

En México, como ustedes saben, para que los profesionistas desarrollen su profesión en el contexto de la legalidad, es necesario que obtengan un título y una cédula profesionales expedidos por las autoridades educativas. Como se aprecia, los órganos gubernamentales se reservan el derecho de regular el ejercicio de las profesiones. En

cambio, las especialidades de las disciplinas de la salud son reconocidas en su mayoría por organismo no gubernamentales, dotados sólo de valor moral, denominados consejos de especialidad, cuyas certificaciones, desde luego, no son obligatorias. Esta situación nos coloca en una franca desventaja frente a nuestros vecinos y socios comerciales, porque mientras los médicos mexicanos deben acreditar en los otros países una serie de procedimientos obligatorios para el ejercicio, tanto de su profesión como de su especialidad, los extranjeros no tienen obligación alguna de hacerlo en México.

El reto consistirá, entonces, en dotar a estas entidades de un reconocimiento jurídico idóneo que les permita mantener su autonomía y vigilar el ejercicio de las especialidades médicas.

Con toda honestidad debemos afirmar que los procedimientos jurídicos derivados de la normatividad vigente carecen en la práctica de efectividad para que las víctimas de la mala praxis sean equitativamente compensadas mediante una retribución económica, puesto que los procesos judiciales son generalmente prolongados y costosos.

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA

4.1 CONCEPTO GENERAL DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DE URGENCIA.

Se sabe que sólo recientemente los Servicios de Urgencia han empezado a asumir su propio papel de suministrar cuidados médicos completos en los Estados Unidos a un público merecedor y exigente. Es evidente que el público, 204 Millones en la actualidad, comienza a demostrar una apetencia que parece insaciable de unos más y mejores cuidados médicos durante todo el día y durante cada día. La legislación Federal ha sido un instrumento para saciar este servicio.

El gobierno está con la medicina porque el público lo quiere y los legisladores, para ser elegidos y continuar en su gabinete, deben hacerlo. El médico en particular y la profesión médica en su conjunto están envueltos en un amplio movimiento nacional, ahora apoyado por la ley, encama a asegurar una adecuada asistencia médica con un derecho natural del ciudadano. Se ha declarado que cada ciudadano tiene derecho a la vida, a la libertad, y a buscar la felicidad, y se ha alegado que estos

objetivos no pueden obtenerse sin salud. Ciertamente, la mayoría de las veces es cierto. En la sociedad equilibrada que estamos luchando por conseguir, el médico es un importante coadyuvante al esfuerzo de desarrollar una nación de ciudadanos sanos. Sin duda, es una necesidad urgente la provisión de unos servicios médicos de urgencia en todo momento de una forma efectiva y de fácil acceso. Las enfermerías y dispensarios de antaño han sido tan buenas como podían, los también llamados departamentos de urgencias o de accidentes están desapareciendo rápidamente. El objetivo actual se dirige a un concepto de cuidados médicos de urgencia en todas sus facetas, que pueden suministrarse al público en todo tiempo y en cualquier lugar. Pensar sólo en la provisión y en la mejora de los servicios de urgencia y traumatología existentes en ver sólo el problema superficial. Es posible una gran mejora en el destino y eficacia operacional de estas zonas, y es deseable y necesaria, pero tales mejoras solas no son las adecuadas. Las necesidades y demandas del público se extienden aparentemente no sólo desde la infancia hasta la (vejes), sino también desde el hogar al hospital, desde el trabajo al hospital, desde el lugar de vacaciones al hospital, desde cualquier lugar en que pueda recibir los servicios sanitarios deseados o necesarios. Evidentemente estos cuidados sanitarios son los ideales, pero es obligatorio que se desarrolle un concepto ordenado de suministro de servicios sanitarios, cuando, donde y a quien los necesite.

Es interesante decidir hasta dónde llega una urgencia y aún más ¿quién determina si nos enfrentamos o no con una urgencia médica? Una ligera pero continua hemorragia nasal a las 3 de la madrugada es una urgencia para el enfermo, pero ¿justifica la llamada del médico o de su ayudante? Generalmente, pero ¿qué ocurre si el enfermo es artrítico o permanece en cama, si está algo bebido, insultante, ofensivo, e incluso amenaza si no se le proporciona la asistencia médica? Hasta hace poco la filosofía profesional del servicio de urgencia consistía en tratar a los enfermos que llegaban, posponer el tratamiento de los enfermos menos graves hasta el nuevo día, y llamar a la policía siempre que fuera necesaria. Con demasiada frecuencia la actitud de la administración ha sido: "Perdemos dinero en esta operación de todos modos: utilizar internos residente para cubrirlo, devolver al enfermo a su casa si se puede nuestras camas están llenas". Evidentemente, esta posición es variable dependiendo de si el hospital es Municipal, Universitario o Comunitario. En el análisis final, todos deben compartir la responsabilidad.

Se ha planteado la cuestión de qué constituye una urgencia y en muchos casos la respuesta es obvia. Siempre queda el hecho de que es una urgencia si el enfermo lo cree. Alguien que sea miembro de un equipo de cuidados sanitarios debe establecer el diagnóstico y luego iniciar la acción necesaria para tratar la urgencia o utilizar la destreza y la delicadeza necesaria para disipar los miedos imaginarios al enfermo. No es raro juzgar erróneamente los servicios de urgencia de un hospital que está saturado de enfermos que sufren todo tipo de traumatismos. Las circunstancias varían en cada hospital, pero en general el servicio de urgencias ha llegado a ser una especie de clínica familiar. Al llegar la especialización de los médicos, al no disponer del médico general, el servicio de urgencias se ha convertido en el refugio de todos los que tienen un accidente o enfermedad por la noche, durante unas vacaciones y en un fin de semana. En resumen, estos problemas pueden abarcar cualquier especialidad: Cirugía, medicina, pediatría, obstetricia, ginecología, medicina física y rehabilitación, o psiquiatría. El enfermo puede ser o no ambulatorio. El alcance de la sala de urgencias se considera que es de un mayor objetivo y su nombre debe reflejar un concepto más amplio. Es aquí donde el enfermo aturdido que busca cuidados médicos en cualquier momento puede encontrar una respuesta a su problema. Debe disponerse de información telefónica; en ciertas circunstancias debe ser posible la visita del hogar por parte de médicos o

de ayudantes sanitarios. Cuando sea necesario se dispondrá asimismo de un servicio de ambulancias con personal adiestrado y equipo especializado. El centro comunitario de servicios sanitarios está reemplazado al viejo y ya pasado de moda departamento de enfermos ambulatorios y está combinando sus actividades con las de un departamento de un servicio de urgencias. La responsabilidad inicial del personal será seleccionar a los pacientes conforme vayan llegando.

El enfermo con una afección quirúrgica grave debe prepararse inmediatamente para la intervención; el paciente agitado, con una alteración mental se aislará en una zona adecuada y se dará tratamiento psiquiátrico correcto. Los médicos orientados a la práctica familiar y al servicio de urgencias no sólo tratarán al enfermo sino que tomarán en consideración toda la familiar y su medio socioeconómico. En relación a su organización el centro comunitario de servicios sanitarios será un componente principal del hospital con su propio director médico y personal profesional y administrativo. El director médico será el responsable de su propio presupuesto y de los programas docentes y de capacitación de personal. En el hospital universitario, los internos residentes y personal sanitario auxiliar recibirán una parte importante de su experiencia práctica de médico familiar en el centro comunitario sanitario. La estructura organizativa del personal profesional será la de

una laxa federación de disciplinas médicas, que persigan programas de atenciónes medicas interrelacionadas, orientadas a la familiar como unidad y a la predicción y prevención de la enfermedad así como a su diagnóstico y tratamiento. En la ciudad, y quizá también en las zonas rurales, el centro comunitario de servicios sanitarios funcionará con un punto de referencia de muchos centros primarios o de la vecindad. Entonces, esto comprenderá un sistema dirigido a cubrir las necesidades de los cuidados médicos habituales y de urgencia.

El servicio de urgencias está mejor considerado como un lugar especial dentro del hospital en el que un equipo médico bien adiestrado, que maneja material y técnicas especializadas, está preparado para tratar la urgencia. Es mejor considerarlo como un departamento de medicina familiar de urgencia. Debe estar en lugar fácil de acceso para las ambulancias; debe ser autosuficiente respecto a la realización de análisis de laboratorio primordiales, departamento de rayos X y abastecimiento central. La tendencia actual es considerar los servicios de urgencia como una especialidad y dotar al departamento con personal adecuado.

Sin embargo, el servicio de urgencias es sólo un punto final. El tratamiento adecuado de la urgencia debe empezar mucho antes con un plan que garantice el acceso a los servicios médicos, cuando, donde, y a

quién sea que los necesite. Esto supone un sistema de comunicación que abarque el teléfono y el transporte con ambulancia o helicóptero. Debe cubrir las visitas a domicilio y precisa el desarrollo de un centro comunitario de servicios sanitarios y centro de cuidados primarios. Es preciso concebir un sistema que proporcione asistencia médica debe darse con eficacia, cortesía y de modo continuo en ambientes acordes con los deseos de un público alentado por legislador es a pesar de tales cuidados están respaldados por la ley del país. Actualmente es tarea de legisladores proporcionar los medios por los que pueda realizarse este monumental plan, y es tarea del personal médico y de sus auxiliares prepararse no sólo para ofrecer la habilidad médica necesaria para conseguir esta misión, sino también presentar al público una actitud convincente de que acepta de forma grata y vehemente esta obligación como su razón de existir.

4.2 UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA Y DEL PERSONAL PARA EL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS.

"Se ha hecho evidente a todo el mundo que durante los 15 a 20 últimos años hay una modificación del papel de los viejos servicios de accidentes de años anteriores. Muchos hospitales se han agrandado, rediseñado y ha aumentado el personal y equipo, de forma que ahora el 75% de todos los hospitales de los Estados Unidos" ¹⁵⁹ tienen un departamento de urgencias que servirá, probablemente, de forma más adecuada a un número creciente de enfermos que acuden al departamento de urgencias cuando buscan cuidados médicos.

"La guía anual de HOSPITALES, el diario oficial de la American Hospital Association muestra que entre 1962 y 1969 el número medio de las visitas al departamento de urgencias en un hospital comunitario aumentó en un 64%." ¹⁶⁰ Esto supone un aumento de un 8% anual. Hay muchas razones para este incremento, pero las principales de entre ellas son la no disponibilidad de médico generales en la vecindad, la búsqueda por el público de técnicas nuevas en el cuidado de los enfermos, y la confianza pública en los hospitales.

"El servicio de emergencia está llegando a ser el centro comunitario de salud. El hospital debe recibir a todos los que a él acuden las 24 horas

¹⁵⁹ - Hospital statistics. Annual guide issue, Hospitals 44; 494, 1970.

(¹⁶⁰) Hospital statistics. Annual guide 44; 468, 1970.

del día. Además mientras que la mayoría, sino todos, los enfermos tenían anteriormente problemas agudos, ahora a través de todo el país sólo el 40 a 50% de los pacientes vistos en el departamento de urgencias se caracterizan por presentar verdaderas urgencias." ¹⁶¹

"Sin embargo, la Joint Commission on Hospital Accreditation comprende que en la actualidad no todos los hospitales pueden ofrecer cuidados óptimos de urgencia. Ni se espera que todos los hospitales proporcionen tal servicio. La Comisión reconoce además que es decisión del hospital conocer su capacidad para proporcionar tal servicio. Sin embargo, si un hospital se lanza a ofrecer cuidados médicos de emergencia, la Comisión insiste en que tales cuidados deben ser de buena calidad y cubrir un mínimo de requerimientos" ¹⁶², y que los servicios proporcionados en el servicio de urgencias deben basarse en los mismos patrones de asistencia que los previstos en las demás zonas del hospital. Por tanto, han sido definidos los patrones de los servicios de urgencia. Se han sugerido de forma general cuatro categorías:

(¹⁶¹) Kennedy, R.H.: What Is Wrong with Emergency Departments, Rochester Forum on Emergency Health Services, Rochester, N.Y., June 18, 1970.

(¹⁶²) Standards for accreditation of hospital, plus provisional interpretations. Joint Commission on Accreditation of hospitals. Oct. 1969, p. 46

"I.- Unos servicios de emergencia mayores combinados con una unidad de traumatología en el hospital que pueda ofrecer una plena capacidad de urgencias en todas las zonas. Tales son los centros médicos que tienen también actividades de investigación y programas avanzados de formación."

" II.- Servicios de urgencias formados por médicos y enfermeras con funcionamiento las 24 horas, adecuadamente equipados y que tienen cubiertas las especialidades capaces de proporcionar una asistencia superior a casi todos los tipos de urgencias. "

" III.- Cuidados mínimos de urgencia, consistentes en equipo de primera asistencia, personal y una zona para las urgencias ambulatorias, pero que no es un departamento de urgencias en el sentido estricto de la palabra. Después de la primera asistencia, los enfermos se transfieren a un centro de la categoría I o II. "

" IV.- Servicios de reanimación con equipo de enfermeras adecuados para proporcionar los cuidados iniciales antes de enviarlo a una categoría I o II. Esta asistencia (categoría IV) se encuentra en los pequeños

hospitales, hospitales de tipo especial y núcleos con aglomeraciones humanas, en número considerable." ¹⁶³

"Al aumentar de forma continua el número de enfermos que acuden a la categoría I y II, es evidente que la mayoría de departamentos de urgencia son aún demasiado pequeños, con personal adecuado y mal equipado para cubrir esta progresiva utilización. La asistencia en la reanimación es inadecuada, el personal y los ayudantes están formados de manera inadecuada y se asigna personal aún menos capacitado en las noches y en los fines de semana." ¹⁶⁴

"Aunque los recursos locales y sus necesidades dictarán la política de empleo de personal, deben proporcionarse los servicios y equipo suficientes para cubrir las necesidades presentes y previstas. También debe disponerse a todas horas en el Departamento de urgencias de enfermeras competentes y de personal paramédico adecuado." ¹⁶⁵

¹⁶³ - Bouzarth, W.F.: Suggested Categorizations System of Emergency, Committee on Emergency Facilities. Philadelphia County Medical Society, Philadelphia, pag. 2.

(¹⁶⁴) Community-Wide Emergency medical services recommendations by the committee on acute medicine of the American Society of Anesthesiologists. J.A.M. A204, 600, 1968 (Vol. 204 N. 7, 595-602).

(¹⁶⁵) Standars for accreditation of hospitals plus provisional interpretations. Joint Commission on accreditations of hospitals, Oct. 1969, p. 46.

"La gran variabilidad de la gravedad, urgencia y fluctuación en los enfermos provocan también muchos problemas de excesiva utilización de la mayoría de servicios y de personal disponibles. Con frecuencia existe el problema de espera y retraso excesivo y de ingresos demasiados prolongados. En la mayoría de departamentos de urgencia es preciso desarrollar las vías que proporcionen una atención rápida y faciliten el tránsito de enfermos. Una forma de conseguirlo es separar a los enfermos de en "urgentes" y "no urgentes", y dirigir cada uno de estos grupos en zonas separadas. Recientemente algunos hospitales han proporcionado ya estas zonas en su departamento de urgencia, mientras que otros utilizan sus servicios ambulatorios para los enfermos no urgentes, lo que significa que las clínicas deben tener abierto más tiempo debido a que los momentos punta de sobrecarga de enfermos son las últimas horas de la tarde. Tal preparación supone una rápida valoración preliminar de los pacientes por parte de un seleccionador, que debe ser preferentemente un médico pero que puede ser una enfermera especialmente formada en esta selección." ¹⁶⁶

PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS

(166) Weirnerman, E.R., and Edwards, H.R. Triage System shows promise in management of emergency department load, Hospital. 38: 55, 1964.

ENFERMERAS TITULADAS

"Debe estudiarse la responsabilidad y cualificación de las enfermeras tituladas, y se evitará el relevo frecuente. La enfermera no debe sobrecargarse con detalles administrativos y burocráticos. En la selección debe tomarse en consideración, además de un interés manifiesto en el trabajo en un departamento de urgencias, su capacidad y formación especializada. Entre los atributos deseables en una enfermera de urgencias deben haber: "

- " 1.- Disfrutar con las situaciones de urgencia.**
- 2.- Establecer fácilmente la colaboración con los enfermos.**
- 3.- Poder y querer tolerar un desacostumbrado exceso de trabajo.**
- 4.- Tener capacidad de pensar y responder rápida y racionalmente.**
- 5.- Poseer la competencia y el interés de enseñar a los colaboradores. "**

" La selección tomará también en consideración el aprendizaje en habilidades específicas adecuadas, como lo es la utilización de la reanimación y el equipo de monitores, tratamiento intravenoso, etc. Por

tanto, una enfermera o un auxiliar con aprendizaje especial en el tratamiento de los enfermos alterados está siendo cada vez más necesario en el departamento de urgencia que reciban muchos de estos enfermos." ¹⁶⁷

ENFERMERA JEFE

"Para el funcionamiento eficaz del departamento de urgencias es necesaria la enfermera jefe o supervisora de las enfermeras, que sea responsable de la coordinación de las actividades y de la utilización de todo el personal paramédico y de enfermería. Debería haber pasado por todas las situaciones del departamento de urgencias y estar familiarizada con todos los aspectos de la asistencia médica de urgencia." ¹⁶⁸

MENSAJERO

"Durante las horas punta, algunos departamentos de urgencia pueden estar lo suficientemente atareados para necesitar un servicio de recados. En este sentido lo adecuado es un mensajero especialmente

¹⁶⁷ - H. D. Cain. Urgencias Médicas de Flint, primera edición, Ed. Interamericana, México, 1987, pág. 324.

¹⁶⁸ - N R E Fendall, Las Auxiliares en el cuidado de la Salud, segunda edición, Ed. Ateneo, Buenos Aires, 1990, pag. 151.

asignado al departamento. En algunos hospitales voluntarios, pero generalmente se limitan al turno de día." ¹⁶⁹

TÉCNICO EN RADIOLOGÍA

"Un departamento de urgencias moderno, según su destino y localización en el hospital, debe tener una asistencia radiológica inmediata, tanto si es contigua como el propio departamento. Ello supone que deben haber técnicos en radiología, especialmente entrenados en los estudios radiológicos de urgencia, durante las 24 horas del día." ¹⁷⁰

TÉCNICOS DE LABORATORIO

"La situación ideal de los estudios de laboratorio urgentes obliga a la existencia de personal de laboratorio como parte integrante del departamento de urgencias. Sin embargo, muchas veces no es práctico. Mientras que algunos departamentos de urgencias tienen una capacidad limitada para efectuar sus propios recuentos sanguíneos, análisis de orina, etc., sólo unos pocos, como son los centros con unidades de investigación traumatológica, tienen la capacidad de realizar estudios

¹⁶⁹ - N R.E., Fendall, Ob. Cit., pág. 155.

¹⁷⁰ - Ibidem, pág. 156.

sanguíneos más sofisticados. La mayor parte se realizan en los servicios de laboratorio de hospital. Con frecuencia estos servicios están reducidos las horas fuera de trabajo y en los fines de semana, En el departamento de urgencias, que recibe a todos los que van a él, debe disponerse del laboratorio durante las 24 horas para realizar la mayoría de los análisis como son los electrolitos, gases sanguíneos, y transfusiones sanguíneas que están directamente relacionados con la asistencia urgente a los enfermos. Por tanto, es un requerimiento básico proporcionar personal y técnicas de laboratorio capaces de responder a las necesidades del departamento de urgencias. Lo ideal es conseguir inmejorables cuidados del laboratorio para una mayor asistencia de urgencias, y debe considerarse como una parte integrante de aquél." ¹⁷¹

SECRETARIA

"El registro de los enfermos es función de la secretaria. No se debe delegar este papel al personal de enfermería no sólo porque la secretaria esta más capacitada para este trabajo, sino que de esta forma las enfermeras se encuentran más libres para participar en los cuidados de los enfermos. El trabajo burocrático supone la iniciación de la ficha del enfermo, la preparación de las peticiones de laboratorio y el

¹⁷¹ - H. D. Cain, Ob. Cit., pág. 330.

mantenimiento de las estadísticas. En el servicio de este departamento, esta zona puede extenderse para abarcar la contabilidad y justificar los servicios de una oficina o una unidad administrativa." ¹⁷²

RECEPCIONISTA

"Ya que el departamento de urgencias es, primero y a veces el único contacto que el enfermo tiene con el hospital, es importante que se le reciba de forma cortés, y atenta. Una recepción amable puede tranquilizar y alejar los temores y la presión del enfermo, de su familia y de los amigos y contribuye materialmente a mejorar las relaciones públicas entre el hospital y la comunidad. Esto es una responsabilidad de cada miembro del personal del departamento de urgencias. Sin embargo, en los grandes servicios puede ser necesaria una recepcionista." ¹⁷³

ASISTENCIA SOCIAL

"Un servicio muy necesario, principalmente en el hospital urbano y en el departamento de urgencias, es un departamento de asistencia social. Muchos enfermos que van al hospital precisan o están recibiendo

¹⁷² - Ibidem, pág. 333.

¹⁷³ - Ibidem, pág. 333.

de alguna forma asistencia pública. Tales enfermos presentan muchos problemas de disposición, cuidados de los que dependen de ellos, etc. Un departamento activo de asistencia social tiene una función valiosísima en este aspecto." ¹⁷⁴

VIGILANTE

"En un asentamiento urbano el departamento de urgencias tiene también necesidad de su propio servicio de seguridad. Con frecuencia hay que llamar al vigilante para mantener el orden y evitar los ataques al personal. Es también un voluntario muy apreciado en el transporte de los enfermos." ¹⁷⁵

ENSEÑANZA EN EL SERVICIO

Una consideración especial en la selección de personal para el departamento de urgencias, es el aprendizaje especializado en los cuidados de urgencias. Con esta finalidad, un servicio importante de urgencias tiene la responsabilidad de enseñar al personal profesional y paramédico con un programa interno de enseñanza. "En la actualidad

¹⁷⁴ - Ibidem, pág. 334.

¹⁷⁵ - Ibidem, pág. 334.

sólo el 10% de los hospitales" ¹⁷⁶ tienen programas de enseñanza para el personal que trabaja en el departamento de urgencias. Tales programas, para ser eficaces, requieren la presencia de médicos asistentes, educadores de enfermeras y otro personal específicamente designado a este fin.

4.3 PROBLEMAS DE LA URGENCIA MEDICA

Estos problemas, inherentes a los enfermos o heridos graves, se plantean cada vez mayor frecuencia a los Médicos de los Servicios de urgencias y particularmente a los anestesistas-reatimadores. La agravación del estado del enfermo por los errores que puedan cometerse, tanto en el primer transporte (efectuado casi siempre por simples particulares) como a ser recibido en el hospital (sala de urgencias con un solo camillero), ha forzado al anestesista a salir del quirófano para atender al enfermo en las salas de urgencia o incluso en el mismo lugar donde se encuentre el enfermo o accidentado.

Los problemas prácticos que esto plantea obliga a los médicos a responsabilizarse en la manipulación y traslado de los enfermos,

(¹⁷⁶) Gray, J.C.: Public Health Survey, Rochester Forum on Emergency Health Services
Rochester, N.Y., June 18, 1970.

debiendo familiarizarse con una serie de técnicas que hasta hace pocos años se tenían como extrahospitalarias.

LA "HORA DE ORO"

"La medicina de urgencia ejerce su mayor impacto sobre el segundo pico de fallecimientos, durante los primeros minutos u horas tras el traumatismo original. Los pacientes que no fallecen de forma inmediata pueden ser tratados en el contexto prehospitalario y en el departamento de urgencia. La rápida valoración y la reanimación que se lleva a cabo en la fase prehospitalaria y en el departamento de urgencia durante estos primeros minutos constituye la "hora de oro" de la medicina de urgencia."

177

PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO VITAL EN LOS TRAUMATISMOS IMPORTANTES (ATLS)

"Se ha desarrollado un programa dentro de escritorio y que por lo tanto no se ha llegado a la práctica de éste y que es muy recomendable para todos los médicos que tienen contacto con pacientes traumatizados.

En este momento se hará hincapié en varios de los principales elementos del programa ATLS:"

" 1.- VALORACIÓN INICIAL. Para identificar los problemas potencialmente fatales. Cuando se identifica un problema potencialmente fatal en la valoración inicial, el tratamiento se inicia de forma inmediata. Se denomina "examen primario" y constituye una valoración de cinco puntos básicos."

- " - Vía aérea, con control de la columna cervical (c).**
- Respiración.**
- Circulación, control de la hemorragia.**
- Incapacidad: breve examen neurológico.**
- Exposición completa de la piel del paciente, retirando toda la ropa. "**

" 2.- FASE DE REANIMACIÓN. El tratamiento primario de los problemas potencialmente fatales identificados en la valoración inicial continúa en esta fase. Se inicia el tratamiento del shock. También se denomina "fase de la cinco sondas" (sonda endotraqueal nasogástrica, urinaria y dos catéteres IV de gran calibre). Se inicia el control electrocardiográfico. "

" 3.- EXAMEN SECUNDARIO. En esta fase se identifica el resto de los problemas producidos por el traumatismo. Se examina todo el cuerpo, desde la cabeza hasta los dedos de los pies. Este es el periodo de "sondas y dedos en cada orificio". Se realizan pruebas diagnósticas en sangre. Además procedimientos especiales que son necesarios para la valoración completa del paciente, como radiografías simples, radiografías con contraste, tomografía computadorizada (TAC) y lavado peritoneal."

" La fase de asistencia definitiva es el periodo en el que tratan con mayor cuidado las lesiones menos importantes: estabilización y fijación de fracturas, intervenciones quirúrgicas, estabilización del paciente como paso previo a la intervención quirúrgica, hospitalización o transferencia del paciente a algún otro centro donde pueda recibir asistencia médica de mayor nivel. "

" La recogida y manipulación de los heridos o enfermos graves deben ser precedidas por un examen clínico que nos permita hacer una primera valoración de la situación a fin de no agravar el estado del enfermo y no hacer correr un riesgo a los rescatadores. De esta primera medida puede depender la vida de un herido o de un enfermo grave."

" Cada manipulación debe efectuarse movilizándolo al paciente como si fuera una "sola pieza" por un equipo suficientemente numeroso en que los movimientos estén perfectamente coordinados. Como es difícil preparar equipos que trabajen siempre juntos, es necesario asimilar y entrenarse en estas técnicas básicas que precisan de una sucesión de movimientos siempre idénticos, de tal manera que cada miembro del equipo efectúe los movimientos complementarios en el momento preciso."

" La maniobra consiste en colocar al enfermo sobre la camilla sin que él tenga que participar, evitando agravar su estado. Esta movilización debe estar precedida, cuando sea posible y necesario, de una serie de medidas que corresponden a los cuidados que el enfermo necesite: colocarlo en posición lateral, detener la posible hemorragia externa (con presión, vendaje, compresivo), suturar sucintamente una herida o inmovilizar una fractura; eventualmente, colocación de un catéter venoso, intubación traqueal o poner en marcha una ventilación artificial." ¹⁷⁸

LAS CAMILLAS

"La multitud y variedad de camillas y dispositivos de transportes es tal que es muy difícil describir un tipo único de camilla que sea utilizada,

¹⁷⁸ - Ibidem, pág. 334.

tanto por los servicios particulares de ambulancias como por los públicos organizados."

" La unidad enfermo colchón (o cualquier otro instrumento de transporte) debe realizarse en el mismo lugar del accidente y mantenerse hasta la sala de cuidados intensivos o hasta el quirófano, pasando por la sala de rayos x." ¹⁷⁹

LEVANTAR EL SUELO A UN HERIDO

"La camilla debe encontrarse previamente dispuesta para recibir al herido, es decir, abierta, con las cuerdas pasadas a través de las empuñaduras y cubierta con una sábana o, mejor, con un colchón como los ya descritos."

" Las manipulaciones del enfermo deben ser coordinadas por un jefe que dé las órdenes preparatorias y ejecutivas. "

" El herido debe ser movilizado lo menos posible, y el personal dedicado a estos efectos debe intentar mantener el eje cabeza-cuello-

¹⁷⁹ - Ibidem, pág. 336.

tronco en la horizontalidad. En caso de sospecha de fractura del raquis, todas las maniobras deben efectuarse mediante tracción. Es decir, una persona colocada a la cabeza del herido coloca la mano debajo de la nuca y la otra debajo del mentón, mientras una segunda toma al herido por los tobillos y ambos traccionan a través del eje del cuerpo, de forma que la columna se mantenga traccionada."

" Para colocar al enfermo sobre la camilla, generalmente se realiza ésta bajo el herido o se coloca lateralmente al mismo; son necesarios un mínimo de tres personas en caso de que no sea necesaria la tracción y de cuatro si lo es." ¹⁸⁰

TRASLADO DEL HERIDO

"En el transporte en ambulancia de un herido o de un enfermo grave, los cuidados y la vigilancia que deben efectuarse solo los mismos que se realizarían en la cama de un hospital. "

" Intervienen numerosos factores: "

¹⁸⁰ - Ibidem, pág. 337.

"-Limitación del espacio y de los movimientos; "

" -Dificultad para efectuar un examen clínico debido al ruido y a los movimientos; "

" Interferencias en los aparatos de control. "

" El examen clínico debe limitarse al interrogatorio, la inspección y la palpación. La retransmisión de la imagen electrocardiográfica por radio para solicitar consejo es un elemento útil, que en nuestro país no es realizado, evitando por lo tanto la figura del médico relacionado con el paciente dentro de la ambulancia."

" El elemento fundamental del transporte de ambulancia lo constituye el conductor de la misma. El vehículo debe llevar una velocidad uniforme y moderada (60 KM/H en carretera y 30 KM/h en ciudad. La velocidad excesiva entraña un aumento de la fuerza centrífuga en las curvas con modificaciones importantes en la distribución de la masa sanguínea. "

" Lo mismo ocurre en sentido longitudinal con las aceleraciones y frenadas bruscos. "

" Los baches tomados muy de prisa pueden suponer aceleraciones en el sentido vertical de 3 g."

" Por último, es necesario recordar que cada sacudida cada viraje, cada aceleración o cada frenazo suponen un peligro real para el enfermo o el herido; se debe vigilar también el estado de la carretera (para evitar los baches) y al conductor (para hacerle aminorar la marcha si fuese necesario)."¹⁸¹

MOVILIZACIÓN DE LOS HERIDOS Y ENFERMOS GRAVES

"La movilización de los heridos o enfermos graves consiste sobre todo en trasladar al enfermo de su cama a una camilla, o viceversa. Los traslados de camilla no forman parte de este aparato desde el momento en que se encuentran inmovilizados en medio de transporte compacto y rígido."

" El traslado cama-camilla o camilla-cama obedecen a una base: "

"-Manipulación mínima;"

¹⁸¹ - Ibidem, pág. 340.

" -movimientos suaves;

-Número suficiente de socorristas;

-Coordinación de los movimientos mediante órdenes simples;

-Mantener horizontal a la víctima; "

**" -Movimientos con tracción cuando exista riesgo de lesión
requidos. "**

" Los movimientos más complejos que los explicados hasta ahora, ya que los socorristas no pueden colocarse encima del enfermo y tiene que situarse a ambos lados. "

" El centro de gravedad del socorrista debe pasar por la vertical del objeto e levantar. El socorrista debe mantener rígida la espalda y realizar toda la fuerza con las piernas flexionadas. "

" Para que los movimientos se realicen correctamente es necesario que la posición de los socorristas sea correcta. Cuando se encuentran a un lado del enfermo, éste debe ser recogido y apoyado contra ellos. Cuando el herido se encuentra sobre un terreno por el que pueda deslizarse, los socorristas deben colocarse a ambos lados." ¹⁸²

¹⁸² - Ibidem, pág. 341.

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA CONDUCTA A SEGUIR EN LOS TRAUMATISMOS.

La conducta inicial a seguir en los departamentos de urgencia en relación con los traumatismos se rige con varios principios.

ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DE ASISTENCIA.- En los centros de asistencia traumatológica, existen equipos organizados para la asistencia de pacientes politraumatizados. La clave del equipo traumatológico es que exista un jefe del mismo que coordine y controle las actividades de reanimación del paciente. Incluso en el cuarto de urgencias más pequeño, debe existir un equipo organizado que atienda al paciente traumatológico. El jefe del equipo tiene las siguientes responsabilidades:

1.- Valorar al paciente (examen primario y secundario).

2.- Ordenar la realización de las intervenciones necesarias, (a menos que sea necesario, el jefe del equipo no debe realizar estas intervenciones), sino que es el responsable de que se realicen en forma competente y rápida).

3.- Ordenar la realización de pruebas diagnósticas.

- 4.- Mantener el equilibrio hidroelectrolítico del paciente.
- 5.- Monitorizar la evolución del paciente.
- 6.- Tomar decisiones relacionadas con el tratamiento.
- 7.- Solicitar las consultas necesarios de los distintos especialistas.
- 8.- Coordinar las actividades de los especialistas consultados.

EXAMEN POR PRIORIDADES. Es necesario realizar un examen concienzudo, aunque breve. La identificación de una lesión obvia potencialmente fatal no excluye que pueda existir una segunda o tercera lesiones de importancia similar. Este examen debe efectuarse en dos tipos de áreas:

1.- ÁREAS DE ALTA PRIORIDAD

- a. Vía aérea
- b. Ventilación
- c. Hemorragia externa
- d. Shock
- e. Columna cervical.

2.- ÁREAS DE BAJA PRIORIDAD

- a. Evaluación neurológica
- b. Abdomen

- c. Examen cardíaco
- d. Evaluación musculoesquelética
- e. Lesiones de partes blandas

Estas áreas de alta y baja prioridad quedan cubiertas en los exámenes primario y secundario.

Tratamiento por prioridad. El médico que tiene a su cargo a un paciente traumatizado con lesiones potencialmente fatales debe establecer las prioridades terapéuticas. La mejor forma de establecer estas prioridades es emplear la regla ABC definida en el examen primario: manteniendo de la vía aérea y respiración (con estabilidad de la columna), control de la hemorragia y tratamiento de shock.

FASE PREHOSPITALARIA

TRATAMIENTO ANTES Y DURANTE, EL TRANSPORTE DEL PACIENTES.

En este momento no va a quedar reflejado el continuo debate que existe en relación en los principios que debe guiar la conducta prehospitalaria a seguir en los pacientes politraumatizados. Esta controversia ha sido considerada el debate entre "adelante y corre" y

“cógelo y vete”. El problema es el de cuál debe ser el grado de valoración y tratamiento a recibir por el paciente en el lugar donde sufrió el traumatismo y antes de ser transportado, dado que únicamente se puede aplicar un tratamiento definitivo en los quirófanos y cuartos de urgencia de los centros traumatológicos. Los sistemas médicos de urgencia más eficaces han adoptado un enfoque modificado, en el que el personal de asistencia prehospitalaria mantiene la vía aérea, estabiliza la columna cervical y controlar las hemorragias externas obvias antes del transporte del paciente. Sin embargo, el resto de los procedimientos, especialmente la iniciación de la fluidoterapia de reanimación, se realizan durante el transporte.

“El personal de asistencia prehospitalaria notifica al personal del departamento de urgencias las circunstancias de la lesión, las alteraciones físicas más importantes, el tratamiento administrado y el estado del paciente. Es importante destacar que, en la mayor parte de los sistemas, el personal prehospitalario está entrenado para realizar los exámenes primario y secundario de la misma forma que los médicos de urgencia. Como respuesta a los problemas identificados en su examen primario, a menudo realizan las mismas intervenciones de urgencias, es decir, equipo MAST (pantalones militares anti-shock), válvulas torácicas,

crisotrioidetomía, de la misma forma que lo haría el médico de urgencia."

163

"UTILIDAD DE CONTACTO POR RADIO. El contacto por radio por el personal de asistencia prehospitalaria permite que el jefe del equipo traumatológico asigne tareas diagnósticas y terapéuticas distintas a los miembros del equipo. Se prepara el utillaje necesario. Se puede contactar con los especialistas que están localizados, con el personal del quirófano, con los técnicos de radiología y con el personal de enfermería de cuidados intensivos . El jefe del equipo debe revisar la lista siguiente durante la fase prehospitalaria: "

- 1.- Asignar tareas específicas a los miembros del equipo.
- 2.- Revisar el utillaje necesario para la asistencia del paciente.
- 3.- Avisar a los especialistas que pueden ser necesarios.
- 4.- Avisar al quirófano.
- 5.- Avisar al departamento de radiología.
- 6.- Avisar al supervisor de enfermería." ¹⁶⁴

"LLEGADA AL DEPARTAMENTO DE URGENCIA. La información del personal no médico. Los técnicos sanitarios de urgencia (TSU) deben

¹⁶³ - Ibidem, pág. 349.

¹⁶⁴ - Ibidem, pág. 350.

informar sobre los mecanismos de las lesiones, las alteraciones físicas iniciales, sus esfuerzos terapéuticos y, especialmente, la respuesta del paciente al tratamiento inicial; esta información es muy valiosa para la evaluación y asistencia posterior del paciente."

" **Acciones iniciales.** Cuando el paciente llega al departamento de urgencia, se deben efectuar las siguientes acciones (a menudo, forma simultáneas):"

" 1.- Recibir el informe de los técnicos sanitarios de urgencia. "

" 2.- Trasladar al paciente desde la camilla de la ambulancia; mantener la inmovilización de cabeza y cuello, si estuviere indicado."

" 3.- Mantener y comprobar el funcionamiento de todas las intervenciones que se haya iniciado en el lugar donde se produjo la lesión."

" 4.- Retirar toda la ropa."

" 5.- Establecimiento de las prioridades del examen primario por parte del jefe del equipo."

" 6.- Iniciar las medidas terapéuticas tan pronto como se identifique su necesidad durante el examen primario." ¹⁸⁵

4.4. PERSONAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS

El rendimiento se basa en el personal. El potencial de un departamento puede estar influenciado por su equipo, y esto tiene interés, pero su eficacia descansa firmemente en el personal y el rendimiento es importante.

El departamento de urgencias moderno es complejo, todos los esquemas de organización resaltan la necesidad de organizar un departamento del hospital cada vez mayor. Sus representantes deben reunirse en un comité del departamento de urgencias que tenga autoridad para formular e implantar la conducta a seguir, y la responsabilidad para servir las necesidades de la comunidad, obteniendo sus recursos fuera y dentro del hospital. La utilización creciente de esta zona la han convertido en un punto clave de la función hospitalaria. El departamento de urgencias es el único que está total y constantemente disponible y lo que es más importante, es el más flexible del hospital.

¹⁸⁵ - Ibidem, pág. 351.

Aunque en la actualidad menos del 40% de los enfermos vistos representan "urgencias" definida por cualquiera de los patrones profesionales, el servicio atrae a mucho más gente con necesidades no urgentes por diversas razones.

Primeramente, está disponible y con personal las 24 horas del día para complementar los servicios del médico local o de una clínica cerrada o para servir al enfermo trabajador que no puede acudir al médico durante las horas habituales de visita; en segundo lugar, ofrece un excelente servicio de diagnóstico muchas veces con tratamiento soberbio; además como las poblaciones son cada vez más móviles, pueden no estar relacionados con un médico de la zona, por lo que acuden al servicio de urgencias; y en todas las comunidades este departamento ha sido tradicionalmente el "doctor" de los grupos con ingresos bajos o nulos. Debido al conocimiento que se tiene de la creciente complejidad del equipo y métodos de diagnóstico y de tratamiento, el hospital se considera cada vez más como el lugar más competente e inmediatamente disponible al que acudir en busca de estos servicios.

Aún a pesar de esta mezcla de enfermos, se espera que el departamento dé a todos los que acuden a él la misma rápida atención.

DIRECCIÓN Y RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

"Generalmente, se han defendido y utilizado diversos patrones de organización del personal en el departamento de urgencias. Pero, independientemente del esquema, el comité del departamento de urgencia debe buscar un médico que actúe en el comité y que sea responsable, preferentemente que esté en plena dedicación pero, por lo menos, a dedicación parcial, para poner en funcionamiento el departamento. El dirige la conducta y el esquema práctico del departamento, que es lo que puede y que es lo que puede y no puede y quién está calificado para cada actividad específica."¹⁸⁶ El Doctor J. S. Beloff de Yale "supone que un médico clínicamente experto responsable de todo el personal y actividades del departamento de urgencias debería servir para coordinar las diversas actividades de los médicos, enfermeras, servicios hospitalarios auxiliares y archivos y formar el núcleo del equipo. También debería actuar para mejorar la calidad de la asistencia de los enfermos y supervisar a los estudiantes que estén formándose en el servicio. Las

(¹⁸⁶) Skudder, P.A., and Eade, P.A.: The organization of emergency medical facilities and services, J.Truma 4:333358, 1968.

decisiones profesionales en relación a la práctica clínica continúan siendo prerrogativas de los departamentos especialmente adecuados." ¹⁸⁷

PLANTILLA CON INTERNOS Y RESIDENTES

"El esquema de plantilla con el que personalmente el autor está más familiarizado, en un hospital público, es el de los internos y residentes. Aquí, el departamento sirve para dos funciones; primero, sirve a las necesidades de la comunidad y, en segundo lugar, sirve como experiencia educacional al personal de plantilla. Aunque los estudiantes pueden ver también enfermos, no deben formar parte de la plantilla, y todas sus revisiones, exploraciones y tratamédicos responsables asignados que firman todas las gráficas. El tener estudiantes en el servicio asegura un elevado índice de rendimiento."

" Evidentemente, deben estar supervisados. Pueden convertirse en un valioso periodo de aprendizaje cuando el estudiante bien informado llega a ordenar sus prioridades y se convierte en un médico eficaz. "

(¹⁸⁷) Beloff, j. s.: Yale studies in ambulatory medical care. Adapting the hospital emergency to patient need. 1968.
*pej.

" Todos los médicos enrolados en el servicio de urgencias saben que hay escasez de gentea que quiera dedicarse a este ejercicio multidisciplinario. Las ofertas a los "médicos de urgencias" se multiplican. Una razón importante es que muchos hospitales no consiguen llenar sus cupos de internos, y que, en la actualidad se permite al interno crear su propio programa hospitalario, eliminando muchas veces la pediatría, los servicios en el departamento de urgencias, o la obstetricia ya que su objetivo es la especialización. Esto ha provocado la incertidumbre en dotar de personal adecuado a esta zona hospitalaria y la búsqueda de un sistema de mayor confianza en la formación de la plantilla del departamento de urgencias." ¹⁸⁸

PERSONAL DE ENFERMERÍA

"Hasta este momento hemos prestado atención al personal médico del servicio de urgencias. Pero al considerar el personal debemos extendernos a otras necesidades, principalmente la enfermera. Hemos oido otras referencias sobre la contribución de la enfermera y del médico ayudante. La enfermera es la pieza clave del servicio de urgencias. En la mayoría de los hospitales la enfermera jefe es la enfermera mayor en lo

¹⁸⁸ - H. D. Cain, Ob. Cit., pág. 355.

que a tiempo de servicio en el equipo se refiere. Posee, por lo general, juicio, tacto, saber hacer y capacidad rectora (en lo que se refiere a su personal). Refleja la actitud y el tono del departamento."

" Cada turno de 8 horas debe tener al menos una enfermera graduada en el servicio con enfermeras extras asignadas durante los periodos de trabajo pesado. La asistencia puede prestarla una enfermera práctica cualificada. Las ayudantes, auxiliares y practicantes deben estar también disponibles teniendo siempre en cuenta que un ayudante de enfermería o un practicante varones es especialmente útil en el departamento." ¹⁸⁹

PERSONAL PARAMÉDICO

"Está saliendo una nueva oleada de técnicos médicos y quirúrgicos competentes de las escuelas de enseñanza de los servicios militares. Estos hombres han sido sometidos a pruebas de sus aptitudes antes de ir a un periodo didáctico de aprendizaje y tienen una considerable experiencia. Algunos tiene experiencia en tratamiento intravenosos, suturas, colocación y retirada de yesos, asistencia quirúrgica o técnicas

¹⁸⁹ - Ibidem, pág. 360.

médicas como son las pruebas básicas del laboratorio, realización de electrocardiogramas, etc."

" El ayudante médico debe superar una prueba dirigida por un hospital antes de que se le permita administrar fármacos; puede proporcionar medicación intradérmica, pero que no sea de importancia biológica. Hace curas menores, ayuda, prepara las zonas de suturas y ayuda a la retirada de yesos. Aunque la mayoría de ellos han suturado en su pasado, sólo ayudan al médico del servicio que realiza la cura. Hasta que se establezca la cualificación y licenciatura pesar de su capacidad y adiestramiento, la vulnerabilidad de la responsabilidad profesional evita la adecuada utilización de estas manos de las que se necesita con tanta urgencia." ¹⁹⁰

LA IATROGENIA EN LOS SERVICIOS MÉDICOS

Cuando se plantean los problemas generales de los trastornos iatrogénicos, resultan evidentes algunas cuestiones:

a).- No hay acuerdo cabal acerca de lo que debe entenderse como iatrogenia, enfermedades, o trastornos iatrogénicos.

¹⁹⁰ - Ibidem, pág 361

b).- La mayor parte de las referencias bibliográficas se aplican a describir la patología iatrogénica.

c).- Se entra en esa descripción casi siempre dando que sobrentendida la definición o concepción general del problema.

d).- En esos trabajos descriptivos de la patología iatrogénica el análisis de las causas o factores de la conducta médica iatrogénica se casi siempre excluido o solo considerado de paso.

"En uno de lo más importantes encuentros científicos internacionales dedicados al tema - en 8° Congreso Internacional de Medicina Interna, realizado en Buenos Aires en 1964 - se presentaron 88 relatos y comunicaciones sobre enfermedades y trastornos iatrogénicos. Con excepción de dos que enfocaban el problema general (Lorenzo-Velazquez, Ortiz de Zárate) y uno que lo tenía en cuenta en el curso de un trabajo sistemático (Amuchástegui), todos se aplicaron a la descripción de iatropatías sistemáticas. En 9 trabajos se definió el problema en forma explícita o por inferencia en términos tales como "patología inducida por los tratamientos médicos", "los males que surgen como consecuencia de la propia intervención", "enfermedades producidas por los

medicamentos", etc. Solo en 6 trabajos fueron abordados, y en general de pasada, algunos aspectos conceptuales del problema, sin definir siempre explícitamente los términos iatrogenia o enfermedades iatrogénicas, los 45 trabajos restantes entraban en la descripción patográfica y daban por sobrentendida la definición.¹⁹¹

" Parecería entonces que había un franco acuerdo mayoritario en aceptar tácitamente alguna significación del término equivalente a las expresadas. También parece haberlo en reconocer la amplia variedad y polimorfía de la patología resultante "de la acción del médico o de las drogas". Fue entonces pertinente que Palacio iniciare su exposición señalando la "necesidad de que este Congreso establezca una delimitación y definición más precisa de la enfermedad iatrogénica dado los diferentes enfoques que sobre la misma se pueden y suelen efectuar."

191

"Hay en cambio desacuerdo en cuanto a condiciones, modo y porque de la conducta médica iatrogénica, con la polémica consecuente sobre cuando un daño puede o no ser llamado iatrogénico. Somos solidarios con Mazzei cuando afirma que "la concepción y límites aplicados por cada médico a la iatrogenia dependen de su propia

¹⁹¹ - Sorin Miguel, Iatrogenia Problemática General, primera edición, Ed. Ateneo, Buenos Aires, 1975, pág. 7.

implicación antropológica, social y técnica dentro de la profesión médica":

" Así, las discrepancias se polarizan en un eje antiatómico que va desde la tendencia a limitar, hasta la de conferir máxima amplitud al concepto de iatrogenia. Por un lado la limitación extrema sería negar ítem y ítemamente el concepto de enfermedad iatrogénica, considerándolo como ajeno y contrario a la esencia benefactora del ítem (Jáuregui). Hacia el polo de amplitud, la iatropatía resultaría ser "todo perjuicio provocado en persona sana o enferma por un acto médico": La generalización máxima sería la de implicar a terceras personas indirectamente vinculadas al acto médico como sufrientes o causantes de alguna consecuencia de éste. Lorenzo-Velázquez y Dockerr son de los primeros en plantear la participación iatrogénica cuando un chofer saturado de psicofármacos involucrados en un acto médico es el causante de muertes, heridas o invalideces en accidentes de tránsito. Grande incorpora también al concepto la multiplicación genética de enfermedades heredables y transmitidas por enfermos cuya supervivencia es aumentada por una acción médica que les permite llegar a la etapa reproductora de sus vidas."

" Cuando la polémica se ahonda en la justificación de esas posiciones, puede inferirse o queda explícito que el factor determinante

de la tendencia a limitar el concepto está es la explicable y justa resistencia del médico a aceptar su personal implicancia o responsabilidad en todas y cada una de las múltiples y variadas formas del daño iatrogénico. Por el contrario, el factor determinante de la tendencia a ampliar el concepto reside en una actitud crítica, no exenta a veces de agresividad."

" En otras palabras, parece existir -en base a las distintas posiciones adoptadas para el enfoque de los trastornos iatrogénicos-un factor motivacional y racionalizador de la tendencia que lleva al médico a rechazar o a propugnar la limitación o la amplitud en la concepción de lo iatrogénico."

"Un indicador de como se enfrenta en la polémica actitudes defensivas y críticas sería el hecho-curioso si no se lo interpretara así-de que al terminar ese 8° Congreso de Medicina Interna, un distinguido asistente comentará que "analizar ese tema con la presentación pública de nuestros errores y nuestras deficiencias no fue solamente un acto de absoluta sinceridad científica sino sobre todo de temeridad y gran coraje" (Silveira). La misma significación tendría "agradecer a los participantes en

de la tendencia a limitar el concepto está en la explicable y justa resistencia del médico a aceptar su personal implicancia o responsabilidad en todas y cada una de las múltiples y variadas formas del daño iatrogénico. Por el contrario, el factor determinante de la tendencia a ampliar el concepto reside en una actitud crítica, no exenta a veces de agresividad."

" En otras palabras, parece existir -en base a las distintas posiciones adoptadas para el enfoque de los trastornos iatrogénicos-un factor motivacional y racionalizador de la tendencia que lleva al médico a rechazar o a propugnar la limitación o la amplitud en la concepción de lo iatrogénico."

"Un indicador de como se enfrenta en la polémica actitudes defensivas y críticas sería el hecho-curioso si no se lo interpretara así-de que al terminar ese 8° Congreso de Medicina Interna, un distinguido asistente comentará que "analizar ese tema con la presentación pública de nuestros errores y nuestras deficiencias no fue solamente un acto de absoluta sinceridad científica sino sobre todo de temeridad y gran coraje" (Silveira). La misma significación tendría "agradecer a los participantes en

el simposio Albert Einstein sobre Enfermedades Iatrogénicas, el valor y la honestidad de sus afirmaciones." ¹⁹²

5.1.- ALGUNAS CONCEPCIONES Y DEFINICIONES

Sin pretender consignar todas las definiciones en la literatura médica, mencionaremos algunas como representativas de distintas posiciones conceptuales:

"1.- Los trabajos sobre enfermedades o trastornos iatrogénicos que entran en materia descriptiva dando por sobrentendida una definición permiten inferir en términos semejantes a los señalados cuando la definición es explícita aunque no muy elaborada."

"2.- En un grado algo más elaborado de definición ésta suele ser acompañada de alguna consideración etimológica o, simplemente, se reduce a ésta. Reconociendo que iatros y genia significan en griego, respectivamente, médico y origen, y por lo tanto, iatrogenia sería lo originado en o por el médico - tanto el beneficio como el daño - se llega a la convención de que al usar el término iatrogenia nos referimos solo a la

¹⁹² - Sorin Miguel, Ob. Cit., pág. 9.

acción perjudicial de la acción médica." ¹⁹³ Bergoglio utiliza el prefijo para y designa con el término "iatrogenia paramédica" a la causada por el auxiliar o técnico que trabaja junto al médico propiamente dicho. Schipkowenski distingue "iatrogenia" como trastornos psicológicos causado en el paciente por actitudes y expresiones verbales del médico, y adopta la acepción de Bumke para designar con "iatropatía" al trastorno orgánico, somático o funcional causado por la acción médica. La primera de estas significaciones de Schipkowenski ha sido y es la misma que le asignaron al vocablo iatrogenia autores de diversa época: Libedinski, Sorol y, en sus opiniones más tempranas, Samuel Lajeneusse, quien actualmente retiene esta definición: "Son las enfermedades provocadas por actos o actitudes médicas intempestivas".

" Una acepción de iatrogenia aplicada al margen de nuestro tema es la que utiliza Balint para señalar la enfermedad iatrogénica como "la imagen que de la enfermedad de un paciente se forja su médico". "

" 3.- Algunas definiciones son más elaboradas y precisas, la de Quiroga, al atribuir la patología a la acción del médico "como

(193) Teniendo en cuenta las distinciones hechas respecto de los sufijos en iatrogénico, iatrogénico, nosotros lo aplicaremos con el siguiente criterio: iatrogénico es lo que provoca la complicación del daño. La patología iatrogénica será llamada iatropatía.

consecuencia de su actuación terapéutica, diagnóstica y anímica para con el enfermo". O la de Mattei, "razonablemente indicativa aunque convencional y elástica", que es un ejemplo de mayor precisión al reservar la expresión iatrogénica" a las condiciones mórbidas de la naturaleza particular y manifestando tipos evolutivos rápidos o lentos, son ocasionadas por drogas terapéuticas y deben ser reproducidas experimentalmente".

" 4.- La tarea de definir se complica a poco que se introduzca en el concepto la noción de alguna forma de responsabilidad. "

" Harrison llama iatrogénico al efecto indeseable que podría haberse evitado si el médico hubiere sido más cuidadoso y prudente y tuviera mayores conocimientos. Delorme dice que "las complicaciones anestésicas son iatrogénicas mientras no se demuestre lo contrario". Es decir, se tienden a identificar complicación iatrogénica con algún modo de falibilidad profesional. "

" Estas dos últimas definiciones son del tipo crítico e imputativo. Difieren en que el primer autor, Harrison, considera iatrogénicos solo a los trastornos imputables a la acción médica incorrecta, descartando de la adjetivación a los trastornos que surgen de una acción médica correcta;

en tanto que el segundo, Delorme, no admite esta última posibilidad, por lo menos es en el ámbito de la anestesia. No habría entonces complicaciones imprevisibles en anestesia, y su ocurrencia es por lo tanto y en principio imputable al anestesista."

" 5.- Contra esta implacabilidad crítica, otros autores reaccionan limitando el concepto de trastorno iatrogénico. Amuchástegui excluye las alteraciones que sean el resultado equivocados o errores, y solo abarca a "las indicaciones sancionadas por la medicina y bien intencionadas". Se trata pues de una posición básicamente opuesta a las anteriores: lo iatrogénico sería el trastorno imprevisible inesperado e inimputable. Campos mantiene un criterio semejante, pues que considera iatrogénicas solo a las alteraciones producidas como consecuencia de prescripciones médicas correctas, y descarta como ajenas al concepto de iatrogenia las provocadas por el uso indiscriminado de drogas, por la mala práctica de la medicina o por la aplicación de conocimientos erróneos."

" 6.- A partir de este punto, el problema de la responsabilidad empieza a ser obstáculo fundamental para un acuerdo sobre lo que sea iatrogenia. Maratore Possa señala explícitamente que "se ha de ser muy cauteloso aquí, porque detrás del diagnóstico de enfermedad iatrogénica-

y no es un puro o mero problema de semántica - asoma uno de los aspectos fundamentales de la ética médica, cual de la responsabilidad".

" Por otra parte, en la medida en que la medicina moderna va multiplicando en ritmo vertiginoso el empleo de drogas, instrumentos y maniobras, la imputabilidad se desliza hacia el "carácter inevitable" de los efectos adversos. En consecuencia, algunas niegan el carácter de iatrogénicos, como Dickstein, a los trastornos arriesgados y advertidos. Se habla también menos de iatrogenia o no se emplea la palabra del todo, refiriéndose, en cambio, como Spain, a las "complicaciones de la práctica moderna", o llamándolas "enfermedades del progreso médico" (Schimmel). Más aún y contribuyendo a aliviar conciencias y calmar polémicas - Barr opina que siendo la patología iatrogénica moderna tal habitual y predecible, es ilícito llamarla "el precio que pagamos". Moser, haciendo un enfoque en apariencia pero grulesco, pero no por eso menos razonable, la define como "lo que no habría ocurrido si no se hubiese empleado ciertos métodos terapéuticos precisos"..."

" De ahí solo un paso a la noción de "iatrogenia irreprochable", como sería la fractura de costillas por el masaje cardíaco a tórax cerrado; aun así, la relatividad se impone. Sapin opina que no es irreprochable, pues

"algunas de las complicaciones se deben sin duda a técnicas inapropiadas: la presión debe aplicarse justo por debajo del esternón".

" 7.- El acuerdo sobre qué puede o debe ser llamado iatrogenia o trastornos iatrogénicos es pues dificultado, pero tomando en cuenta los diferentes criterios de estudiosos de la materia, aunque este tema es dificultado, enmarañado por las nociones de imputabilidad y responsabilidad; a pesa de ser médicos, mantienen la hipótesis de que la iatrogenia son únicamente las complicaciones del daño provocadas por el personal médico o por los propios médicos por medio de su accionar, hacia los pacientes o enfermos."¹⁹⁴

5.2.- EL ACTO MEDICO IATROGENICO

"Cuando en nuestra definición de iatrogenia hablamos de acto médico, el término es utilizado en un sentido muy amplio. "

" Habiéndose señalado que la dificultad básica para un acuerdo sobre el concepto de lo iatrogénico suele ser la imputabilidad al médico y su comprensible resistencia a admitirse siempre responsable, identificar el acto médico con la presencia permanente y excluyente del médico en

¹⁹⁴ - Ibidem, pág. 11.

persona contribuye también a resistir la noción misma del acto médico puede cubrir con amplitud todas las situaciones iatrogénicas sin señalar por eso al médico individual o al ente colectivo como responsable de aquéllas."

"Otro justificativo de la amplitud en el concepto es el progreso de despersonalización por el que la actividad médica está pasando y al que vamos a referirnos al modo especial más adelante. Por ese progreso, consecuencia de la desindividualización en no pocas modalidades de la acción médica, ésta, a la par de retener todo su concretismo puede resultar en conjunto iatrogénico por diversos mecanismos y circunstancias."¹⁹⁵

ALGUNAS MODALIDADES DEL ACTO MEDICO IATROGENO

ACTO MEDICO Y ACTO PARAMÉDICO

"Bergoglio distingue al acto médico realizado por el profesional médico propiamente dicho y al acto paramédico, entendiéndose para tal acción realizada por un agente auxiliar o por un especialista no médico en el curso de una actividad en conjunto de índole médica: estudiante de

¹⁹⁵ - Ibidem, pág. 11

medicina, enfermero, técnico radiólogo, laboratorista, archivista, etc. Las consecuencias nocivas de inyecciones intramusculares-abscesos, fibrosis del cuádriceps, lesiones del ciático - sean por defecto de técnicas o por acción directa del fármaco, son también iatrogénicas en el marco de un acto paramédico si la inyección es realizada, no ya por un auxiliar, sino por un familiar o un vecino del paciente." ¹⁹⁶

ACTO MEDICO INDIVIDUAL, COLECTIVO O INSTITUCIONAL

"La torpeza con la cual se haga una entubación traqueal o la actitud alarmante del médico frente a un enfermo hipocondríaco son actos iatrogénicos individuales." ¹⁹⁷

"La tardanza en acudir el equipo de guardia hospitalaria por cualquier motivo puede ser el factor de alguna iatropía por la omisión y tardanza, y si una hemorragia se torna grave y mortal en circunstancias tales, el acto médico iatrogénico es colectivo." ¹⁹⁸

¹⁹⁶ - Ibidem, pág. 12.

¹⁹⁷ - Ibidem, pág. 12.

¹⁹⁸ - Ibidem, pág. 12

"Si un trámite burocrático de ingreso en el hospital o en el sanatorio (y lo consideramos un acto médico) estrictamente reglamentado y tercamente exigido se hace causa de retardo en una intervención y conduce a una complicación que no habria ocurrido si la atención fuese inmediata, la iatrogenia es de nivel institucional ya que el determinante básico es el reglamento sobre admisión. ¿Debe negarse la calificación de iatrogenia institucional a la anoxia o a la muerte del feto cuyo sufrimiento pudo haberse diagnosticado y superado con diez o veinte minutos menos de tramitación burocrática para el ingreso?. Esta situación es posible por ejemplo, con exigencias del tipo de donación de sangre o pago de aranceles y honorarios como condición para el ingreso." ¹⁹⁹

"Lo que se haga en un hospital en función de los enfermos es en concepto un acto médico. Lo sería entonces la reglamentación por la cual se provee un medicamento muy controlado pero que puede ser urgentemente requerido; así sería también iatrogenia institucional la disforia cotidiana de esos insomnes de hospital que podrian dormir dos horas más al alba sino se encendieran brutalmente las luces y no comenzarán tan temprano los ruidos de la limpieza matinal en la sala." ²⁰⁰

¹⁹⁹ - Ibidem, pág. 13.

²⁰⁰ - Ibidem, pág. 15.

ACTO MEDICO DESPERSONALIZADO

El proceso señalado de desindividualización del acto médico desde lo personal hacia lo institucional se continúa hasta darse un cambio cualitativo en que la desindividualización se toma en verdadera despersonalización.

"1.- Por una parte, la complejidad de la medicina está remplazando a la acción del médico individual por la del grupo, la del práctico general por la del especialista que enfoca sólo un aspecto de la situación clínica, que la diagnóstica y la trata."

" 2.- Por otra parte, el carácter social del servicio médico no sólo en el sentido político-económico (socialización de la medicina, mutualidades médicas, etc.), sino en el sentido técnico mismo, enfrenta al enfermo con un aparato burocrático-técnico, parcial o totalmente anónimo, que toma ahora a su cargo las funciones del médico ante único e individualizado."

" 3.- Para nosotros es también evidente una forma de acto médico despersonalizado el de la presencia casi universal de drogas en los

botiquines y gavetas familiares y iatrógena por intoxicaciones fortuitas o accidentales. Las estadísticas impresionan por el número de niños muertos por ácido acetilsalicílico librado al alcance doméstico y tentado por su sabor igual que muchas otras drogas por In gigantesco pero impersonal acto médico que es la industria, la comercialización y sobre todo la publicidad de las drogas. Sería "iatrogéneas populares" por analgésico hipnóticos, antiácidos." ²⁰¹

ACTO MEDICO IATROGENICO POR COMISIÓN O POR OMISIÓN

"Un acto médico puede ser iatrógeno tanto por "cometerse o hacerse algo más o menos inconveniente, como por "omitir algo necesario."

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

²⁰¹ - Ibidem, pag. 18.

una complicación que puede llegar a ser mortal." ²⁰²

ACCIÓN IATROGENICA DIRECTA O INDIRECTA

"Así como es obvia la noción de iatrogenia por comisión de un acto médico, lo es también la de una acción iatrogénica directa: trastornos electrolíticos por diuréticos, fracturas o luxaciones por terapia convulsivamente en psiquiatría."

"Menos directa es ya la acción iatrogénica que consiste en la inyección alejada del antibiótico que precipita la reacción alérgica preparada por las primeras dosis de éste. Es así mismo indirecta la situación señalada por Barotti de imporeactividad vasomotriz durante una intervención quirúrgica en un paciente sometido antes a osmódiuréticos."

"Más indirecto aún-y nos parece lícito llamarlo acto médico y iatrogénico para terceros es el acto médico que repercute nocivamente sobre terceras personas, es decir sobre individuos ajenos a los protagonistas clásicos de la relación médico-paciente." ²⁰³

²⁰² - Ibidem, pág. 19.

²⁰³ - Ibidem, Pág. 25

5.3 LA FUNCIÓN DEL ACTO MÉDICO IATROGENICO

La actividad médica por excelencia ha sido desde antiguo, la ejercida en función de una intención curativa (función terapéutica). Pero los conocimientos y la tecnificación han separado claramente ese momento, sus objetivos, los procedimientos y la instrumentación de otras funciones de la actividad médica más o menos indispensables para la función terapéutica final o para la conservación de la salud, que es -y lo olvidamos con más frecuencia de la confesada- también actividad médica.

A veces los trastornos iatrogénicos surgen de uno de estos momentos separados, y en otras oportunidades, por la integración de diversas funciones.

Por fin, tendremos en cuenta algunos actos médicos indiscutibles como tales, pero peculiares en una función cuya denominación está todavía en la perspectiva histórica futura de la medicina.

EL ACTO DIAGNOSTICO IATROGENICO

"La literatura sobre iatrogenia esta empezando a referirse también al acto diagnóstico como fuente de iatropatias un Spain titula su importante monografía "complicaciones de las modernas técnicas diagnósticas y terapéuticas". Se supera así la limitación conceptual que solo considera iatrogena a la complicación del daño (daño secundario) provocado por el médico y su personal. "

" La búsqueda semiológica de elementos para el juicio diagnóstico se ha hecho hoy un acto médico sumamente complejo, rico y eficaz, gracias al empleo de agentes del mismo tipo que los terapéuticos. Cabe destacar ahora la necesidad de tomar conciencia de que el momento diagnóstico, a la par de su complejidad creciente, es tan potencialmente iatrogeno como el momento terapéutico de la acción médica; en el ámbito de una sola especialidad como la cardiología se acumula, según Amuchástegui, posibilidades iatrogénas por agentes instrumentales diagnósticos clasifica dos en cuatro grupos: Angiocardiografía, Aortografía, Arteriografía y Cateterismos como consecuencias nocivas para el aparato cardiovascular investigado, y para otros órganos ajenos a este. "

" Aún en el contexto de una mayor simpleza instrumental y funcional, el acto diagnóstico es también iatrogeno en potencia y en este caso más

por la acción directa del médico mismo: La oscultación directa o por estetoscopio no puede hacer daño a nadie, pero un gesto de ostensible preocupación-sincero o teatralizado- al terminar esa simple operación sumerge a enfermos y familiares en ansiedades o angustias de diverso grado y trascendencia Pasternak ha considerado los efectos iatrogénicos de gestos, actitudes y conductas del médico en el momento diagnóstico."

204

"Más evidentemente directo puede ser el daño por maniobras palpatorias o exploraciones manuales (fracturas de brazo, separación de extremos de fractura ósea propagación de infecciones)."

"La convicción unánime acerca de la nocividad farmacológica potencial es válida también para las drogas utilizadas en funciones diagnóstica."

"Es bien conocido el peligro, más efectivo que potencial de la radiografía en las primeras semanas del embarazo, cuando el embrión es altamente roedgen-sensible."

²⁰⁴ - Ibidem, pág. 27.

" La importancia de destacar la iatrogenia en el acto diagnóstico surge también del hecho de que por las características técnicas del instrumental, la potencialidad del perjuicio será tanto a través del auxiliar como del médico mismo. En segundo lugar, el acto diagnóstico se está realizando cada vez más en una atmósfera de tecnicismo frío y despersonalizado poco atento a las vivencias anímicas de quienes aplican precisamente sus ansiedades más al diagnóstico ("¿Qué tendré? ¿Será serio?) que a la acción terapéutica, ya tranquilizante por sí misma. La tecnificación con toda su promesa de precisión y de seguridad objetivas lleva a descuidar un momento diagnóstico que conserva toda su vigencia pero que, sin embargo, en aras de esa tecnificación y de la premura, está siendo cada vez más subestimado."

" En todos los submomentos del acto diagnóstico están presentes hechos tan reales como la misma instrumentación pero mucho más complejos imponderables y equívocos: es la multiforme conducta médica y paramédica integrada, por un lado, con actitudes y gestos, lenguaje, informes verbales y escritos; y por otra parte, con el acervo de conocimientos, experiencia, habilidad instrumental, metodología, lógica formal y dialéctica, y educación en la prudencia y en la necesaria decisión. De todos estos factores surgen posibilidades iatrogénicas: el

error o la omisión, la insinuación imprudente de un diagnóstico alarmante."²⁰⁵

5.4 AGENTES IATROGENICOS

Llamemos agentes iatrogenos a los factores más o menos directamente causantes a la complicación del daño inferido si usarlo en el curso de una acción médica: fármacos, instrumentos, maniobras, procedimientos, lenguaje, dietas, radiaciones.

Los distinguimos y separamos de los factores de conducta iatrogena: ignorancia, negligencia, imprudencia, torpeza.

La distinción entre agentes iatrogenos y conducta iatrogena no significa conceder a esos agentes una autonomía despersonalizada por la cual actúen y compliquen por si mismos.

"La discusión acerca de la legitimidad del concepto de agente iatrogeno seria bizantina sino fuera porque diferenciarlo del de conducta iatrogena se hace imprescindible para la vigilante profilaxia del trastorno

²⁰⁵ - Sorin Miguel, Ob. Cit. pág. 28.

iatrogénico frente a todos los instrumentos, tan múltiples como variados en su capacidad nociva potencial, que se utilizan en la acción médica. Así, en tanto que es inconcebible un cirujano no consciente de estar manejando un bisturí lacerante e indiscriminativo, puede en cambio resultar prudente recordar que una máscara anestésica ha sido alguna vez causante de amaurosis por compresión de la arteria central de la retina,"²⁰⁶ por lo cual es legítimo asignar explícitamente a esa máscara anestésica el papel-quien inesperado de agente iatrogénico clasificable.

"Incluiremos en la noción de agente iatrogénico al procedimiento global responsable de un trastorno iatrogénico: una vagotomía como agente iatrogénico de las disfunciones ulteriores barca al procedimiento completo y no al bisturí o al fármaco que realizaron la sección anatómica o función del décimo par. "Son acaso iatrogénicos todos y cada uno de los instrumentos utilizados en la resección extensa de íleo que provoca un síndrome de malabsorción?". Cuando la complicación que se provocaba en el paciente psiquiátrico fracturaba un hueso o luxaba una articulación, el agente iatrogénico era cualquiera de los procedimientos de convulsoterapia, y no el aparato de Cerletti o el cardiazol endovenoso de Vonmeduna."²⁰⁷

(116) Delorme, J.C.: iatrogenia en anestesia. 8° C.I.M.I. pág. 262.

²⁰⁷ - Delorme, J.C., Ob. Cit., pág. 265.

MEDICAMENTOS Y DROGAS

Incluimos en este tipo de agente médico no sólo los fármacos de origen biológico o sintético utilizados en terapia, diagnóstico o investigación, sino también a las sustancias que a la medicina moderna se han incorporado a la terapia como auténticos medicamentos: agua, electrolito y oxígeno.

"1.- Los medicamentos retienen, entre todos los agentes médicos, sus carácter poco menos que antonómico: el papel recetario subsiste en la inagineria popular, junto con el estetoscopio como símbolo de la acción médica, de los cuales resulta que para la gran mayoría del público y de los profesionales el acto médico parece no serlo sino culmina en la receta. Una consecuencia es una monstruosa hipertrofia."

" La publicaciones sobre los efectos "secundarios" más o menos molestos o nocivos de los medicamentos se han multiplicado, en los últimos años, y el concepto de iatrogenia fue pasando de la noción antes limitada al (complicación del daño provocado por algunos gestos o palabras del médico) a la identificación." ²⁰⁸

²⁰⁸ - M.L. Martí, La iatrogenia por Medicamentos, Ed. Ateneo, Buenos Aires, pág. 200.

Ogilvie propone una clasificación de los mecanismos generales por los que los medicamentos pueden dañar:

"a) Reacciones directas: por sobredosis, por efecto paralelo y por efecto sototóxico."

" b) Reacciones indirectas: por asociación de efectos medicamentosos por factores predisponentes; por idiosincracia; por asociación incompatible como la de la amfetamina con los antidepresores MAO, y por los factores del ambiente como las superinfecciones."

" 2.- Placebos. Definiendo al placebo como la "Administración de drogas por razones independientes de cualquier propiedad específica o farmacológica", Spain y Warshaw dedican todo un interesante capítulo al tema en su obra, aunque la mayor parte de sus aspectos no se refieren a los efectos iatropáticos. En los que no se refieren a los efectos iatropáticos. En los que no concierne, se señala que el placebo puede tener efectos iatropáticos: "

" a) Por el mecanismo de la sugestión, aunque está compuesto por sustancias inactivas como talco o lactosa Helleder habla del "medico

como ingrediente" de los medicamentos, por los factores personales que aporta."

" b) Por la propia acción farmacológica de cualquier medicamento activo cuando éste ha sido prescrito por complacer una sugerencia del enfermo o sus familiares o por darle al paciente el curso de observación diagnóstica la seguridad de que está ya siendo tratado."

" c) Cuando la mejoría del paciente (atribuida al placebo incluso suministrado como tal a veces "por no saber qué hacer) favorece el desarrollo del trastorno original por interrupción de la continuidad diagnóstica o terapéutica; en tal sentido, el acto médico no resulta iatrogénico no por la acción sugestiva o farmacológica del placebo, sino por aquella omisión."

" 3.- La formidable expansión farmacológica -con un foro de legitimidad y nobleza, y otro de tenebrosa comercialización y promoción- deja de cualquier modo un gran margen de imprevisión, y "nadie-como dice audy- puede ser reprochado por no preverlo todo, pero tampoco nadie debe dejar de aprender lo negativo, para una experiencia similar ulterior." ²⁰⁹

²⁰⁹ - M.L. Martí, Ob. Cit., pág. 210.

INSTRUMENTOS

"Nos referimos a los instrumentos directamente lesionantes, dejando aparte a los procedimientos complejos, manuales o instrumentos."

"La variedad instrumental es extrema por sus funciones, estructuras, grados de complejidad, indicaciones de empleo y maneras de actuar como agentes iatrogenos. Su potencialidad nociva puede ser obvia en el bisturí, o insólita en el proyector luminoso imprudentemente mantenido mucho tiempo y demasiado cerca del perineo de una mujer anestesiada en una intervención ginecológica, provocando una quemadura de tercer grado."²¹⁰

"Las clasificaciones posibles de este tipo de agente iatrogeno no tendrían otro objeto que el de ordenar su enumeración en función de una especialidad o el de agruparlo con criterio funcional o de efecto, y al convenir que en lo que nos concierne esa clasificación no es

(210) Este hecho trascendió en el hospital donde ocurrió como consecuencia de la denuncia ante la dirección por el marido de la enferma. Naturalmente, no hubo publicación científica del caso.

imprescindible, señalando por los menos dos factores que tornan cuestionable cualquier clasificación: "

" a) El agente iatrógeno de la disfunción en el aparato digestivo no es el bisturí o el fármaco que interrumpe la acción vagal, sino el procedimiento global de la vagotomía pudiéndose decir lo mismo del instrumental utilizado en la calangeografía, que resulta responsable como procedimiento de una insuficiencia renal." ²¹¹

"b) Abría que ubicar, unificando y diversificando con criterios más o menos congruentes, objetos instrumentales tan variados y a veces insólitamente iatrógenos como: "

" El termómetro rectal, que en un recién nacido produjo hemoperitóneo. " ²¹²

"Las prótesis de acero en otología, causantes de lesiones." ²¹³

(²¹¹) Masenti, E. etc. al.: male assorbimento dopo estese rezecioni dell'ileo. Minerva Chir. 23:345, 1969.

(²¹²) Greenbaum, A. et al.: Pneumoperitoneum in new born due to rectal thermometer. pediatrics, 44:539, 1969.

(²¹³) Miedke, A. u. P. Bobeck: Verwendung von stahldraht prothesen als steighugelersatz, acta otolaring (stokholm) 61:408, 1966.

"Los extensores-abductores del brazo en la operación radical de la mama, que provocaron parálisis del plexo braquial."²¹⁴

"Las frazadas térmicas utilizadas en las salas quirúrgicas refrigeradas, como causa de quemaduras."²¹⁵

"El termómetro ocular, que dio lugar a la ulceración de la córnea."²¹⁶

"La prótesis de silicones para la estética mamaria que originaron necrosis y la necesidad de amputar los senos."

" El frontolux, que por descarga del voltage de línea sin pasar por el transformador, le ocasionó al cirujano un como que duró varios días."

" Pérez Guevara señala la responsabilidad ética del empleo de instrumentos exploradores."²¹⁷

PROCEDIMIENTOS

⁽²¹⁴⁾ Po, B.T. et. al.: Iatrogenic brachial plexus injury: a survey, anesth, analg. Cleveland 48:915, 1969.

²¹⁵ - Cervantes, Jorge. Iatrogenia en Cirugía, primera edición, Ed. Salvat, 1991, pág. 123.

²¹⁶ - Cervantes, Jorge, Ob. Cit., pág. 124.

²¹⁷ - Ibidem, pág. 124.

"1.- MANUALES: Como ejemplo, el de pribek sobre lesiones arteriales en el tronco cerebral, en el curso de manipulaciones ortopédicas cervicales."

" 2.- INSTRUMENTALES: Son aquellas acciones complejas quirúrgicas, ortopédicas, médico-diagnósticas o terapéuticas-, que responden a un objetivo, a un planteamiento, o una organización metodológica y en las que se utilizan instrumentos fármacos variables en número y estructura."²¹⁸

LA HOSPITALIZACIÓN COMO AGENTE IATROGENO

"Es una compleja variante de tipo psicológico de agentes iatrógenos integrada por el conjunto de influencias de la situación hospitalaria sobre el enfermo internado. Schimmel habla de "Los peligros de la hospitalización": "

" No es de subestimar el sufrimiento siquico de los pacientes a causa del maltrato infligido por el personal, de negligencia e indiferencia en la

²¹⁸ - Ibidem, pag. 127.

atención de sus necesidades básicas, de impresiones por lo observado en camas vecinas o de dificultades para dormir causadas por los ruidos y el encendido de las luces durante la noche."

" Como consecuencia, un paciente puede negarse a una nueva hospitalización por su experiencia anterior." ²¹⁹

LA CONDUCTA IATROGENICA

"Analizar la conducta médica vectora del agente iatrógeno resulta necesario, puesto que ningún agente iatrógeno (droga, instrumento, radiación, etc.) actúa por sí solo en un acto médico. Sin ese análisis no habría auténtica profilaxis o prevención del daño secundario."

" Esta noción del empleo personal de los agentes iatrogénicos parece tan obvia como para no insistir en justificarla. Sin embargo, es evidente que la mayor parte de la literatura sobre trastornos iatrogénicos se limita a señalar los agentes iatrogénicos advirtiendo su potencial peligrosidad y describiendo la patología resultante. Pero las referencias al porqué y al cómo se utilizan nocivamente esos agentes son raras y casi siempre

²¹⁹ - Sorin Miguel, Ob. Cit., pág. 33.

señaladas de paso. Ejemplo típico podría ser el siguiente: "las causas habituales de los fracasos del tratamiento con antibióticos son (...) y la negligencia en retirar el obstáculo que impide el drenaje natural, es decir, el cuerpo extraño en el uréter".²²⁰

" Cabe preguntarse si esta abstención de analizar la conducta patógena del médico corresponde a cierta tendencia -comprensible- a limitar e incluso a negar el concepto mismo de acción iatrogénica. Esa tendencia comienza por bucar atenuantes en todos los factores imponderables que determinan la incidencia y llega en algunos comentaristas a sustraer toda responsabilidad al vector humano de aquellos agentes iatrogénicos, adjudicándola en cambio a éstos, como si estuvieran dotados de autonomía funcional. Uno de los argumentos es que el concepto mismo de iatrogenia resulta "incompatible con la finalidad de bien que es esencial del médico y de la medicina", y también - en lo que atañe, en este momento la complicación del daño infligido al paciente". Puede reconocerse sin esfuerzo que no hay aún estudios sistemáticos de la conducta iatrogénica. Pero, se encuentran en cambio -y cada vez con más frecuencia- referencias aisladas a ciertos mecanismos conductuales que se traducen en el empleo perjudicial de los agentes médicos en general."²²⁰

²²⁰ - Ibidem, pág. 36.

ERROR IATROGENO POR IMPRUDENCIA

"Una imprudencia puede ser consciente, y la ejecución del acto potencialmente iatrógeno es entonces culposa, cuando se opta por afrontarlo a pesar del desequilibrio en el balance de beneficio y riesgo. Pero la acción puede ser irreprochable cuando afronta y debe afrontar el riesgo inevitable."

" La imprudencia de que no se es consciente puede resultar en cambio de una tendencia temperamental a afrontar los riesgos, o al desconocimiento del potencial iatrógeno del agente médico utilizado, o a la ignorancia de las peculiaridades de terreno en el paciente. Suelen ser identificados los términos: un imprudente es un inconsciente. "

" En los médicos jóvenes con menos experiencia que entusiasmo ingenuo, algunas acciones resultan imprudentes, no tanto por confianza excesiva en sí mismos, como por aceptación indiscutida de las virtudes benéficas de los recursos más modernos y tecnificados. Son en el fondo modos de ignorar el propio desconocimiento."

" Cañellas distingue tres variantes de la imprudencia: a) Extralimitación formal cuando se realiza una actividad médica fuera de sus funciones según el cargo y atributos asignados, b) Extralimitación material cuando el trabajo se realiza sin la debida preparación en cuanto a conocimientos, experiencia, materiales e instrumental. c) Por riesgo excesivo; es la situación en "que se va más allá de lo que indica la cautela, aun cuando se esté capacitado y se disponga de los medios suficientes". "

" Hay una imprudencia colectiva, general, desindividualizada, en el ámbito de los hospitales donde se realiza docencia médica y se sobrentiende una especie de lenidad aplicada al estudiante o residente, que enfrenta y resuelve en las guardias problemas en los cuales no siempre son asistidos jerárquicamente de modo de prevenir iatrogenias por distintos mecanismos de conducta, pero que en conjunto implican una imprudencia: la de dejar solos a los menos experimentados. El aprendizaje, por el legítimo camino de ensayos y errores, viene a resultar así imprudentemente iatrógeno." ²²¹

ERROR IATROGENO POR NEGLIGENCIA

²²¹ - Ibidem, pág. 40.

Este es el modo de conducta iatrógena más citado explícitamente, al porqué de los trastornos iatrogénicos.

"La negligencia está presente en la ligereza y superficialidad con las cuales se organiza el esquema mental de un diagnóstico o con las que se toma una decisión terapéutica trascendente. Puede consistir en la omisión de una vigilancia adecuada o de una precaución justificada en cualquiera de los momentos de la acción médica."

" Cañellas clasifica las negligencias: a) por omisión a causa de exceso de confianza. b) por "negligencia superviviente", es decir, por incorrecta terminación de una tarea que hasta ese momento se había hecho con competencia; c) por descuido al hacer defectuosamente lo necesario; d) por aflojamiento de la atención por diversos motivos."

" Las consecuencias de la negligencia médica pueden variar desde lo indetectable en la práctica cotidiana hasta lo espectacularmente nocivo, incluso la muerte."

" El análisis de las causas de negligencia permite ofrecer un esquema: "

" a) Si se comprueban negligencias iatrógenas habituales en el expediente de un profesional, pueden atribuirse a carencia de motivaciones (vocación o incentivos económicos), a exigencias laborales permanentes por encima de las posibilidades de precisión y vigilancia técnicas, o a decadencia psicofísica."

" b) Si una negligencia culposa irrumpe en la historia de un profesional médico como meramente circunstancial, puede entonces resultar fácil imputarla a una incidencia contingente."²²²

LA TORPEZA IATROGENA

"Entendemos por torpeza la inhabilidad manual o intelectual, no siempre autónomas o separadas, sino por el contrario integradas en una unidad neurofisiopsicológica."

" Puede provenir de un déficit en el entrenamiento y la formación profesional, o de una condición congénita, poco probable -suponemos- en quien llega al nivel universitario. Pero esa torpeza integrada es con más frecuencia la resultante de una degradación por enfermedad o senilidad."²²³

²²² - Ibidem, pág. 45.

²²³ - Ibidem, pág. 46.

La torpeza manual puede ser compatible con la mayor eficiencia intelectual, y viceversa. No nos ha sorprendido ver a eminentes psiquiatras (por mencionar a la especialidad supuestamente más intelectualizada) infiltrar el tejido perivascular en lastimosos intentos de inyectar en venas, por cierto nada inaccesibles. Y por el contrario, aunque no se haya publicado mucho sobre ello, se ven excelentes operadores "hacer cirugía" con eficiencia, aunque sus operaciones intelectuales no tengan nada de brillantes en lo que concierne por lo menos al juicio o criterio clínico. Cierta humorismo "para académico" bromea haciendo profecías acerca de la especialidad elegida por futuros médicos según sea el nivel intelectual atribuido, y el chiste se basa en la supuesta contradicción o inversa proporción entre las capacidades mentales y las manuales.

Para ser justos, debe reconocerse que la responsabilidad del desequilibrio en esas capacidades recae, por una parte, en una secular y clasista oposición entre trabajo manual y mental; en segundo lugar, en el hecho de que la aguda y precisa especialización de las tareas médicas confiere a técnicos auxiliares muchas operaciones manuales o instrumentales que liberan al clínico de su realización, al precio de privarlo de entrenamiento y habilidad para efectuarlas en ausencia del

auxiliar; y finalmente, en la circunstancia de que en no pocas escuelas médicas la oportunidad de entrenamiento operatorio o instrumental se limita a un muy bajo porcentaje de privilegiados en acceder a la práctica. Una consecuencia de esa limitación es el tipo de aprendizaje voluntarioso, pero extraoficial y a veces clandestino, de quienes tienen más vocación que oportunidades, por lo cual el aprendizaje resulta sin control de calidad, con las posibles resultantes iatrogénicas. Recordemos la era de la apendicectomías a ultranza en los hospitales.

Aparte de las torpezas intelectuales (errores evidentes de juicio o criterio clínico, y según Schmildeberg también de juicio y de técnica psicoterápicas) o manuales (chapucerías e inhabilidades mecánicas), se reconoce una torpeza conductual en los gestos, actitudes y lenguaje del médico y de los auxiliares, que se nutre no solo de tendencias caracterológicas y temperamentales, de malhumores o cóleras circunstanciales, sino también de la ignorancia de la condición psíquica esencial de los enfermos. En nuestras condiciones económicas y sociales del servicio médico, se da en algunos profesionales la contradicción entre una actitud desaprensiva para con el enfermo gratuito y otra atenta y cuidadosa para con el cliente que paga.

Las consecuencias de este tipo de torpeza son generalmente psicopatológicas, en forma de desazón, ansiedad, depresión, explosión emocional, etcétera.

LA IATROGENIA Y EL DERECHO PENAL

Es sumamente difícil encontrar un fenómeno, sea cual fuere, en que se cause un daño a la salud humana o en que se produzca un resultado mortal, que no se vincule en forma directa con el Derecho Penal.

La razón de la afirmación anterior, con todo lo que de categoría tiene, se ubica en la corriente de pensamiento dominante en la actualidad en el derecho penal, que sostiene que la función esencial de las leyes penales es la protección de los bienes jurídicos más importantes del ser humano y de la sociedad. Esta manera de pensar de prestación normativa de los delitos, lleva consigo la protección de un bien jurídico que al Estado moderno le interesa dotar de la máxima tutela.

En otras palabras si analizamos cuidadosamente cualquier ley penal que describa un delito, habremos de encontrar con mayor o menor

esfuerzo y claridad el bien jurídico que se pretende proteger. Mencionamos una mayor o menor dificultad para la localización del bien jurídico, porque hay casos tan evidentes que no requieren de análisis profundos para reconocer que lo que se pretende proteger es la vida humana o, lo que es igual, el bien jurídico protegido es la vida. Este es un ejemplo que no requiere de otro análisis en el sentido que nos ocupa, lo que significa, desde luego, que sea simple el problema del conocimiento de homicidio porque en él aparecen cuestiones o temas de la más elevada polémica en la época actual, como son los concernientes a la eutanasia o al derecho a la muerte digna. Sin embargo, para los efectos de este estudio tales problemas resultan excesivos.

En otros casos la dificultad para localizar al bien jurídicamente protegido es más extensa.

Volvamos ahora a nuestro punto de partida. En efecto la iatrogenia, tal y como debe entenderse como la complicación del daño causado por la actuación del médico. Se refiere y esto es claro, a un efecto que se produce por el actual médico efecto que tiene que ser dañino. Cabe preguntar ¿complicación a qué o a quién?. La respuesta viene por sí sola: al daño que presenta el atendido por el médico.

Aquí tenemos ya perfilada la cuestión, puesto que hablar de iatrogenia es equivalente a sostener que se ha causado a un paciente una complicación al daño en su salud, que no debía habersele producido. Es un efecto final dañino para la salud del paciente como consecuencia de la conducta de un médico.

Si la salud es un bien jurídicamente protegido y lo es en verdad, todo daño que se le cause tiene o puede tener implicaciones penales, porque el Estado aspira idealmente a proteger en todas las formas posibles a un bien de la máxima importancia para la sociedad, que llamamos salud. Esto no es una afirmación sin fundamento, puesto que si observamos las leyes penales nos podremos percatar de la amplísima cobertura que se da a la salud.

La salud personal o individual, esta protegida en el tipo de lesiones, que dice que "Bajo el nombre lesión se comprenden no solamente la herida, excoriaciones, contusiones, fractura, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier daño que deje huella material en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa." ²²⁴

(²²⁴) Código Penal. Editorial Porrúa, México, 1995, 105 p.

Siempre se ha criticado la redacción del tipo por lo caustico al referir algunos medios comisivos, desde luego no todos, para acabar mencionando la idea central que es la alteración de la salud producida por una causa externa. En efecto, ello debía ser bastante para la tipificación del delito.

Sin adentrarnos en el concepto aceptable de la salud, siguiendo con el lineamiento del Código Penal, podemos decir que desde la más leve alteración de la salud, hasta la más grave, que lo es la lesión mortal, están comprendidas en la protección legal, incluyéndose la alteración de la salud mental, ya que el Legislador Nacional acepta la unidad orgánica del ser humano como entidad biosíquica.

Pero siguiendo la línea del pensamiento inicialmente planteada, en el sentido de que todo daño o complicación (alteración) que se cause a la salud, significa una penetración al campo del Derecho y en especial del Derecho Penal, por la importancia que como bien jurídico tiene la salud, es evidente que la iatrogenia es la complicación del daño causado por el médico con motivo de su actuación, tendría que permitir que la ley tenga que intervenir para calificar si ese daño fue socialmente tolerable o si, por lo contrario debe ser considerado bajo el prisma de la responsabilidad atribuible a la profesión de la medicina que lo causó.

Debiéndose por lo tanto tomarse alguna vez en cuenta, que el fenómeno de la iatrogenia encuadraría en una forma demasiado evidente dentro de nuestra legislación penal actual en México.

Una vez que se acepta, como tiene que ser, que la iatrogenia afecta bienes jurídicamente protegidos, sean la salud o la vida misma en determinados casos aún queda por aceptar la posibilidad de que ese daño producido por la iatrogenia tenga carácter penal.

Esto nos vincula, indudablemente, con la idea o concepto de delito que, al través de una convención conceptual nos permita ir adaptando a lo penal el aspecto del comportamiento médico productor de la iatrogenia.

En efecto, tenemos dado ya el presupuesto natural para que intervenga el derecho desde que se produce un daño a un bien jurídicamente protegido. Sin embargo, este sólo aspecto material fáctico resulta insuficiente para calificar lo acontecido como delictuoso, puesto que en la ciencia jurídico-penal se refiere, además de ese tal presupuesto, que el hecho corresponda a una conducta típica, antijurídica, culpable y punible. Estas condiciones, es claro que se está manejando un concepto de delito integrado por varios elementos o partes inescindibles de un

todo, a saber: conducta, tipicidad, antijuricidad, culpabilidad, impunidad. Únicamente cuando, respecto de un mismo hecho concurren los citados elementos, podemos decir que hay un delito.

Resulta obligado referirnos a la presencia de los elementos en cuestión en los casos de iatrogenia.

La ley dice en el artículo séptimo del Código Penal que: "Delito es el acto u omisión que sanciona las leyes penales", lo que significa, sin lugar a duda razonable, que se están fijando las normas de manifestación de la conducta humana que puede ser delictuosa, sea a través del comportamiento activo, haciendo, actuando, o por medio del comportamiento inactivo, no haciendo u omitiendo aquello que tienen que ser utilizado.

En este orden de ideas y partiendo desde la base que nos proporciona la teoría del delito, es claro que el médico realiza, al intervenir en cualquier acto quirúrgico y una conducta que es además, típica. Si produce un resultado dañino que exceda el orden natural de los servicios médicos en urgencias, cirugía, etc., ese acto será, además de típico, antijurídico.

Ahora bien, para que sea posible reprochar al médico, paramédico, actuante de su comportamiento (juicio de culpabilidad), es necesario que ellos hubieran podido y debido actuar en forma distinta que vendría a ser, en estos casos, la que impidiera que vendría a ser, en estos casos, la que impidiera que surgiera el resultado dañino.

La intensidad del reproche, cuando no se realizó la conducta posible y obliga, se formulará tomando en cuenta que no se quería el resultado, pero el mismo se hubiere evitado hablando correctamente, y si acaso el resultado se produjo, fue debido a la insuficiente aplicación en los deberes de los actuantes. Obrando por lo tanto de una manera culposa, realizando un hecho típico al no cumplir con un deber de cuidado, que las circunstancias y condiciones personales le imponían.

Se puede decir, acorde con lo antes expuesto que el realizar el hecho típico es indiscutible en los casos de iatrogenia, por lo que debe procederse a encontrar el fundamento del resto de los requisitos plasmados en la norma y es aquí donde penetramos a los campos, primero del orden general de la profesión del médico y segundo de las características personales del médico actuante llamamos la atención al hecho de que la culpabilidad se determina por el hecho realizado, en las condiciones y circunstancias en que se presentó en cuanto al tiempo, al

lugar y otros datos significativos, con lo que estamos dejando de lado los casos excepcionales y nos reducimos al caso en que el médico practica su profesión en condiciones normales.

El médico, como parte integral de una sociedad humana tiene una obligación perfectamente identificada en cuanto se refiere a su actividad profesional, puesto que a su cuidado y atención es colocada la salud de las personas. Esto quiere decir que dentro de la actividad médica tiene que considerarse prioritariamente la preservación o restitución de la salud.

El Estado Mexicano regula la actividad de los médicos ya que el ejercicio de la medicina esta supeditado a la comprobación de la realización de los estudios que se consideran necesarios para una práctica médica adecuada y, además, a la obtención de la patente del caso. Todos los seres humanos tienen, entre otros derechos fundamentales el poderse dedicar al trabajo o actividad que les plazca, siendo licitos; sin embargo, seria absurdo sostener que la simple voluntad de querer realizar una cierta actividad fuera suficiente para hacerlo con pleno derecho, ya que por su propia naturaleza hay ciertas actividades que el Estado debe regular y autorizar para que sólo las

realicen determinados individuos, que serán aquellos que acrediten la capacidad suficiente para llevar a efecto la actividad de que se trata.

En otras palabras, la libertad de trabajo o el derecho al trabajo está limitado, en algunos casos, a la autorización del Estado mediante la satisfacción de ciertos requisitos legales. Este es, evidentemente, el caso, entre otros, de la actividad médica.

Siguiendo la misma línea de pensamiento, cuando un individuo esta ejerciendo la actividad médica, es porque el Estado así lo ha autorizado ya que cumple con los requisitos legales e indispensables. Esto es cierto y resulta indiscutible por la importancia que tiene la preservación o recuperación, en su caso, de la salud.

Empero, creemos que resulta también indiscutible que la medicina y su ejercicio han alcanzado un grado tal de avance y desarrollo que en la actualidad hace inconcebible, salvo casos de excepción, la existencia de un médico que abarque o cubra toda la gama de posibilidades que en cuanto a la clase de enfermedades y padecimientos y medios o recursos para su tratamiento. Estamos viviendo la época de las especialidades en materia de medicina y los médicos son los mejores sabedores de éste fenómeno.

En consecuencia, el médico debe estar consciente de sus limitaciones, porque las hay siempre, y no intervenir en aquellos casos que van rebasantes de su conocimiento y su pericia y dejarlos en las manos adecuadas para que se alcance con menor riesgo para el paciente, la finalidad curativa implica en la actividad médica.

Desde un punto de vista legal y ante la posibilidad de la aparición de un error por parte del cirujano, hemos dicho que puede haber responsabilidad por culpa también llamada imprudencia, y ello en razón de que el médico no cumple, en estos casos, con el deber de cuidado que las circunstancias y condiciones personales le imponen.

Obsérvese que nos referimos al error, no a la intervención quirúrgica desgraciada, ya que esta forma parte de los riesgos de toda cirugía, puesto que, como se dice, no hay cirugía mayor o menor hay cirugía. Los casos en que el paciente muere, o no sana de su padecimiento a pesar de una correcta actividad quirúrgica, no están contemplados en este estudio. Lo que nos interesa es la complicación al daño causado al paciente por lesión o muerte, proveniente de un error médico.

Veremos a continuación el tratamiento que la ley Nacional da al error.

El error es parte de la naturaleza humana, y la Ley Penal, que aspira ser congruente con la realidad así lo reconoce.

En efecto, el Código Penal fija y precisa el alcance jurídico del error cuando dice en el artículo 15-XI que es circunstancia incluyente de responsabilidad "realizar la acción u omisión bajo un error invencible respecto de alguno de los elementos esenciales que integran la descripción legal, o que por el mismo error estime el sujeto que es lícita su conducta".

Agrega la ley en el párrafo segundo del propio artículo y fracción mencionados que "no se excluye la responsabilidad si el error es vencible". Con este último texto queda completada la perspectiva del error, según las normas del Derecho Penal.

Es claro que este tema del error es uno de los más arduos y al mismo tiempo más sutiles de los que integran el conjunto de causas de exclusión de delito, a pesar de existir un resultado dañino para un bien jurídicamente protegido. Creemos que es un problema de gran

profundidad porque esta referido al elemento subjetivo del delito, que tal es la culpabilidad y es perfectamente conocido lo difícil que es tomar una posición frente a las cuestiones concernientes a la mente y en concreto al conocimiento que se puede y debe tener de conceptos jurídicos valorativos y culturales. Vemos que el error, para tener el efecto de ser excluyente de la responsabilidad debe versar "respecto de alguno de los elementos esenciales que integran la descripción legal", idea toda esta que está impregnada de cuestiones altamente vinculadas con las esferas del conocimiento y la comprensión. Sin embargo, pretendemos desacreditar la eficacia excluyente del error por la dificultad que puede haber para probarlo, sino enfatizar que toda la temática del error es conflictiva. Ha sido un verdadero adelanto de las leyes penales aceptar y reconoce acorde con la naturaleza humana, la falibilidad de los hombres, ya que es conocida la idea aún no totalmente superada que se expresa diciendo que "La ignorancia de la Ley no excusa de su cumplimiento", expresión o brocardo que no es totalmente cierto en la materia penal la que, según hemos visto, reconoce y acepta que el error respecto de alguno de los elementos del tipo legal es motivante de la inexistencia de delito en el caso concreto.

Quede, pues, debidamente acentado que el error si es una causa de inexistencia del delito, pero esta afirmación no puede tener alcance

ilimitado sino que es la propia ley, según ya se expuso, lo que establece el lindero entre el error que hace desaparecer el delito y el que no tiene ese efecto. Es evidente que nos estamos refiriendo al segundo párrafo del artículo 15-XI del código penal que dice que "no se excluye la responsabilidad si el error es vencible" no lo es esto se deriva de una simple interpretación gramatical del texto de las leyes, que nos permiten establecer que la ley fija las bases para una doble clasificación del error, a saber el error vencible y el error invencible, igualmente, es la propia ley la que señala que si el error es vencible y versa respecto de alguna de la hipótesis ya transcritas (los elementos esenciales del tipo penal o la licitud de la conducta), el efecto que proceden los casos concretos es el de excluir la responsabilidad, si es vencible deja intacta la responsabilidad penal.

Lo importante viene a ser, en el orden de ideas que estamos siguiendo en el caso del error médico, saber precisar cuando se esta frente a un error vencible y cuando frente a uno invencible.

Sin pretender ir más allá de lo que corresponde ante lo limitado del planteamiento anterior, creemos que el error del médico para ser invencible y producir el efecto exculpante sigue la misma tesis general establecida en la ley, a saber, que debe versar sobre elementos

esenciales de la descripción legal o respecto de la idea acerca de la licitud de la conducta, para que haga necesario una perspectiva especial tratándose de los médicos. Si creemos que en la actividad quirúrgica de los médicos resulta difícil, aún cuando no imposible encontrar casos de error invencible.

Lo destacado es, en consecuencia, conocer o caracterizar los casos del error médico quirúrgico que sea vencible y a este respecto consideramos que la norma fija la conducta culposa el que ha realizado el hecho típico incumpliendo un deber de cuidado, que las circunstancias y condiciones personales le imponen.

Incumplir un deber de cuidado: se trata en este caso de un aspecto que tiene que ser entendido e interpretado con el contenido histórico, social y cultural que se ha atribuido a los profesionales de la medicina ya que se sabe y acepta que ellos reciben la encomienda de la sociedad, de estado, y de su paciente, de atender la salud y la vida de los enfermos o requeridos de sus servicios.

No resulta fácil desvincular la actividad médica con cuestiones éticas y de la necesidad de dotar confianza en los médicos tratantes, ya que en sus manos es puesta normalmente, la razón esencial de hombre

para su supervivencia, que es la salud pero además, como estamos frente a un problema legal, como lo es de las consecuencias penales de la complicación del daño médico, debemos apoyarnos en las leyes para justificar nuestra posición y en ese sentido es posible acudir a la Ley General de Salud, vigente en nuestro país por ser ella la aplicable en toda la República. Esta ley, en su artículo 32 dice que: "Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud".

Destacamos para los efectos que nos incumben que toda la actividad médica está regida por un fin perfectamente identificable, que es la protección, promoción y restauración de la salud y esta finalidad hay que vincularla con el deber de cuidado que el médico tiene al realizar su actividad, ya que, evidentemente, todo lo que haga debe tener esa tendencia final y si no ocurriese así, es que se está incumpliendo con el deber básico que rige la actividad médica.

La propia ley citada especifica en el artículo 33 las distintas actividades en un orden de finalidades cuando dice que las actividades médicas son preventivas, curativas y de rehabilitación y dentro de cualquiera de estas tres calidades puede ubicarse a la actividad quirúrgica, ya que en verdad, hay cirugías que se practican para prevenir

males o enfermedades, como también las hay curativas y de rehabilitación que incluyen acciones tendientes a corregir invalideces o defectos físicos. Así tenemos que si al practicar, un médico, una actividad quirúrgica no persigue como tendencia final una de las ya citadas, y comete un error, habrá incumplimiento de su deber de cuidado. No pretendemos afirmar que todo acto quirúrgico deba ser afortunado, ya que esta posición sería totalmente inaceptable, pero si pensamos que el deber del médico actuante es el de buscar finalmente alguno o varios de los objetivos finales que se han mencionado.

Si se comete el error, a pesar de la finalidad adecuada de origen, será cuestión de relacionar el caso concreto con el siguiente requisito, puesto que según nuestro entendimiento, para hablar de responsabilidad por error debe haberse dado, primero, la satisfacción de los dos requisitos que ya hemos mencionado, pero que por sí mismos, y sin el tercero y siguiente, carecerían de significación legal, especialmente de orden penal:

- El tercer requisito es, en realidad, un conjunto de circunstancias de hecho y condiciones personales que sólo son comprensible en razón de cada caso concreto.

En efecto, la ley dice que el deber de cuidado que puede ser incumplido es aquel que las circunstancias y condiciones personales le imponen al sujeto actuante. Las circunstancias, según nos dice la Real Academia de la Lengua, son accidentes de tiempo, lugar y modo que están unidos a la substancia de algún hecho. En otras palabras y en relación directa con nuestro tema, las tales circunstancias están constituidas por todo aquello que rodea y conforma al acontecimiento de que se trate. Hay que analizar y conocer, en cada caso concreto, las características y accidentes del acto quirúrgico, pero sin verlo aisladamente, sino dentro del lugar, el tiempo y otros elementos que concurren. No puede ser medido con idéntico rasero el médico que interviene quirúrgicamente a su paciente, en estado de extrema gravedad y en una clínica de la que existen en el campo mexicano, que aquel otro que lo hace en la gran ciudad y contando con medios y equipos materiales mejores. Ambos pueden cometer errores, pero no pueden ser valorados en igual forma para derivar alguna responsabilidad, ya que parece ser indudable una relación inversa, que diría que a mayores elementos menor justificación para el eventual error.

Estas llamadas circunstancias, insistimos, son de hecho y están referidas a todo el conjunto de actividades previas y contemporáneas con la realización del acto quirúrgico, que no es posible verlo aisladamente,

puesto que antes de ser realizado tiene que haberse practicado una valoración para la toma de decisiones y durante la ejecución deben igualmente ser considerados los efectos concurrentes, con toda la gran gama de posibilidades presentables.

A esto es, justamente, a lo que la ley quiere referirse cuando menciona las circunstancias del caso. Se conoce que puede haber mayor posibilidad de no incurrir en error cuanto más favorables son las circunstancias concurrentes, lo que nos lleva a la consideración de que la disminución de los factores que pueden inducir al error dependen de la evitabilidad y previsibilidad del resultado dañino.

Se dice, y con razón, que la mejor forma de evitar que algo ocurra es previendo que puede ocurrir y, tratándose de la actividad médica quirúrgica esta posibilidad de evitación al través de la previsibilidad está directamente vinculada con el conjunto de elementos que intervienen en la toma de decisiones, que, a su vez, hay que entender en función del tiempo, lugar y otros factores en que se actúa.

Por otra parte, nos hemos referido antes a las condiciones personales del médico, como dato de importancia para el error. La idea que tenemos es, como se dijo con anterioridad, que los médicos tienen el

derecho para ejercer su actividad, incluyendo la cirugía, pero ellos son los primeros en deber conocer sus alcances y sus limitaciones. No todos los médicos pueden hacer cirugía ni toda cirugía puede ser hecha por todos los médicos.

La virtud y como consecuencia el deber de cuidado que personalmente le incumbe al médico es la autocrítica, ya que nadie mejor que cada quien para valorar los conocimientos y experiencias propias y actuar en congruencia. El cirujano especialista en neurocirugía, por ejemplo, debe saber de sus limitaciones para abarcar otros campos de la cirugía y no debe rebasar sus propias limitaciones y menos por razones bastardas. Siendo competente en forma clara para su especialidad, puede fácilmente caer en irresponsabilidad si pretende cubrir otras áreas.

Esta situación de las llamadas condiciones personales tiene que ser valorada en función de cada caso concreto y siempre en conjunto con las circunstancias de hechos concurrentes.

En síntesis, creemos que el error del médico en su actividad quirúrgica genera en algunos casos responsabilidad penal por culpa o imprudencia y la severidad con que debe ser tratado penalmente depende de la mayor o menor facilidad para prever y evitar el daño que resultó (Art.

60, I. C.P.), así como, si para la previsibilidad y evitabilidad bastaban una reflexión ordinaria y conocimientos comunes de la ciencia médica en su expresión concerniente a la cirugía. (Art. 60, II. C.P.). Lo que resulta socialmente intolerable es la ocultación de los errores y la pretendida justificación bajo el amparo del accidente quirúrgico.

Creemos firmemente que por el valor supremo de los intereses puestos en las manos del cirujano debe ser mayor la adecuación de su conducta a los más elevados principios rectores de su actividad. No puede haber mejor juez para juzgar el error humano del médico que el médico mismo, pero debe actuar con apego a la importancia de su colocación dentro de la sociedad de la que forma parte.

Estamos totalmente de acuerdo con el lema propuesto, cirugía sólo por cirujanos. Sin embargo, agregaríamos, conforme a nuestra manera de pensar, que debe haber algo más que la calidad abstracta de cirujano, y nos referimos a la competencia, en función del actual avance de la medicina y en especial de la cirugía.

CONCLUSIONES

- 1.- Se debe eliminar el título erróneo de "Médico Cirujano". Todas las escuelas y facultades de medicina del país deben expedir exclusivamente un título de "Médico General" a quien termine sus estudios. Está en manos de las Secretarías de Salud, de Educación, de la Universidad Nacional, y demás instituciones de enseñanza superior involucradas, iniciar a la mayor brevedad posible las medidas para erradicar de nuestro país un error que tantas vidas ha costado.

La explicación que han dado (justificando la falta de acción) de que se trata de una costumbre muy vieja que sería difícil cambiar y que traería problemas políticos modificar el título, es totalmente inaceptable. No se debe, por razones de costumbre o temores infundados, permitir que se sigan cometiendo crímenes amparados por un falso título.

Se requiere de una básica y sólida preparación completa en la medicina que debe ser requisito para la especialización.

- 2.- Cirugía sólo por cirujanos. Debe exigirse a quien pretenda efectuar intervenciones quirúrgicas que tenga la especialidad de cirugía. Para esto existen los Consejos de la especialidad, entidades encargadas de examinar y en su caso certificar a los distintos especialistas.

No se debe permitir que practique la cirugía quien no haya demostrado estar rigurosamente entrenado para ello.

El certificado de competencia en la especialidad debe tener una vigencia no mayor de cinco años, al cabo de los cuales, el cirujano deberá demostrar que está al tanto de los avances en su especialidad y sigue apto para ella, obteniendo así su recertificación.

- 3.- Que el cirujano se limite a su especialidad. En esta era de la super-especialización, no se debiera permitir a gente sin preparación incursionar en terrenos en los que no está preparado.
- 4.- Debe detenerse la proliferación de clínicas o sanatorios improvisados, donde se practica todo tipo de cirugía sin ningún control. La Secretaría de Salud deberá vigilar el cumplimiento del reglamento que señala los requisitos que debe llenar todo lugar que pretenda ser autorizado para sus prácticas.
- 5.- Se debe pugnar por la creación inmediata a que se cree una Institución Pública que deba llamarse Procuraduría de la Defensa de la Salud, para que por medio de ésta, se atiendan los posibles casos de Iatrogenia y que se sigan los procedimientos comentados en el capítulo especificado.
- 6.- Se concluye que por medio de la punibilidad posible del elemento meramente médico de la Iatrogenia deba contemplarse dentro de nuestro Código Penal vigente para el Distrito Federal y en especial en el capítulo de la responsabilidad profesional, independientemente del delito que se cometa por la Iatrogenia.
- 7.- De lo anterior deberá tomarse en cuenta no únicamente a los médicos, sino a aquellos que actúan desde el primer momento en que el paciente requiere de la atención médica Constitucionalmente otorgada, siendo estos cómplices también de la Iatrogenia, me refiero a los Paramédicos, (Anestesiólogos, Archivistas, Laboratoristas, Encargados de farmacia, camilleros etc.).
- 8.- Se debe pugnar que en todos los hospitales en donde haya el servicio de urgencias, exista Agencias del Ministerio Público, asignadas a los mismos, y evitando así que los pacientes en estado de gravedad tengan que ser trasladados a un hospital en especial, donde aparte de correr peligro en virtud del traslado y la falta de atención de los paramédicos, puedan éstos perder la vida.
- 9.- Obligar a los Agentes del Ministerio Público asignados a estos hospitales a cumplir con su trabajo y que teniendo ya el posible

fundamento de la Iatrogenia, éste tenga la obligación de que en caso de encontrar elementos suficientes para consignar al personal médico o a los médicos propios, lo haga; sin importar la posible imagen mala del hospital o la mala reputación de los médicos.

- 10.- Se debe de dar una enseñanza debidamente bien fundada a nuestros futuros médicos que ahora se encuentran dentro de las aulas del saber, encontrar por medio de esa, una excelencia académica y por lo tanto erradicar parte de la Iatrogenia.
- 11.- Se debe educar al médico sobre las posibles repercusiones médico-legales de su conducta y hacerle saber que puede quedar sujeto a responsabilidades penales si viola su juramento básico de "primero no hacer daño", en perjuicio de quien de buena fe o por suerte se pone en sus manos.
- 12.- Las autoridades Gubernamentales así como todos aquellos encargados de la creación de Leyes deberán por lo menos abocarse a la creación de un Código especial Jurídico - Ético, por el cual se regule, condene y se haga cumplir el ejercicio médico y de todos aquellos que los rodean.

BIBLIOGRAFIA

ACHAVAL ALFREDO; RESPONSABILIDAD CIVIL DEL MEDICO. EDITORIAL ABELEDO - PERROT, SEGUNDA EDICION AMPLIADA, BUENOS AIRES, 1992, 270 p.

ALMANZA PASTOR, JOSE MANUEL, DERECHO DE LA SEGURIDAD SOCIAL. VOL. II, EDITORIAL TECNOS, TERCERA EDICION, MADRID ESPAÑA, 1981, 302 p.

BARQUIN CALDERON, MANUEL, DIRECCION DE HOSPITALES. ORGANIZACION DE LA ATENCION MEDICA. EDITORIAL INTERAMERICANA, QUINTA EDICION, MEXICO, 1985, 458 p.

BARQUIN CALDERON, MANUEL, MEDICINA SOCIAL. EDITORIAL MENDEZ OTEO, MEXICO, 1987, 589 p.

CERVANTES JORGE, IATROGENIA EN CIRUGIA. EDITORIAL SALVAT, S.A. DE C.V., PRIMERA EDICION, 1991, 253 p.

CORONADO MARIANO, ELEMENTOS DE DERECHO CONSTITUCIONAL MEXICANO. ESCUELA DE ARTES Y OFICIOS. EDITORIAL HERMES, TRIGESIMA NOVENA EDICION, 1986, 245 p.

CUEVA, MARIO DE LA, LA IDEA DEL ESTADO, NOVENA EDICION, EDITORIAL PORRUA, 1975, 238 p.

DE QUIROS, JUAN BERNARDO, LA SEGURIDAD SOCIAL EN LAS CONSTITUCIONES, REVISITA MEXICANA DEL TRABAJO, 1968, TOMO XV, 6A. EPOCA.

DELORME, J.C., IATROGENIA EN ANESTESIA, 8o. C.I.M.L., TERCERA EDICION, EDITORIAL ATENEO, BUENOS AIRES, 1982, 380 p.

E. GARTL Y JACO, PACIENTES, MEDICOS Y ENFERMEDADES, PRIMERA EDICION, EDITORIAL I.M.S.S., MEXICO, 1982, 737 p.

ELSENBERG - COPAS, MANUAL DE TERAPEUTICA DE URGENCIAS MEDICAS, PRIMERA EDICION, EDITORIAL INTERAMERICANA, MADRID, ESPAÑA, 608 p.

FAJARDO ORTIZ, GUILLERMO, ATENCION MEDICA TEORIA Y PRACTICA ADMINISTRATIVAS, NOVENA EDICION, EDITORIAL PRENSA MEDICA MEXICANA, S.A. DE C.V., 1989, 435 p.

FERNANDEZ PEREZ, RAMON, ELEMENTOS BASICOS DE LA MEDICINA FORENSE, SEXTA EDICION, EDITORIAL MENDEZ EDITORES, S.A. DE C.V., 1992, 450 p.

G. FRANCOIS, R. DELEUSE, M. CARA, MANUAL DE MEDICINA DE URGENCIAS, ANESTESIA Y REANIMACION, PRIMERA EDICION, EDITORIAL TORAY-MASSON, BARCELONA, ESPAÑA, 1976, 340 p.

H. D. CAIN, URGENCIAS MEDICAS DE FLINT, EDITORIAL INTERAMERICANA, PRIMERA EDICION MEXICO, 1987, 845 p.

M. L. MARTI, IATROGENIA POR MEDICAMENTOS, EDITORIAL ATENEO, BUENOS AIRES, 408 p.

NORAH MACKENZIE, ETICA PROFESIONAL Y SERVICIO HOSPITALARIO, EDITORIAL INTERAMERICANA, EDICION PRIMERA, 75 p.

N.R.E. FENDALL, LOS AUXILIARES EN EL CUIDADO DE LA SALUD, EDITORIAL ATENEO, SEGUNDA EDICION, BUENOS AIRES, 1976, 245 p.

NERIO ROJAS, MEDICINA LEGAL, EDITORIAL ATENEO, TERCERA EDICION, BUENOS AIRES, 1990, 506 p.

QUIROZ CUARON, ALFONSO, MEDICINA FORENSE, EDITORIAL PORRUA, SEXTA EDICION, MEXICO, 1990, 1123 p.

SORIN MIGUEL, IATROGENIA PROBLEMATICA GENERAL, EDITORIAL ATENEO, PRIMERA EDICION, BUENOS AIRES, 1975, 144 p.

SOBERON ACEVEDO, DERECHO CONSTITUCIONAL A LA PROTECCION DE LA SALUD, EDITORIAL PORRUA HERMANOS, PRIMERA EDICION, MEXICO 1983, 211 p.

SOBERON ACEVEDO, HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD, UNAM, MEXICO 1983, 121 p.

SOBERON ACEVEDO, EL CAMBIO ESTRUCTURAL

EN LA SALUD, UNAM., MEXICO, 1983, 82 p.

V.W. OAKS, S. SPITZER, CUIDADOS EN LAS UNIDADES DE URGENCIAS, EDITORIAL SALVAT EDITORES, S.A. DECIMO SEXTA EDICION, MAYORCA ESPAÑA, 1990, 232 p.

YUNGARIO-LOPEZ BOLADO, RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DE LOS MEDICOS, EDITORIAL UNIVERSIDAD, SEGUNDA EDICION, BUENOS AIRES, 1984, 368 p.

LEGISLACIONES CONSULTADAS

CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, LEYES Y CODIGOS DE MEXICO, EDITORIAL PORRUA, 113° EDICION, MEXICO, 1996, 140 p.

MEXICANO ESTA ES TU CONSTITUCION, COMENTARIOS EMILIO O. RABASA, EDITORIAL MIGUEL ANGEL PORRUA, DECIMA EDICION, MEXICO, 1995.

CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA DEL FUERO COMUN Y PARA TODA LA REPUBLICA EN MATERIA FEDERAL, EDITORIAL PORRUA, 54° EDICION, 1995, 338 p.

LEY GENERAL DE SALUD, EDITORIAL SISTA, S.A. DE C.V., 11 EDICION, ACTUALIZADA, MEXICO, 1994, 110 p.

CODIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL, LEYES Y CODIGOS DE MEXICO, EDITORIAL PORRUA, 63 EDICION, MEXICO, 1995, 655 p.