



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

**División de Ciencias Sociales y Económico
Administrativas**

La responsabilidad legal en la relación
médico-paciente.

TRABAJO MONOGRÁFICO
Para obtener el grado de
LICENCIADO EN DERECHO

Presenta
María Faviola Cantún Delgado.

Asesores:
Lic. Ignacio Zaragoza Angeles.
Dr. Luis Gerardo Samaniego Santamaría.
Lic. Blanca Araceli Preza Mayo.

Chetumal, Quintana Roo, México, mayo de 2008.

UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

División de Ciencias Sociales y Económicas Administrativas



Trabajo Monográfico elaborado bajo la supervisión del comité del programa de Licenciatura y aprobada como requisito para obtener el grado de:

LICENCIADO EN DERECHO

COMITÉ

Asesor: _____
Lic. Ignacio Zaragoza Ángeles.

Asesor : _____
Dr. Luis Gerardo Samaniego Santamaría.

Asesor:: _____
Lic. Blanca Araceli Preza Mayo.

Chetumal, Quintana Roo, México, mayo de 2008

AGRADECIMIENTO

Primero, quiero dar gracias a Dios, por darme la vida, porque sin él no habría llegado hasta donde me encuentro en estos momentos y no tendría nada de lo que tengo.

No puedo olvidar los sabios consejos que mis abuelos, Petra Delgado Canul y José Cantún Puerto siempre me dieron, que en su momento no entendía, pero con el pasar del tiempo he comprendido a la perfección. Motivo por el cual aunque ya no se encuentren físicamente quiero decirles, donde quiera que estén que sus palabras quedaron gravadas de manera permanente en mi corazón; además, han sido un gran ejemplo de vida para mi, enorgulleciéndome ser su nieta

El presente trabajo, se lo quiero dedicar a mi familia: mi madre Teresa Cantún Delgado, mi tío Mario Cantún Delgado y mi hermanita Solangel Guadalupe Cantún Delgado, por el gran soporte que me han otorgado durante la elaboración del presente, además de tolerar el mal humor que en ocasiones me embarcaba al realizar el mismo.

Quiero agradecer de manera infinita al Lic. Ignacio Zaragoza Ángeles por la gran ayuda y paciencia que me brindo, y el hecho de aceptar ser el director del presente trabajo monográfico.

De la misma manera, quiero reconocer la disponibilidad del Dr. Luis Gerardo Samaniego Santamaría y la Lic. Blanca Araceli Preza Mayo, por ser parte del grupo de sinodales que apoyan el presente trabajo.

También quiero corresponder el aprecio y cariño que me brindo la Lic. Teresa Duch Gary, quien a pesar de no poder continuar como sinodal por motivos personales en el presente trabajo, ha sido una persona que me apoyo y demostró gran interés en el tema.

Deseo gratificar también, el apoyo de la Lic. Iracema del Rosario Gómez Rodríguez, quien me motivo para terminar la presente y nunca me negó ayuda alguna; de la misma manera a su hermana Mayanin.

Además no puedo olvidar a mis amigos: María del Carmen Aguirre García, Fátima del Rosario García Moo, Mary Carla Castro Castillo y José Antonio Ramón Jiménez, quienes han sido un aliciente para que no dejara abandonado mi trabajo de titulación, demostrando su afecto y consideración hacia mi persona.

A todos los ya mencionados, esperando no olvidar a nadie y si lo hice me disculpo, les agradezco de todo corazón la ayuda, comprensión, paciencia, tortura psicológica y apoyo moral brindado a una servidora, que espera que en un futuro no muy lejano corresponder a todo ese cariño brindado.

Por todo muchísimas gracias.

Atte. María Faviola Cantún Delgado.

INDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA RESPONSABILIDAD LEGAL EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA.	
1. Internacional.....	4
2. México.....	12
CAPITULO II. MARCO JURIDICO VIGENTE.	
2.1. Derecho a la salud y su protección.....	19
2.2. La libertad de profesión.....	19
2.3. Los servicios médicos.....	20
2.4. Normas Oficiales Mexicanas.....	22
2.5. Sanciones.....	25
2.6. Delitos.....	25
2.7. Daños y perjuicios.....	28
2.8. Arbitraje.....	30
CAPITULO III. EJERCICIO PROFESIONAL DEL MEDICO.	
3.1 Generalidades.....	32
3.1.1. Concepto de ejercicio profesional.....	33
3.2 Del ejercicio profesional de la medicina.....	33
3.2.1. Concepto de médico.....	35
3.2.2. Concepto de atención médica.....	35
3.3 Relación médico-paciente.....	36
3.3.1. Como relación humana.....	37
3.3.2. Enfoque clínico.....	38
CAPITULO IV. RESPONSABILIDAD LEGAL EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA.	
4.1 Responsabilidad profesional.....	40
4.1.1 Concepto.....	40
4.1.2 Responsabilidad profesional de los médicos.....	40
4.1.2.1 Daño.....	41
4.1.2.2 Culpa.....	41
4.1.2.2.1 Imprudencia.....	43
4.1.2.2.2 Negligencia.....	43
4.1.2.2.3 Impericia.....	44
4.2. Responsabilidad civil.....	45
4.3. Responsabilidad penal.....	46
4.3.1 Delito, tipo penal, definición y elementos.....	47
4.3.2 Tipos penales cometidos por médicos en función de su profesión.....	48
4.3.2.1 Homicidio.....	48
4.3.2.2 Lesiones.....	49
	50
	50
	51
	52

4.3.2.3	Aborto criminal.....	50
4.3.2.4	Revelación de secreto.....	50
4.3.2.5	Instigación al suicidio-eutanasia.....	51
4.3.2.6	Delitos contra la salud pública.....	52
4.3.2.7	Falsificación de documentos.....	52
4.3.2.8	Abandono de persona.....	53
4.3.2.9	Delitos especiales contenidos en la Ley General de Salud.....	53
4.3.3	Tipo penal cometido en contra del ejercicio de la medicina: usurpación de profesiones.....	54
4.4.	La naturaleza jurídica del contrato médico.....	54
4.5.	Responsabilidad bioética del médico.....	55
4.6.	Responsabilidad administrativa de la práctica médica.....	57
CAPITULO V. LA COMISION NACIONAL DE ARBITRAJE MEDICO.		
5.1	Antecedentes.....	60
5.2	Estructura.....	61
5.3	Facultades.....	63
5.4	Procedimientos.....	64
5.4.1	Queja.....	67
5.4.2	Medios de solución de controversias.....	68
5.4.2.1	La conciliación.....	68
5.4.2.2	Arbitraje.....	71
5.4.3	Tipo de resoluciones.....	75
5.4.4	Elaboración de dictámenes médico-periciales.....	76
CONCLUSION.....		78
GLOSARIO.....		80
BIBLIOGRAFIA.....		84

INTRODUCCION

En nuestros días, la práctica de la medicina ha sufrido grandes cambios, entre ellos se encuentra la adquisición de más conocimientos a través del tiempo, los nuevos avances tecnológicos, y el mas importantes, desde mi punto de vista, es la relación que los profesionales de la medicina tienen con sus pacientes.

La ciencia del derecho no es ajena a estos cambios, motivo por el cual ha tratado de regular que los actos de los médicos no sean contrarios al derecho natural, y por esta razón se le ha otorgado el carácter de garantía individual al derecho a la protección de la salud.

Para comprender mejor este último aspecto, es necesario reconocer las etapas, o mejor dicho, el proceso histórico que se ha llevado a cabo para regular la actividad de los hoy llamados médicos; para no cometer los mismos errores que en el pasado se han cometido.

Considero prudente hacer un estudio breve de las normas que en nuestro país se encuentran vigentes, con el objetivo de conocer cuales son los actos que el médico realiza que son contrarias a derecho y, determinar que acciones como abogados podemos tomar para la resolución de un asunto que de esta naturaleza nos depare el destino en resolver.

Pero como abogados, no estamos obligados a conocer los factores que intervienen en el ejercicio profesional del médico, como son el concepto de médico, el concepto de atención médica y lo que significa la relación médico-paciente. Si conocemos los agentes anteriores, podremos tomar una decisión acertada sobre si el caso que se nos presenta es de naturaleza jurídica y resolverlo conforme a derecho.

Al familiarizarnos con los factores señalados en el párrafo anterior, se puede proceder al estudio de los tipos de responsabilidad en la que pueden incurrir los profesionales de la salud, siendo estas en el área civil, penal, laboral, bioética y administrativa.

Es relevante conocer que la primera instancia a la cual se debe recurrir es el arbitraje médico, siendo la institución encargada de ello la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Aunque no es la única instancia a la cual acudir, pero si a través de la cual, se puede tener la seguridad de que se tendrá la opinión médica y jurídica para apoyar y resolver la controversia que se presente ante la misma.

Sirva el presente trabajo a aquellos que tienen la curiosidad de saber que elementos y, procedimiento se debe efectuar cuando se desea establecer algún procedimiento jurisdiccional contra los actos de los médicos.

Nos dedicaremos en el primer capítulo a repasar los antecedentes históricos de la responsabilidad legal de los médicos, tanto en el ámbito internacional como en el nacional, haciendo énfasis en los factores que han propiciado los cambios en la relación médico-paciente. En el segundo capítulo se realizará un análisis de la legislación vigente en nuestro país, concentrándose en grupos de estudio para su fácil comprensión. En el tercer capítulo daremos las definiciones de los elementos básicos como son: ejercicio profesional de la medicina y la relación médico-paciente. En el cuarto capítulo se definirán los tipos de responsabilidad en la cual pueden incurrir los médicos, recayendo estas en materia civil, penal, laboral, bioética y administrativa. En el quinto capítulo se hará referencia al procedimiento denominado arbitraje médico, siendo en nuestro país la institución encargada de ello, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

CAPITULO I. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA
RESPONSABILIDAD LEGAL EN LA PRACTICA DE LA
MEDICINA

CAPITULO I

1.1. INTERNACIONAL

Desde que el hombre apareció sobre la tierra, se vio rodeado de circunstancias que afectaban su salud, las enfermedades y, para curarse y aliviarse de sus males aparecieron los hechiceros. En muy pocos libros se hace referencia a las primeras costumbres que sancionaban a quien dañara de manera dolosa a otra persona, pero la práctica mas antigua que se conoce por la cual se gobernaban era la formula de Talión, el ojo por ojo y diente por diente.

El primer documento en el cual se plasman leyes y costumbres que regían la conducta de los médicos en cuanto a la práctica de la medicina en la antigüedad es el Código de Hammurabi. Éste fue promulgado por el rey babilonio Hammurabi alrededor del 2123 a 1686 a. C. ⁽¹⁾

En Egipto se contaba con unos papiros que describían las diversas enfermedades y sus tratamientos, dando la libertad al médico de decidir si se comprometía a curar al enfermo o lo desahuciaba, con ello no aceptaba la responsabilidad si después moría la persona. Aunque también protegía al médico que apegándose a los papiros no había conseguido el mejoramiento en la salud del paciente y era cuestionado por éste último. ⁽²⁾

También se contó con los Colegios de Médicos, en los cuales sus colegiados no incurrían en responsabilidad cualquiera que fuera el resultado que tuviera el paciente, siempre que no se apartara de las reglas, pero si ello ocurría podían incluso ser castigados con la muerte. ⁽³⁾

(1) Choy García, Sonia Angélica. Responsabilidad en el ejercicio de la medicina. México. Edt. O.G.S. Editores. 2002, p. 36.

(2) Ibidem.

(3) Ibidem

En la época del imperio romano, se cuenta con la Ley Aquilia del año 467 a. C., imponía sanciones que pretendían reprimir los daños causados en ciertas condiciones. La Ley de las Doce Tablas, del año 451 a. C., que establece algunas conductas tipificadas como delictuosas, que tendían a reparar los daños causados. En las Instituciones de Gayo se encuentra la base normativa de la que emana la sanción que el derecho impone a quien lesiona a un acreedor; así como las consideraciones respecto al daño, culpa, y aun los acontecimientos fortuitos o de fuerza mayor. En las Instituciones de Justiniano, del año 533 d. C., se precisan las obligaciones que nacen de los actos ilícitos, así como los principios de una responsabilidad objetiva. ⁽⁴⁾

Existen dos casos muy celebres en cuanto a la responsabilidad profesional del médico. El primero en Francia en 1825, cuando el Dr. Helie atendió un parto distócico, al momento de salir el brazo derecho lo amputo e inmediatamente después el otro brazo del producto. El padre del recién nacido denuncia el hecho ante el Tribunal de Domfront que sentencia “imprudencia” y fija como pena la obligación de pagar una indemnización vitalicia al menor. ⁽⁵⁾

El otro caso se dio en 1832, el Doctor Thouret Noroy practicó una sangría y colocó un vendaje, pero se formó una tumoración a lo que recetó pomadas locales, sin embargo el paciente empeoro. El doctor se niega a atenderlo, otro médico le diagnostica al paciente aneurisma arterio venoso con lesión de arteria branquial, a pesar de esto se desarrolla gangrena y se le amputa un brazo. El Tribunal que estudio el caso sentencia “impericia, negligencia grave, falta grosera y olvido de las reglas elementales” condena al pago de una pensión vitalicia del médico al paciente lesionado. ⁽⁶⁾

(4) Valle Gonzalez, Armando. Varela Mejía Héctor Fernández. Arbitraje médico. México. Edt. Trillas, Ed. Primera, 2005, pp. 69-72.

(5) Choy García, Sonia Angélica. Op. Ct. P. 38.

(6) Ibidem.

Surge el período llamado “Protomedicato”, en donde se nombraba a los doctores como “protomédicos” y, quienes disfrutaban de poderes otorgados por el rey. Esta figura apareció en Roma y en España a finales de la edad media. ⁽⁷⁾

Los protomédicos se localizaban en donde hubiera una Real Audiencia, realizaban diversos trabajos, como: con jurisdicción en segunda instancia inspeccionar boticas, hacer comparecer a los practicantes para que autentificaran títulos y licencias, examinar candidatos, rescindir una licencia firmada previamente por una persona con derecho a expedirla. En síntesis, era una institución encargada de vigilar que las personas que ejercían la medicina fueran realmente médicos, así como hacer cumplir la normatividad que se aplicaba al respecto. También tenía la facultad de investigar, procesar, juzgar y castigar a aquellos culpables de “usurpar” las profesiones médicas y a los culpables de los delitos y excesos médicos; además de considerarla una de las primeras actuaciones institucionales de salud pública. ⁽⁸⁾

Después de la Segunda Guerra Mundial, se dieron dos sucesos ilustres, el primero fue el Código de Nuremberg en 1947, donde se sanciona la ética de la experimentación en el área de la medicina y, se subraya el consentimiento voluntario de la persona de forma esencial. Éste, resultado de los actividades realizadas en los campos de concentración, por los médicos nazis. ⁽⁹⁾

El segundo acontecimiento es el 10 de diciembre de 1948, donde se realizó la declaración de los derechos humanos de la recién creada organización de las Naciones Unidas, en donde se señala en su artículo 25 “...toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure a ella misma y a su familia la salud, el bienestar, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”.⁽¹⁰⁾

(7) Fernández Ruiz, Jorge. Servicios públicos de salud y temas conexos. México. Edit. Porrúa, Ed. Primera, 2006, p. 221.

(8) Ibidem. P.p. 222-223.

(9) <http://www.salvador.edu.ar/vrid/publicaciones/revista/benedetti.htm>

(10) <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>

En un principio el médico tomo como misión lograr un “bien objetivo”, considerando al paciente como una persona necesitada de ayuda, debiendo éste último aceptar las indicaciones del primero. El enfermo o paciente era tratado como incapacitado físico y mental, y además moral. A este particular modelo se le ha denominado *Paternalismo médico*, también considerado *mentira piadosa*.⁽¹¹⁾

Al aceptarse el principio de la responsabilidad médica, esta pasa a ser un tema digno de tratados específicos, y se dan a conocer los principios de la disciplina. Ante este suceso se incrementan los procesos judiciales seguidos contra médicos. Acontecimientos expresados en el Segundo congreso Internacional sobre Ética Médica realizado en París en mayo de 1966.⁽¹²⁾

Desde 1970, los enfermos empiezan a tener conciencia de su condición de agentes morales autónomos, libres y responsables que no querían relaciones de padres e hijos con sus médicos, sino la de personas adultas que mutuamente se necesitan y respetan; cambia el modelo preexistente.⁽¹³⁾

Para respetar la autonomía del paciente, en la práctica cotidiana se incorporó un instrumento sustancial, el consentimiento informado, según el cual el médico debe explicar las razones de su indicación y los riesgos que conlleva implícita una práctica convencional o experimental. Por su parte, el paciente debe consignar que acepta libremente el procedimiento en cuestión.

Este derecho a la información tiene como fundamento jurídico la Declaración Universal de Derechos del Hombre, encontrándose en su artículo primero, que habla de la dignidad del ser humano. La dignidad como valor y no como derecho.⁽¹⁴⁾

(11) <http://www.aeds.org/Congreso12/PONENCIASCOMUNICACIONES%20LIBRES/Ponencias/Comunicaciones%20Libres/victorFrigieri.htm>

(12) <http://geosalud.com/malpraxis/seguromedico.htm>

(13) http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_4_03/miel5403.htm

(14) <http://www.educar.org/comun/derechoshumanos/espanol/index.asp>

A la par de las nuevas técnicas que surgen en la rama de la medicina, se ha provocado la deshumanización en el trato del médico hacia el paciente, aumentándose las enfermedades crónicas, y disparándose los gastos sanitarios por la mayor demanda, haciendo que el usuario asista y contemple con asombro y miedo, dando como resultado una relación conflictiva. Frente a esta situación, la sociedad exige la defensa de las personas que recurren a este servicio para mejorar su salud, “derechos de los pacientes, con un trato de respeto, surge en este contexto la Primera Carta de Derechos del paciente en 1973, que de alguna manera viene a salvaguardar la autonomía del enfermo frente al hospital.”⁽¹⁵⁾

Entre 1975-1989, se da una mayor apertura de la sociedad hacia el discurso ético y una mayor autoconciencia colectiva de los científicos sobre las dimensiones morales de su trabajo y sobre su responsabilidad pública. Esto es el resultado de las atrocidades y abusos en las investigaciones médicas que se habían realizado en los campos de exterminio nazi; Unidad 731 de Japón, pero sobre todo el estudio Tuskegee llevado a cabo en los Estados Unidos.⁽¹⁶⁾

A principios de la década de los noventa, se da un nuevo avance al reconocerse el derecho que tiene el paciente para negarse a recibir un tratamiento, aunque el mismo pueda prolongar su vida.

Con todos los acontecimientos ocurridos antes descritos, se produce una evolución en los derechos de los pacientes y aparece la llamada medicina participativa o desiderativa. En la cual, el paciente no sólo tiene el derecho de consentir o disentir una propuesta, sino que además puede sugerir o solicitar un determinado tipo de procedimiento que mejore su calidad de vida (cirugía estética, cirugía de transexualidad, suicidio asistido), aun cuando el procedimiento elegido

(15) http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/trabaj_derech_deber_pac.htm

(16) <http://www.gerenciasalud.com/art173.htm>

no sea convencional o coloque su vida en peligro. Aquí se puede apreciar el esfuerzo que las diversas cartas y declaraciones han surgido con respecto a los derechos de los pacientes.⁽¹⁷⁾

Aunado a la legislación que ha surgido, nuestra sociedad ha desarrollado enormemente el plano científico y técnico. Un ejemplo, la medicina del siglo XIX no tenía las posibilidades científicas para prolongar la vida de una persona como hoy se dispone.

Se debe reconocer que a la par del avance técnico, se han incrementado el número de demandas por mala praxis médica, como resultado de la fragilización de la relación entre el médico y el enfermo.

Y a la par del progreso científico, la sociedad ha alcanzado un nuevo marco de valores: el respeto a la dignidad de la persona humana, eliminación de desigualdad por credo, raza, o posición social; todo esto junto a la libertad de conciencia y pluralidades ha concluido al reconocimiento de las autorías de las personas, el derecho a participar en las decisiones que a cada uno le concierne; quebrándose la tradicional relación médico-paciente.⁽¹⁸⁾

Actualmente, la relación médico-paciente se lleva a cabo bajo ciertas particularidades:⁽¹⁹⁾

- 1) Tendencia creciente de utilizar tecnologías sofisticadas para la obtención de un diagnóstico certero. El cual ha deshumanizado la práctica médica, dándose una interacción impersonal.
- 2) El paciente realiza una interconsulta con médicos especializados, provocando en este equipo un sentido difuso de responsabilidad de cada uno en la toma de decisiones. Provocando en el paciente incertidumbre, hastío y deseos de suspender esta relación múltiple.

(17) <http://www.gerenciasalud.com/art173.htm>

(18) http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_4_03/mie15403.htm

(19) <http://www.bioetica.org/cuadernos/ensciones11.htm>

- 3) En América Latina, en el sistema de salud pública subsiste el modelo paternalista. Aunque ya se empiezan a visualizar pequeños cambios en este modelo.
- 4) Los sistemas de salud privados se perciben como empresas médicas de carácter económico.
- 5) Una persona recurre a consulta especializada cuando considera que su salud esta deteriorada.

Un factor importante que ha propiciado la baja calidad de la medicina en países como Colombia y Estados Unidos es la llamada “medicina prepagada”, la aportación de una cuota fija previa atención médica. Dejando en claro la insatisfacción de los pacientes en cuanto a sus necesidades, y la frustración profesional de los médicos, ya que el objetivo principal es la búsqueda de ganancia financiera.

En Estados Unidos como en varios países, el médico en ocasiones no realiza actividad alguna que pueda resultar positivo para el paciente por el temor a un juicio. En Argentina, como resultado de estos hechos se ha llegado a encarecer la medicina, debido a que todos los médicos tienen que tener un seguro. ⁽²⁰⁾

En Uruguay, la tendencia igualadora de la democracia y la contrapartida económica de un sistema sanitario basado en el médico asalariado, fue suficiente para disminuir el respeto de los pacientes para sus curadores. ⁽²¹⁾

En Colombia, como en la mayor parte del mundo, la profesión médica se ha transformado a través de los años, pasando de un paternalismo médico, en el que el profesional decidía por el paciente, a una condición de respeto por el enfermo como sujeto capaz de decidir sobre su propia vida o si es el caso sobre su muerte. ⁽²²⁾

(20) Ghersi, Carlos A. Director. Derecho de los pacientes al servicio de salud. Contrato y responsabilidad médica. Argentina, Ediciones Jurídicas Cuyo, 1998, Ed. Primera. P. 43.

(21) Ibidem. P. 45.

(22) <http://aupec.univalle.edu.co/informes/julio98/bioetica.html>

En la mayor parte de los países de América Latina se tiene conciencia de que se necesitan más recursos médicos, más hospitales, mayores presupuestos, para brindar un mejor servicio, pero es evidente que todo estos elementos no pueden emplearse de una forma racional, si primeramente no se determina cuál es la buena atención médica y la forma en que debe organizarse esta.

Pero para determinar que tipo de atención médica necesita cada población, se requiere conocer las necesidades reales de la población con la demanda de la población, con el nivel de vida, con las costumbres y actitud de la población hacia la medicina, etc. También se deben contemplar los factores que son importantes en este aspecto el nivel de vida, la renta nacional y familiar, y la cultura.

La realidad de nuestros días nos explica que en muchos países, el sistema de salud está en crisis, y que en el centro de esta problemática, como cara visible y ente vulnerable, aparece el médico con todas sus virtudes y defectos.

En resumen, la amenazante situación en que se encuentran los profesionales de la medicina ha sido determinada por diversas causas, entre las cuales se encuentran: los cambios en la relación médico-paciente, el creciente número y la mayor experiencia de los abogados litigantes en reclamos de responsabilidad civil profesional; el surgimiento rápido de nuevas drogas y de nuevos procedimientos quirúrgicos; la tendencia a culpar a los médicos cuando las cosas no nos salen bien y la creciente liberalidad de los tribunales.

El Dr. Favalaro de Argentina ha concluido que las condiciones actuales están llevando a los médicos a la neurosis y psicosis individual y colectiva, y a numerosos conflictos de roles en donde los mayores perjudicados son los pacientes.⁽²³⁾

(23) Ghersi, Carlos A. Director. Ob. Cit., pp. 45.

1.2. MEXICO

En nuestro país, los curanderos eran los que atendían a los indígenas desde la época prehispánica, y lo continuaron realizando aún con la llegada de los españoles. Quienes los miraban con respeto, además de recurrir a sus servicios.⁽²⁴⁾

En la época colonial se destaca el surgimiento de un Consejo Protomédicos, que en 1527 inició sus funciones imponiendo sanciones contra la negligencia médica y la práctica de la medicina sin licencia.⁽²⁵⁾

Posteriormente en 1630 se creó en la Nueva España el Tribunal del Protomedicato, siendo su principal función la de regular las cuestiones de la administración pública sanitaria, así como resolver los litigios que con motivo del ejercicio de las diversas profesiones médicas se suscitasen.⁽²⁶⁾

Dos siglos después, el órgano encargado de todo lo concerniente a la salud pública era el Consejo Superior de Salubridad, fundado en 1841, heredaba las funciones de la Facultad Médica de México, descendiente directo a su vez del Protomedicato Virreinal. Contaba con las siguientes facultades: supervisar el buen ejercicio y la enseñanza de la medicina, era la única instancia autorizada para expedir licencias y legitimar títulos; vigilar puertos y fronteras, y formular y revisar un Código Sanitario. También se encargaba de vigilar la calidad de alimentos y bebidas, y de cuidar el aseo de edificios, calles y plazas, haciendo las veces de policía médica.⁽²⁷⁾

(24) Caso, Alfonso. Silvio Zavala, José Miranda y Moisés González Navarro. La política indigenista en México. México: Instituto Nacional Indigenista y Secretaría de Educación Pública, 1973, 2ª ed., Tomo I.

(25) Fernández Ruiz, Jorge. Director. Servicios públicos de salud y temas conexos. Edit. Porrúa, ed. primera, México, 2006. p. 237.

(26) Idem.

(27) Idem.

Debido a la gran influencia que los demás países han tenido en el nuestro, se tomo la misma medida de considerar al paciente incapaz de decidir lo mejor para el mismo, dándose el “paternalismo médico”. Ideología que se conservo hasta que se empezó a cuestionar los principios éticos, donde se le reconocía al paciente la facultad para decidir sobre su vida, o su cuerpo.

En 1947 se publica La Ley de Secretarías y Departamentos, la cual otorga a la Secretaría de Salubridad y Asistencia facultades para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud, entre otras.⁽²⁸⁾

Al no haber un cambio por años en materia de la responsabilidad de los médicos, en la década de los 80 se inicia una serie de reformas en salud que proponen un cambio estructural a través de una amplia actualización legislativa en nuestro país.

Por lo que, el 25 de agosto de 1981 se creó la Coordinación de los Servicios de Salud por iniciativa del entonces Presidente Constitucional de la República Mexicana, Lic. José López Portillo, esto con el propósito fundamental de promover el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud en el Marco del Sistema Nacional de Planeación.⁽²⁹⁾

La Coordinación de los Servicios de Salud propuso la necesidad de incorporar a la Constitución como garantía social el Derecho a la Salud, por lo que en febrero de 1983 el artículo 4º Constitucional se modifico al adicionar “...Toda persona tendrá derecho a la protección de la Salud...”, adquiriendo jerarquía constitucional el derecho a la protección de la salud.⁽³⁰⁾

Derecho que encierra un principio integral en su cobertura, es universal y protege a todo ser humano por el mismo hecho de serlo, sin necesidad de otro requisito.

(28) Fernandez Ruiz, Jorge. Director. Ob. Cit. P. 229.

(29) Fernández Ruiz, Jorge. Director. Ob. Cit. P. 17.

(30) Fernández Ruiz, Jorge. Director. Ob. Cit. P. 19.

A partir de este momento, en que es consagrado el derecho a la protección de la salud, se incorporan al Régimen Constitucional Mexicano una serie de principios inherentes a la salud. Se dan cambios estructurales y legislativos en éste ámbito, donde el Estado Mexicano asume la rectoría de la política de salud, la función de coordinar y proveer de los servicios para la protección, promoción y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.⁽³¹⁾

El Estado Mexicano, ante la presencia de un derecho de la magnitud del derecho a la protección de la salud, promovió la revisión del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, para hacerlo congruente con estos cambios y poder promulgar un instrumento legislativo que le diera vigencia y así reglamentara este derecho, por lo que se promulgo, el 7 de febrero de 1984, la que se domino Ley General de Salud y que entro en vigor el 11 de julio de ese año.⁽³²⁾

Uno de los factores que han sido responsable de estos acontecimientos en nuestro país, es la revolución demográfica, es decir, si hace cincuenta años la esperanza de vida era de cincuenta años, ahora es del 50% más, más de 75 años de esperanza de vida.⁽³³⁾

También se han presentado cambios en el ámbito social, político, económico y tecnológico, que han provocado una deshumanización en la conducta cotidiana, y que la práctica médica ha sucumbido a este cambio.

Además en México como en otros países la consolidación de la atención médica depende de la seguridad social, la cual debe beneficiar a grandes segmentos de la población, pero no está exenta de que la masificación y en ocasiones el eficientismo, acarreen problemas ético-médicos: la deshumanización, la pérdida del secreto profesional, el burocratismo.

(31) Fernández Ruiz, Jorge. Director. Ob. Cit. P. 18.

(32) Idem.

(33) Revista CONAMED, Vol. 11, Núm. 7, julio-septiembre, 2006. Pág. 33.

Actualmente las denuncias por la responsabilidad legal de los médicos a aumentado debido a que los pacientes se han preocupado por tener conocimiento médico y jurídico; esto es relativo a la influencia de los medios de comunicación, los cuales alentan las actitudes de inconformidad y desconfianza. Los pacientes están dejando un mensaje muy claro, mejorar la comunicación de los médicos, quienes deberán tener una base científica muy sólida que justifique las decisiones que cada uno de ellos proponga a su paciente.

Aunado a todos los cambios sociales, políticos y culturales, se ha dado una transformación en los patrones de las enfermedades, debido a los avances tecnológicos. Ocasionando condiciones diferentes en la práctica de la medicina. Además de que hoy en día los médicos confrontan nuevos problemas y también viejos problemas en circunstancias nuevas. Afectando profundamente la práctica de la medicina y el resultado de los diagnósticos, haciendo necesario revisar sus metas y valores que rigen la práctica profesional de la medicina.

Un hecho que ha venido a obstaculizar de manera tajante la relación médico-paciente es “la medicina prepagada” o “terceros pagadores”, es decir, la aportación de una cuota fija previa a la atención médica. Dando como resultado que la atención médica tenga un alto costo. En nuestro país, el número de personas que ha contratado seguros de gastos médicos creció 75 por ciento en seis años y la tendencia aumenta, al punto de que se espera se duplique el actual número de usuarios en menos de cinco años.⁽³⁴⁾

Los cambios más trascendentales que se han dado en nuestro país, debido al constante desarrollo e influencia de otros países, son los siguientes:⁽³⁵⁾

- a) La mayor participación de la población en el bienestar de la comunidad.

(34) Revista CONAMED, Vol. 12, Núm. 1, enero-marzo, 2007. págs. 22, 23,

(35) <http://www.gerenciasalud.com/art230.htm>

- b) El surgimiento del concepto de autonomía de los pacientes, que conlleva a una mayor participación en las decisiones que involucran a su propia salud, dejando atrás a la actitud de sumisión absoluta e incuestionable a las decisiones de su médico.
- c) La expresión abierta de la inconformidad de los pacientes de la atención recibida, que se expresa mediante demandas legales, los cuales se intentan amortiguar económicamente mediante seguros por mala práctica médica.
- d) El cambio del papel del médico, del paternalismo del profesionista que todo lo sabe y decide, al de co-responsable de la atención a la salud, conjuntamente con el propio paciente.

Por todo lo antes expuesto, la protección de la salud es un derecho constitucional, que se está tratando de proteger. Tanto los avances científicos y técnicos de la medicina, así como el creciente acceso de la población a los servicios médicos, han contribuido a hacer cada vez más efectivo el derecho a la protección de la salud de los mexicanos consignado en el artículo cuarto de nuestra Constitución Política. Dicha garantía refleja en su contenido, al mismo tiempo, un carácter individual y un profundo sentido social.

Hay que reconocer que hoy en día, el ejercicio de la medicina, tanto pública como privada se encuentra sometido a un escrutinio social mucho más crítico y exigente; y que al igual que ocurre en muchos otros países, hoy existen en el nuestro mayores espacios para la libre expresión de la insatisfacción y las controversias emanadas de la prestación de los servicios médicos.

Para resumir se puede aludir a Teodoro Cesarman, que en su libro titulado *Ser Médico*, se puntualiza: “Los años pasaron, la población aumentó y la educación médica se volvió masiva. Aquellos tradicionales hospitales de México que proporcionaban asistencia han sido sobrepasados por la medicina social y burocratizado y la mercantilización de la medicina cerró las puertas al intercambio científico y médico”.

Y debe reconocerse que la relación humana que el médico, y personas en general tratantes con la salud de las personas, han de establecer con el paciente, no debe basarse en el “servicio” sino en la “amistad”.

Además de que se ha de cuestionar a las instancias de procuración e impartición de justicia, de las formas, procedimientos y los procederes de quien otorga servicios especializados, así como la cobertura de distribución de equipo y servicio, destinado a la población. Todo esto sin que las instancias estén preparadas para interpretar adecuadamente el acto médico, por lo que es necesario la participación y colaboración de instancias alternativas especializadas para resolver e interpretar de una mejor manera. ⁽³⁶⁾

(36) Revista CONAMED, Año 2003. Trimestre 4. Octubre-diciembre. Artículo 6. P. 46.

CAPITULO II. MARCO JURIDICO VIGENTE.

CAPITULO II

2.1.- DERECHO A LA SALUD Y SU PROTECCIÓN.

En nuestra Constitución se contempla el derecho a la salud y su protección, entre las garantías individuales, en el artículo 4º, tercer párrafo. De donde se desprende que la salud es un derecho que debe disfrutar toda persona, y que es una condición básica para la existencia de un pueblo sano, física y mentalmente.

Y se establece en el artículo 73 fracción XVI, la forma y las bases para el acceso a los servicios de salud, además de que la federación como los estados ofrecerán estos servicios, pero no se señala que sean gratuitos.

2.2.- LA LIBERTAD DE PROFESIÓN.

En nuestra Carta Magna, en su artículo 5º se determina la libertad para el libre ejercicio de cualquier profesión o actividad comercial, siempre que esta sea lícita. Y estipula que cuando se trate de profesiones que para su ejercicio requieran título, estas deberán ser expedidas por las autoridades educativas correspondientes, de acuerdo a los requisitos que en la legislación indicada se ordene.

En la ley Reglamentaria del artículo 5º Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal, que es de aplicación federal, se establece el concepto de ejercicio profesional, el cual es la realización habitual o la prestación de cualquier servicio de cada profesión, aunque se trate de simple consulta o su ostentación por medio de tarjetas, anuncios o placas.

Lo anterior obliga al profesionalista, en nuestro caso al médico, a anteponer todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio de su paciente, así como al desempeño del trabajo. Esta obligación conlleva a otras que son: de medios, de resultados y de seguridad, las cuales no se contemplan en las leyes.

En la primera que es la de medios, se deben llevar de forma conjunta los conocimientos científicos, recursos técnicos y tiempo necesario al servicio de su paciente. En la obligación de resultados, se tendrá vigente en el momento en que se prometa el resultado al paciente de la atención médica. Y en la obligación de seguridad, se trata de evitar los accidentes en la atención médica.

En el caso de que exista inconformidad, se puede resolver mediante juicio de peritos, dependiendo de la instancia en que la persona se inconforme o proceda a demandar.

2.3.- LOS SERVICIOS MÉDICOS.

En la Ley General de Salud se instituye quienes son los usuarios de servicios médicos, entendiéndose como tales a las personas que solicitan, requieren y obtienen la atención médica. Y se señala que los prestadores de estos servicios son las instituciones de salud de carácter público, privado y social, así como los profesionistas que de manera libre realizan actividades relacionadas con la práctica médica.

El objetivo de los servicios médicos, señalado en la misma Ley, es el beneficio de la sociedad en general, protege, promueve y restaura la salud de la persona y la colectividad. Estos servicios se clasifican en: atención médica, salud pública y asistencia social.

La mayoría de las obligaciones están a cargo de los prestadores de los servicios médicos, debido a que la práctica profesional del médico tiene un alto sentido social.

En el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, se establecen obligaciones a los prestadores del servicio, de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, para que los usuarios reciban prestaciones de salud oportunas y de calidad idóneas, atención profesional y éticamente responsable. Informándose al paciente o a sus familiares sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondiente.

Además de que se establece en el mismo reglamento, que los responsables de los establecimientos de salud, deberán dejar en resguardo por cinco años los expedientes clínicos de los pacientes, y proporcionar a los pacientes o sus familiares cuando lo soliciten el resumen clínico sobre el diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico del padecimiento que ameritó el internamiento.

Otro aspecto fundamental que se determina en el mismo reglamento, es el egreso voluntario del paciente, por sí mismo o por familiar, tutor o representante jurídico cuando tiene conocimientos de las consecuencias que la acción puede ocasionar.

La solicitud del egreso voluntario debe reunir los siguientes requisitos: nombre y dirección del establecimiento, fecha y hora del alta, nombre completo, edad, parentesco, en su caso, y firma de quien solicita el alta, razones que motivan el egreso; resumen clínico; medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo; nombre completo y firma del médico que otorga la responsiva; nombre completo y firma del médico que emite la hoja; nombre completo y firma de dos testigos, y en su caso, hoja de notificación al Ministerio Público.

El paciente o representante legal deberá firma los documentos mediante los cuales, con la debida información, acepta los riesgos y beneficios esperados en un procedimiento médico o quirúrgico.

Y se determina de manera clara en dicho reglamento, que las instituciones que proporcionen el servicio médico, están obligados a prestarla de manera inmediata a todo usuario, en caso de urgencia cuando ocurra en la cercanía de los mismos.

Además de que cuando un paciente ingrese al hospital, y siempre que el estado del paciente lo permita se recavara la firma de éste con respecto a su autorización. Lo anterior, para realizar los procedimientos médico-quirúrgicos necesarios acordes a su padecimiento, con fines de diagnóstico o terapéuticos.

En el caso, en que el paciente se encuentre incapacitado, se recabara la autorización por el familiar mas cercano, representante legal, siempre que se les informe del carácter de la autorización.

Y si es imposible la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de persona alguna que acompañe al paciente, los médicos autorizados del hospital, previa valoración del caso y con acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevaran a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, y se quedara constancia por escrito del hecho, en el expediente clínico.

2.4.- NORMAS OFICIALES MEXICANAS

En la Ley General de Salud se establece que la Secretaría de Salud tiene la facultad para normar y regular la prestación de servicios de salud, responsabilidad que no comparte con otra institución, cuando se trate de salubridad general.

Para que las dependencias de la Administración pública Federal puedan elaborar las normas oficiales mexicanas, la Ley Federal sobre Metrología y

Normalización será la encargada de fomentar la transparencia y eficiencia en la conformación del cumplimiento de las normas oficiales mexicanas. Lo anterior para promover la concurrencia de los sectores público, social y privado, así como científico y de consumidores, en la elaboración y observancia de éstas.

La importancia de estas normas para el presente trabajo, es que con ellas se pretende mejorar la calidad de los servicios médicos, para garantizar éste a las personas que recurren a los mismos. Además de que se evitan las interpretaciones o aplicaciones defectuosas de los ordenamientos, reducir los amplios márgenes de discrecionalidad por parte de la autoridad y superar la falta de homogeneidad de los criterios que vinculan la prestación de los servicios de salud y la práctica jurídica-sanitaria.

La secretaría de Salud ha emitido para la prestación de los servicios de atención médica, las normas oficiales mexicanas siguientes: ⁽¹⁾

- NOM-002-SSA2-1993.- Para la organización, funcionamiento e ingeniería del servicio de radioterapia.
- NOM-003-SSA2-1993.- Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- NOM-005-SSA2-1993.- De los servicios de planificación familiar.
- NOM-007-SSA2-1993.- Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- NOM-010-SSA2-1993.- Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
- NOM-013-SSA2-1994.- Para la prevención y control de enfermedades bucales.
- NOM-014-SSA2-1994.- Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello, útero y de la mama en la atención primaria.

(1) <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/psnno.html>

- NOM-015-SSA2-1994.- Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
- NOM-020-SSA2-1994.- Para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancias.
- NOM-021-SSA2-1994.- Para la vigilancia, prevención y control del complejo teniasis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica.
- NOM-025-SSA2-1994.- Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médica-psiquiátrica.
- NOM-031-SSA2-1999.- Para la atención a la salud del niño.
- NOM-035-SSA2-2002.- Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica.
- NOM-040-SSA2-2004.- En materia de información en salud.
- NOM-056-SSA1-1993.- Requisitos sanitarios del equipo de protección personal.
- NOM-168-SSA1-1998.-Del expediente clínico.
- NOM-170-SSA1-1998.- Para la práctica de la anestesiología.
- NOM-171-SSA1-1998.- Para la práctica de hemodiálisis.
- NOM-178-SSA1-1998.- Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- NOM-190-SSA1-1999.- Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.
- NOM-197-SSA1-2000.- Requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención medica especializada.
- NOM-206-SSA1-2002.- Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.
- NOM-208-SSA1-2002.- Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la untrasonografía diagnóstica.

- NOM-209-SSA1-2002.- Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de cirugía oftalmológica con laser excimer.

2.5.- SANCIONES.

En el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, también se establecen sanciones cuando se den los siguientes casos:

- El establecimiento carezca de personal suficiente e idóneo o equipo, material o local adecuado de acuerdo a los servicios que se presten.
- Se realicen intervenciones quirúrgicas sin la debida autorización por escrito que pongan en peligro la vida o la integridad del paciente.
- Se emplee medida terapéutica proscrito por la legislación sanitaria que atente con la integridad física del paciente.
- Se niegue la prestación de un servicio médico en caso de notoria urgencia.

2.6.- DELITOS.

En el Código Penal Federal se tipifican cuales son los delitos, siendo estos de acción u omisión. Y estos a su vez se clasifican, por su intención en culposos, cuando se tiene la intención de causar el daño y éste se presenta por cuestiones ajenas a su voluntad, y dolosos, estas son cuando el sujeto conoce el daño que va a causar y no se desiste de su actuar.

Entre los delitos que se contemplan en el Código son:

- Delitos contra la salud, suministro ilícito de estupefacientes y psicotrópicos, (artículos 194, fracción I, y 196 fracción V).
- Revelación de secretos, (artículo 210 y 211)

- Falsificación de documentos (artículos 243 y 246, fracción IB).
- Usurpación de profesión. (artículo 250, fracción II).
- Delitos contra el estado civil, (artículo 277, fracciones I y IV).
- Delitos contra la vida y la integridad corporal (artículos 288, 302, 329 y 335).

También en la Ley General de Salud se tipifican los siguientes delitos:

- El delito de tráfico y comercio de agentes patógenos o sus vectores, previsto en el artículo 455 de la citada ley.
- El delito de transporte, manejo o comercio de sustancias tóxicas, cuando no se cuente con el permiso de la secretaría de salud, prescrito en el artículo 456.
- Delito de quien contamine las aguas, artículo 457, destinado para consumo humano y que ponga en riesgo la salud de las personas.
- Delito cometido por persona, quien utiliza fuentes radiactivas que puedan ocasionar daño a los mexicanos, artículo 458.
- Delito de tráfico de sangre y sus derivados, previsto en los artículos 459 y 460, que establece: a quien pretenda sacar o saque del territorio nacional sangre humana, sin permiso de la secretaría de salud, se impondrá prisión y multa.
- Delito de tráfico y comercio de órganos, tejidos y componentes humanos, artículo 461.
- Delito de tráfico de órganos humanos, artículo 462.
- Delito de sustracción de órganos en cadáveres, artículo 462 Bis.
- Delito de transporte y comercio con animales infectados de enfermedades transmisibles al hombre, artículo 463, en los términos del artículo 157 de esta Ley.
- Delito de adulteración de bebidas y alimentos, artículo 464.
- Delito de investigación clínica en seres humanos sin sujetarse a lo previsto en la Ley de la materia, artículo 465.

- Delito de inseminación artificial en la mujer, cuando ésta no otorga su consentimiento u otorgándolo, es contrario a la ley, artículo 466.
- Delito que se comete cuando se propicia el consumo de psicotrópicos en menores de edad o incapaz, artículo 467.
- Delito por negativa a atender el requerimiento de la autoridad sanitaria, artículo 468.
- Delito por negativa de atención en caso de notoria urgencia, artículo 469.

Corresponde a los tribunales federales en materia penal, declarar la responsabilidad de las personas acusadas ante ellos y aplicar las sanciones que señalen las leyes. Sólo estas declaraciones se consideran verdad legal.

El Código Federal de Procedimientos Penales establece que la investigación de un delito, empieza con la averiguación previa ante el Ministerio Público, quien realiza todas las investigaciones necesarias para comprobar los elementos del tipo penal y la presunta responsabilidad del sujeto. En este supuesto el Ministerio Público, al concluir sus investigaciones, tienen dos opciones: primera, ejercer la acción penal y consignar el expediente ante un juez penal por haberse acreditado la presunta responsabilidad; segunda, el no ejercicio de la acción penal por falta de elementos por acreditar el tipo penal y la presunta responsabilidad.

Los procesos de la competencia de los jueces penales serán consignados a estos por riguroso turno, y el procedimiento que ha de seguirse se ajustara estrictamente a lo previsto por el propio código de la materia.

Se regirá por las siguientes fases procesales: auto de formal prisión, ofrecimiento y desahogo de pruebas, conclusiones, cierre de instrucción y sentencia.

2.7.- DAÑOS Y PERJUICIOS.

En el Código Civil Federal, se señala que cuando una persona esta obligada a prestar un servicio y deja de prestarlo o no lo presta de la forma en que se estableció previamente, será responsable de los daños y perjuicios, a menos de que se demuestre que el daño fue a consecuencia de culpa o negligencia inexcusable del paciente.

En el mismo código se entiende por daño la perdida o menoscabo sufrido en el patrimonio del paciente por falta de cumplimiento de una obligación y, perjuicio, la privación de cualquier ganancia lícita que debiera haberse obtenido con el cumplimiento de la obligación del facultativo.

Para tener derecho al pago de daños y perjuicios, estos deben ser consecuencia inmediata y directa de la falta de cumplimiento. Y para que este acto nazca a la vida jurídica se necesita previamente de un contrato de prestación de servicios profesionales, que puede ser de manera verbal o de forma escrita. Del cual se deriva que existe la retribución, siempre que no se pacte lo contrario.

En el mismo se señala, que en el momento en que el profesionista no pueda continuar con la prestación del servicio ofrecido, deberá dar aviso con oportunidad y si no lo realiza se obliga a satisfacer los daños y perjuicios que se causen.

Cuando se presten los servicios profesionales, el prestador sólo será responsable de las personas con quienes realizo el contrato, ya sea por negligencia, impericia o dolo, independientemente de las penas que se apliquen en caso de delito.

Se entiende por negligencia, la falta de cumplimiento de un deber de cuidado.

La impericia es cuando la persona que sin tener los conocimientos o destreza en los actos que otra persona le solicita, realiza la acción solicitada sólo por complacer a esta última.

El dolo es ya con conocimiento de que lo que se realiza es un engaño a la otra persona, para nuestra materia se afecta la salud de la persona.

En el momento en que se ha causado daño o perjuicio a persona alguna, esta decidirá si recurre a los tribunales por el cumplimiento de la obligación. En la vía civil, es el juicio ordinario civil, regido por el Código Federal de Procedimientos Civiles.

La controversia se inicia con la demanda presentada por el actor, en donde se narran los hechos de forma cronológica, invocando los preceptos legales en que se funda y los puntos petitorios que pretende.

Posteriormente, se notifica la demanda a la persona contra la que se interpone, corriéndose traslado de la demanda y documentos que se anexan. Se le da un término de nueve días al demandado para contestar cada uno de los puntos de la demanda, afirmándolo, negándolo o, en su caso, señalar que no son hechos propios, por lo tanto ni se afirman ni se niegan. De lo contrario se le considerara confeso de los hechos que le imputan.

Acto seguido el juez señala fecha para la celebración de la audiencia de conciliación. Si en esta audiencia las partes concilian en términos amigables, se elabora un convenio para ambos. En caso contrario, se apertura la etapa de ofrecimiento de pruebas y alegatos, donde cada parte aportara las pruebas que crea conducente para probar su dicho.

Finalmente, el juez valora los elementos probatorios aportados por las partes en términos del código de la materia y emite la sentencia.

También existe otra forma para que las partes resuelvan la controversia, esta es a través de un tercero denominado arbitro, que será nombrado por las

partes de manera voluntaria y de común acuerdo, en donde se respetaran los lineamientos previstos en la disposición jurídica invocada. Se seguirán las etapas del procedimiento, pero más flexibles, ágiles y expeditas.

2.8.- ARBITRAJE.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico tiene como objeto contribuir a resolver los conflictos citados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios. En el Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se señala la estructura y la organización del instituto, así como la facultad que tiene cada área dentro de la propia Comisión para dar mejores resultados. Su función principal es dirimir las controversias por medio de la conciliación o el arbitraje, para evitar las vías judiciales.

La Comisión tiene la facultad para brindar asesoría e información sobre derechos y obligaciones de los prestadores de servicios médicos y usuarios de dichos servicios. Así como de prestar apoyo en dictámenes cuando se le solicite por las otras instituciones, ya sea de salud o judicial.

CAPITULO III. EJERCICIO PROFESIONAL DEL MEDICO.

CAPITULO III

3.1 GENERALIDADES.

En la actualidad, la dinámica social ha transformado todas las actividades que realiza el ser humano, entre ellas la salud, como se ha hecho referencia en capítulos anteriores. Para nuestro estudio, la relación médico-paciente se ha encontrado con diferentes factores que la obligan a cambios radicales con frecuencia, sin dar tiempo a la adaptación de las mismas.

Cuando nos referimos a la práctica de la medicina, y de manera específica a los profesionales de la salud (los médicos), debemos ser cuidadosos al hablar de responsabilidad, ya que debemos evitar juicios previos y arbitrarios.

Debemos reconocer que el deber del médico es responder con humanidad, y de acuerdo a la ética médica éste debe brindar todo su esfuerzo para lograr el bienestar de la persona que ha depositado su confianza en él.

Como se ha expresado en el capítulo anterior, la salud es un bien jurídico consagrado en el artículo 4° de nuestra Constitución, y que tiene el carácter de garantía individual; siendo el Estado quien señala la forma y las bases para el acceso a estos servicios. En el momento en que no se cumple la protección a esta garantía, se debe recurrir a la instancia competente.

En ocasiones se juzga al médico que no tiene responsabilidad alguna. Acontecimiento que puede ser subsanado por un tribunal que finque las responsabilidades conforme al procedimiento y normas vigentes en la materia.

Para reconocer la mala actuación médica, se debe percibir la alteración de la salud del paciente. Siendo el concepto de salud, como señala la Organización Mundial de la Salud: “un estado de completo bienestar físico, mental y social” ⁽¹⁾.

(1) Choy García, Sonia Angélica. Responsabilidad en el ejercicio de la medicina. P. 2.

Para brindar la protección adecuada a esta garantía individual, es necesario que el Estado establezca normas que la salvaguarden, señalándose en las mismas las sanciones para quienes no las cumplan. Siendo represivas desde el punto de vista penal y, reparadoras desde el punto de vista civil, ambas llevan implícito un grado prominente de responsabilidad profesional.

No debemos olvidar que este oficio se ve envuelto en un riesgo latente, por la decisión tomada por el médico, ya que ésta afectara a un ser humano de por vida. Decisión que se hace con el conocimiento científico y la ética debida, al faltar alguno de estos dos factores se pone en evidencia el médico que no actúa en este sentido.

3.1.1 CONCEPTO DE EJERCICIO PROFESIONAL

En la Ley Reglamentaria del artículo 5° Constitucional, en su artículo 24° se define el Ejercicio Profesional:

“Se entiende por ejercicio profesional, para los efectos de esta Ley, la realización habitual a título oneroso o gratuito de todo acto, o la prestación de cualquier servicio propio de cada profesión, aunque sólo se trate de simple consulta o la ostentación del carácter del profesionista por medio de tarjetas, anuncios, placas, insignias o de cualquier otro modo. No se reputará ejercicio profesional cualquier acto realizado en los casos graves con propósito de auxilio inmediato.”⁽²⁾

3.2 DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA MEDICINA.

Para comprender mejor este tema, es necesario comprender sus elementos: a) acción; b) sujeto activo, y c) circunstancias.⁽³⁾

(2) <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

(3) Vargas Alvarado, Eduardo. Medicina legal. México: Trillas, 1999, segunda edición. P. 431.

La acción es el acto médico, que tiene como elementos constitutivos legales: 1. anunciar, prescribir o administrar; 2. procedimientos directos o indirectos; 3. de uso en el diagnóstico, pronóstico o tratamiento de las enfermedades de las personas, o en la recuperación, conservación o preservación de la salud de las mismas. Y tiene como elementos ilegales: 1. que se le dé algo al paciente para su tratamiento; 2. que el tratamiento tenga la intención de curar al paciente; 3. no es necesario dar o recetar algo, sólo basta que el paciente crea que será curado. ⁽⁴⁾

El sujeto activo, quien ejerce de manera legal la medicina tiene las siguientes características: tiene título de médico y cuenta con autorización para el ejercicio profesional. Y el que ejerce de manera ilegal: carece de título de médico, o titulado, sin autorización o, posee título y autorización, pero que incurre en circunstancias no permitidas por uno ni otro. ⁽⁵⁾

Las circunstancias son: habitualidad, es la repetición del acto médico; promesa de curación; prestar el nombre, es decir, aquel médico que autoriza a otra persona carente de título para ejercer actos médicos, con excepción de la docencia. ⁽⁶⁾

En nuestro país, se deben cumplir una serie de requisitos para ejercer legalmente la profesión médica. Primeramente, como ya se señaló se debe contar con un título de médico obtenido en algún centro universitario con reconocimiento oficial, como se señala en el artículo 25 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional.

Para que el futuro médico obtenga este título, debe realizar prácticas de campo, concluir un año de práctica continua denominado Internado Rotatorio, que abarca: medicina interna, ginecología, pediatría y cirugía. Después deberá rendir el examen profesional y cumplir con un año de servicio social.

(4) Ibidem.

(5) Ibidem. P. 432

(6) Ibidem

Cuando son médicos titulados en otro país, deberán revalidar sus estudios ante la Dirección General de Profesiones dependiente de la Secretaría de Educación, para ejercer en el país, como lo señala el artículo 21 de la Ley Reglamentaria del artículo 5° Constitucional. Además de la autorización que señala el artículo 48 fracción III de la Ley General de Población.

3.2.1 CONCEPTO DE MEDICO.

El diccionario de la Real Academia Española señala que el concepto de médico es: “Del latín *medicus*. Perteneciente o relativo a la medicina. Persona legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina”.⁽⁷⁾ La legalidad la otorga un Título Profesional, de acuerdo a la ley Reglamentaria del artículo 5 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

3.2.2 CONCEPTO DE ATENCION MÉDICA.

La Organización Mundial de la Salud a definido la atención médica como “el conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al alcance del mayor número de individuos y de sus familias los recursos del diagnóstico temprano, del tratamiento oportuno, de la rehabilitación, de la prevención médica y del fomento de la salud.”⁽⁸⁾

La Ley General de Salud en su artículo 32 señala el concepto de atención médica, que a la letra dice: “Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.”⁽⁹⁾

(7) http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=medico

(8) San Martín, Hernán. Salud y enfermedad. México: Ediciones científicas, 1985. P. 653.

(9) <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

Y en el artículo 33 de la ley citada, se establecen cuales son las actividades de atención médica.

Sin olvidar que en la actualidad, la atención médica tiene costos elevados debido a la especialización del personal de salud, avances tecnológicos utilizados, nuevos medicamentos que aparecen en el mercado para aliviar las enfermedades y el complejo sistema de administración de los servicios.

3.3 RELACION MEDICO-PACIENTE.

Muchos han dado su definición acerca de la relación médico-paciente, siendo la mas acorde la que expresa: “Es la interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a éste la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad”.⁽¹⁰⁾

Desde el punto de vista legal, de esta relación nacen derechos, obligaciones y deberes, que son reciprocas para ambas partes.

Pero es importante distinguir que existen circunstancias que aumentan el riesgo en esta relación médico-paciente, es decir, no es lo mismo que una persona reciba la atención o servicio en la institución de salud por ser victima de un delito, que cuando el prestador del servicio de salud hace victima al paciente, aunque en ocasiones ambas circunstancias se amalgaman.

Se debe puntualizar que la relación médico-paciente puede ser directa o indirecta. La primera se da cuando el paciente acude al médico particular para requerir sus servicios, o que éste se traslade al domicilio de la persona. La segunda ocurre cuando el paciente asiste a un hospital o centro de asistencia, concurre voluntariamente o en caso de emergencia.⁽¹¹⁾

(10) Graterol E. mejorando la calidad: optimizando la comunicación con padres y pacientes. Arch Venez Puericult Ped 2005; 68 (Supl 1): 91. Obra citada en: Revista CONAMED, Vol. 12, Núm 1, enero-marzo, 2007. p. 21.

(11) Carrillo Fabela, Luz María Reyna. Obr. Cit. P. 186.

3.3.1 COMO RELACION HUMANA.

En nuestros días la relación médico-paciente se encuentra agredida por un elemento mas, es decir, los sistemas públicos o privados de salud, los cuales denominan al paciente como derechohabiente o usuario. Dando como resultado una relación médico-institución-paciente, médico-administración-paciente o médico-norma-paciente.⁽¹²⁾

En el inicio de esta relación, el médico debe conocer que significa para el paciente la palabra enfermedad, para poder brindarle información útil y actualizada, ayudándole en la toma de decisiones que deberá realizar mientras exista esta relación.

Pero para que el paciente se sienta en confianza, el médico debe conseguirla, ya que sin ésta la persona no estará dispuesta a hablar de sus problemas de salud con él.

Aunque con el avance tecnológico, los médicos eluden el trato directo, dejando que las máquinas hagan el trabajo y, demostrando en ocasiones mejorar la confianza entre ellos.

De manera particular considero que debe recordarse al médico su vocación, “El bienestar del paciente”, porque en la actualidad el médico observa al paciente como su fuente de ingresos y en ocasiones como su enemigo, dando lugar a la medicina defensiva.

(12) Sogi C., Zavala S., Oliveros M., Salcedo C. Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. An Fac Med Lima 2006; 67 (1): 30-37. Obra citada en: Revista CONAMED, Vol. 12, Núm. 1, enero-marzo, 2007. P. 22.

3.3.2 ENFOQUE CLINICO.

Cuando el médico presta su servicio sin la premura del tiempo, el binomio médico-enfermo se reviste de sus elementos idóneos, que en la mayoría de las ocasiones se da en el sector privado. Esto se debe a que además, se cuenta con el ambiente perfecto para lograr una relación más satisfactoria para la persona que acude al mismo.

Al referirse a las instituciones de salud de carácter público, se nota la distinción en el trato, la forma de calificar al paciente como derechohabiente, los cuales tienen este derecho de prestación de servicio por diferentes relaciones con la institución correspondiente.

Entre las instituciones de carácter público se aprecia al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y a la Secretaría de Salud (SSA).

Básicamente los niveles de atención médica, en el IMSS y en el ISSSTE son semejantes, en el primer nivel de atención se da la promoción, prevención y protección de la salud y se da tratamiento a padecimientos no complicados. El segundo nivel tiene el carácter de resolver enfermedades de salud de mayor complejidad diagnóstica y terapéutica. El tercer nivel se orienta a pacientes que requieren de la ayuda tecnológica para su atención.

En cuanto a la SSA, esta brinda atención a las personas que no cuentan con ningún tipo de asistencia médica, ni con los medios económicos; brindando los servicios de prevención y recuperación de la salud, así como la rehabilitación, en los diversos Hospitales Generales y Centros de Salud o Comunitarios. Estos centros de atención son soportados por las instituciones de seguridad social.

CAPITULO IV. RESPONSABILIDAD LEGAL EN LA
PRÁCTICA DE LA MEDICINA.

CAPITULO IV.

4.1 RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.

4.1.1 CONCEPTO.

La Real Academia Española, señala como concepto de la palabra Responsabilidad: “Capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente.”⁽¹⁾

En nuestro campo de estudio, Responsabilidad significa: “Deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otro, a consecuencia de delito, de una culpa o de otra causa legal”.⁽²⁾

4.1.2 RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS.

Hoy en día, nuestro ordenamiento jurídico vigente establece que los médicos están obligados a asumir su responsabilidad por los actos realizados y las consecuencias de los mismos.

A los actos culposos realizados por los médicos, como consecuencia del ejercicio de su actividad profesional se le ha denominado de diversas formas, entre ellas malpraxis y/o mala práctica.

No debemos olvidar que la Responsabilidad Profesional Médica se concibe como: “La obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios incluso, dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión”.⁽³⁾

(1) http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=responsabilidad

(2) Quiroz Puaron, Alfonso. Medicina forense. México: Porrúa, 2003, 11ª ed. P. 157.

(3) [Gisbert, J. A. Medicina legal y toxicología, pag. 87.] Obra citada en: Carrillo Fabela, Luz María Reyna. Obr. Cit. p. 5

4.1.2.1 Daño.

La Real Academia Española señala que el significado de la palabra daño es: “delito consistente en causar daños de manera deliberada en la propiedad ajena”.⁽⁴⁾

En cuanto a la interpretación jurídica, se distingue una acepción lata y otra restringida o estricta. En la primera, se conceptúa al daño como toda invasión prohibida en la esfera de libertad de una persona, tipifica un acto ilícito (de acción u omisión), que no tiene como resultado la afectación, alteración, menoscabo, lesión, etcétera en el patrimonio de la persona, ni se lesiona de manera económica, ni afectiva, ni moral. En el segundo caso, se requiere la efectividad del daño en el aspecto material o moral del patrimonio de la persona.⁽⁵⁾

En cuanto al daño como delito, este es contrario al derecho objetivo, debido a que éste protege la integridad de las personas, en su aspecto físico, espiritual y moral, además de los bienes que conforman su patrimonio. Por lo que este delito siempre será ilícito, según el acto realizado se encuentre comprendido en una norma civil o penal.⁽⁶⁾

4.1.2.2 Culpa.

Para la Real Academia Española, el concepto de culpa es: “Omisión de la diligencia exigible a alguien, que implica que el hecho injusto o dañoso resultante motive su responsabilidad civil o penal”.⁽⁷⁾

(4) http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=daño

(5) Enciclopedia jurídica Omeba. Tomo V. Pág. 513.

(6) Enciclopedia jurídica Omeba. Obr. Cit. Pág. 514.

(7) http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=culpa

Para la ciencia del derecho, la culpa es: “la inejecución de un deber que el agente podía conocer y observar. Si lo conocía efectivamente y deliberadamente lo violó, hay delito civil, o, en materia de contrato, dolo contractual. Si la violación del deber, pudiendo ser conocida y evitada, ha sido involuntaria, hay simple culpa; y, en materia extracontractual, se le llama cuasidelito”.⁽⁸⁾

El Código Civil Federal en su artículo 2025, señala: “Hay culpa o negligencia cuando el obligado ejecuta actos contrarios a la conservación de la cosa o deja de ejecutar los que son necesarios para ella.”⁽⁹⁾

Este precepto regula la obligación relativa a las cosas, y no las de hacer. Por lo que nos deja por analogía resolver cuando una persona incumple con los actos establecidos en la norma, es decir, encuadrar en que momento se abstiene de prestar alguna acción o presta su servicio de otra forma.

En teoría, la culpa se compone de dos elementos: 1) el objetivo: el deber violado; 2) el subjetivo: la imputabilidad del agente. Éste concepto ha evolucionado a través de los tiempos, determinándose que la culpa es un estado psicológico, que se divide en sentido amplio y en sentido estricto. En sentido amplio es cuando la culpa tiene la intención de dañar, es decir, lo que se conoce como dolo. En estricto sentido, se refiere al actuar con descuido, es decir, se conoce como imprudencia, negligencia o descuido.

Legalmente, los elementos son: 1) obrar culposamente; 2) producir un resultado típico; 3) que el resultado sea previsible, o confiar en que no se producirá.⁽¹⁰⁾

(8) Martínez Alfaro, Joaquín. Teoría de las obligaciones. México: Porrúa, 1999, 6ª ed. P. 177.

(9) <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

(10) Márquez Piñero, Rafael. Derecho penal. México: Trillas, 1999, 4ª ed. P. 309

Lo anterior aplicado a la medicina, nos presenta a la culpa como el resultado de la acción realizada por el prestador del servicio, el cual procede sin las precauciones que la misma ciencia médica le ha enseñado que debe tener, dando como consecuencia en el paciente efectos indeseables que pudieron ser previsibles; constituyéndose la causal entre conducta y resultado.

Otro momento en donde la culpa puede ser el resultado de la acción del médico es, cuando éste proporciona asesoría, y por falta de atención o desconocimiento emite un dictamen incorrecto o deficiente.

4.1.2.2.1 Imprudencia.

La Real Academia Española, nos da el significado de imprudencia: “(del lat. *Imprudencia*). 1. falta de prudencia. 2. Acción o dicho imprudente. 3. Der. Culpa”.⁽¹¹⁾

En materia civil, se entiende por imprudencia: “el acto en el que se debe normalmente prever que puede tener consecuencias ilícitas y la ausencia de las precauciones es la negligencia por imprudencia”.⁽¹²⁾

Literalmente imprudencia es la falta de prudencia, pero en realidad es la ausencia de cordura, resultado de un acto repentino, precipitado y osado. Por sus efectos es similar a la negligencia, pero sus causas son diferentes y opuestas.

4.1.2.2.2 Negligencia.

La Real Academia Española, la define como: “(del latín *negligentia*) Descuido, falta de cuidado.”⁽¹³⁾

(11) http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=imprudencia

(12) Martínez Alfaro, Joaquín. Teoría de las obligaciones. México: Porrúa, 1999, 6ª ed. P. 178

(13) http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=negligencia

Etimológicamente procede del vocablo negligé o nec-lego, que significa no elijo, no recojo, no dejo pasar; es la falta de acción para prever y evitar consecuencias inconvenientes. ⁽¹⁴⁾

Para nuestro estudio se considera “la omisión o demora inexcusable en la actuación del médico, o una actuación perezosa con falta de celo y constancia profesional.”⁽¹⁵⁾ Es decir, cuando el médico a pesar de conocer el tratamiento o procedimiento correcto para el paciente, por indolencia, desidia, descuido, despreocupación u olvido, omite efectuarlos, dando como resultado el deterioro de la salud del paciente.

4.1.2.2.3 Impericia.

La Real Academia Española, la define como: “(Del lat. *Imperitia*) Falta de pericia.” ⁽¹⁶⁾

La impericia para nuestra materia es: “la ignorancia inexcusable.” ⁽¹⁷⁾ Se da cuando el profesional de la salud realiza un acto sin tener los conocimientos fundamentales, se puede incluir como factor la falta de actualización en los avances de la medicina.

No todos los actos culposos se pueden clasificar dentro de la impericia, es decir, se puede tener pericia y no emplearla, catalogándose como negligencia; cuando existe la pericia y se procede temerariamente se cae en la imprudencia. ⁽¹⁸⁾

(14) Márquez Piñero, Rafael. Obr. Cit. P.292.

(15) Vargas Alvarado, Eduardo. Obr. Cit. P. 433

(16) http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=impericia

(17) Vargas Alvarado, Eduardo. Obr. Cit. P. 433

(18) Marquez Piñero, Rafael. Obr. Cit. P. 293-295

4.2. Responsabilidad civil.

El derecho civil vela por los intereses de los particulares, de manera particular para nuestro estudio el paciente, y lo consigue mediante la reparación, la cual resulta ser una indemnización equivalente al daño causado.

Una persona incurre en responsabilidad civil, cuando los hechos que realiza causan daño a otro, sean actos lícitos o ilícitos, por el hecho de las acciones de las personas o cosas que están bajo su cuidado, razón por lo cual debe reparar el daño.

Para que se dé la responsabilidad civil es necesario dos elementos: un hecho (causante) y un daño resultado de realizar ese hecho, entre el hecho y el daño debe existir una relación inmediata y directa.

El Código Civil Federal señala en su artículo 2117: “La responsabilidad civil puede ser regulada por convenio de las partes, salvo aquellos casos en que la ley disponga expresamente otra cosa...”⁽¹⁹⁾

Y en su artículo 1915, se señala: “La reparación del daño debe consistir a elección del ofendido en el restablecimiento de la situación anterior, cuando ello sea posible, o en el pago de daños y perjuicios.

Cuando el daño se cause a las personas y produzca la muerte, incapacidad total permanente, parcial permanente, total temporal o parcial temporal, el grado de la reparación se determinará atendiendo a lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo. Para calcular la indemnización que corresponda se tomara como base el cuádruple del salario mínimo diario mas alto que esté en vigor en la región y se extenderá al número de días que para cada una de las incapacidades mencionadas señala la Ley Federal del Trabajo. En caso de muerte la indemnización corresponderá a los herederos de la víctima...”⁽²⁰⁾

(19) <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

(20) Ibidem

Así como en el artículo 1917: “Las personas que han causado en común un daño, son responsables solidariamente hacia la víctima por la reparación a que están obligadas de acuerdo con las disposiciones de este Capítulo.”⁽²¹⁾

Lo anterior, son las formas de reparar el daño causado, aunque también existen las formas excluyentes: 1°. Causar un daño obrado lícitamente, sin culpa ni negligencia y sin emplear cosas peligrosas, contemplado en el artículo 1914 del Código de la materia; 2°. La culpa o negligencia inexcusable de la víctima, artículo 1910 y 1913 de la materia; 3°. El caso fortuito y la fuerza mayor, artículo 2111, del código ya señalado.

No podemos dejar de mencionar que el daño moral, también se encuentra contemplado en el mismo Código artículo 1916, en el cual se señalan los momentos en que se incurre en ello, así como la reparación del mismo por el responsable mediante indemnización en dinero y otras formas.

También se contempla la prescripción de la instancia en un término de dos años contados a partir del día en que se haya causado el daño, artículo 1934, del Código antes mencionado.

Un aspecto muy importante que se señala en el Código Civil, es que cuando se responsabiliza a los que prestan servicios profesionales por su impericia, negligencia o dolo, se hace sin perjuicio de las penas que merezcan en caso de delito.

4. 3. Responsabilidad penal.

En materia penal se ha dejado bien en claro que el hombre es el sujeto del delito, al ser un ente racional, con capacidad de delinquir, razón la cual se le aplica una sanción cuando el acto que realiza perturba o amenaza al orden social.

(21) Ibidem

En el Código Penal Federal, en su artículo 228 se establece el delito de “Responsabilidad Profesional”, que a la letra dice: “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 dolosos o culposos, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia; y

II.- 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.”⁽²²⁾

En el artículo 10 del citado Código, se señala que la responsabilidad penal no pasa de la persona y bienes de los delincuentes, excepto en los casos en que se señale en la ley, es el caso del artículo 13 del mismo donde se pone de manifiesto quienes son las personas responsables de los delitos. Sin embargo, en el artículo 15 se demarcan las causas de exclusión de delito.

Se debe tener en cuenta que la responsabilidad penal deriva de dolo o culpa, y la forma de comprobarla es el dictamen de peritos médicos. En el cual se determinara la calidad del servicio prestado, demostrando la responsabilidad o irresponsabilidad del prestatario.

4.3.1 Delito, tipo penal, definición y elementos.

La Real Academia Española señala, que delito es: “Acción u omisión voluntaria o imprudente penada por la ley.”⁽²³⁾

(22) Ididem

(23) http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=delito

En materia penal es una conducta típica, antijurídica y culpable. Además en el Código Penal Federal en su artículo 7, primer párrafo, a la letra dice: “Delito es el acto u omisión que sancionan las leyes penales.”⁽²⁴⁾

Este precepto consagra el principio de legalidad, que se contempla en el artículo 14 de nuestra Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Los elementos del delito son: 1) un acto u omisión, manifestado por una persona; 2) que esta acción positiva o negativa se encuentre sancionada por la ley penal.

4.3.2 Tipos penales cometidos por médicos en función de su profesión.

4.3.2.1 Homicidio.

La Real Academia Española define homicidio como: “Delito consistente en matar a alguien sin que concurren las circunstancias de alevosía, precio o ensañamiento.”⁽²⁵⁾

Este delito se encuentra señalado en el Código Penal Federal en el artículo 302, que dice: “Comete el delito de homicidio: el que priva de la vida a otro.”⁽²⁶⁾

De este concepto se desprenden tres factores que tipifican a este delito: 1. Vida humana previamente existente; 2. Elemento material, es la privación de la vida, la muerte, la lesión mortal; 3. elemento moral, dolo o culpa del causador de la lesión.

(24) <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

(25) http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=homicidio

(26) <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

4.3.2.2 Lesiones.

La Real Academia Española, define lesión como: “Delito consistente en causar un daño físico o psíquico a alguien.”⁽²⁷⁾

No debemos olvidar que una lesión es toda alteración en la salud y cualquier huella material dejada en el cuerpo humano, si ésta es consecuencia de una causa externa.

Para llegar a éste concepto es necesario remontarnos a las primeras definiciones, entre las que se encuentra la de Fontan Balestra que la define como delitos de daño, y señala: “aquellos que requieren una efectiva lesión del bien jurídico protegido”.⁽²⁸⁾

Pero son las ideas aportadas por Binding que retoman los alemanes en su doctrina y en base a la cual se establece las características de los llamados delitos de lesión, la que en su mayor parte se encuentra en los contenidos de diversos códigos penales, señalando como lesión “que una vez consumados ocasionan un daño directo y efectivo en un bien jurídicamente protegido”.⁽²⁹⁾

En materia penal, la definición de lesión se remontan al código italiano de Zanardelli, el cual es retomado en el de Panamá de 1922, en donde se señala que el reo de lesiones personales es quien sin intención de matar, cause a otro un daño en el cuerpo, en la salud, o una perturbación mental. El Código colombiano de 1936 recoge casi literalmente la misma noción.⁽³⁰⁾

El código venezolano de 1926 realiza modificaciones a la formula italiana, desde el punto de vista técnico, conceptualizando “el que sin intención de matar, pero si de causarle daño, haya ocasionado a alguna persona un sufrimiento físico,

(27) http://buscon.rae.es/draef/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=lesión

(28) Vela Treviño, Sergio. La prescripción en materia penal. México: Trillas, 2000, 2ª ed. P. 191.

(29) Ibidem

(30) Enciclopedia jurídica Omeba. Tomo XVIII, pág. 239.

un perjuicio a la salud o una perturbación a las facultades intelectuales...”, comete el delito de lesiones personales. ⁽³¹⁾

Para nuestro código penal, se estatuye “bajo el nombre de lesión no sólo las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteraron en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa”; definición que es reproducida en el código de Costa Rica de 1941. ⁽³²⁾

4.3.2.3 Aborto criminal.

La Real Academia define al aborto como: “Interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocadas. Puede constituir eventualmente un delito.”⁽³³⁾

En el Código Penal Federal se señala en el artículo 329: “Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.”⁽³⁴⁾

Y en el mismo capítulo se establecen las agravantes, en el caso de los médicos o cirujanos, se les suspenderán en el ejercicio de su profesión, señalado en el artículo 331.

4.3.2.4 Revelación de secreto.

En todas las profesiones existe la ética profesional, que consiste en guardar el secreto profesional, es decir, es la obligación del profesional de reservarse

(31) Ibidem

(32) Ibidem

(33) http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=aborto

(34) <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

hechos conocidos o intuidos durante el ejercicio de su profesión, puede ser por pacto o contrato, explícito o implícito.

El secreto médico deriva de la comunicación entre médico-paciente, en la cual el derecho a la confidencia, es un derecho del paciente.

En la rama de la medicina existen diversas modalidades del secreto profesional: 1) secreto compartido, todo el equipo médico de un paciente debe guardar reserva; 2) secreto derivado, obliga a las personas que trabajan en un lugar donde se prestan servicios de salud a no revelar nada relacionado con su trabajo; 3) secreto de los estudiantes de medicina, a los cuales se les debe inculcar desde su formación; 4) secreto de las esposas de los médicos, en el seno familiar los profesionales deben reservarse los casos para el mismo; 5) secreto post mortem, es la obligación de guardar datos después de la muerte; 6) secreto profesional en psiquiatría.

Con el transcurso del tiempo, se han adoptado posiciones antagónicas sobre el secreto médico:

- Secreto absoluto: no divulgar información del paciente.
- Secreto relativo: se exime de guardar información del paciente cuando por ley se establece.

El principal problema ético en la actualidad es la información que se opera por medio de las computadoras, ya que son sistemas vulnerables de la información médica. ⁽³⁵⁾

4.3.2.5 Instigación al suicidio-eutanasia.

El suicidio es un acto por el que una persona se priva voluntariamente de la vida, no es delito cuando se consuma o se frustra; pero si se tipifica la participación de otros en el suicidio ajeno.

(35) Vargas Alvarado, Eduardo. Obr. Cit. P. 437

En materia penal, nuestro código señala un concepto muy amplio en cuanto al delito de suicidio: existe el mismo cuando el propio sujeto ejecuta materialmente la propia muerte, de la misma manera se tipifica si es un tercero quien lleva a cabo dicha ejecución material. Con la excepción, de que si se trata de un menor quien se quita la vida a consecuencia de la inducción de un adulto, no se tipifica dentro de este delito.

Se desprende de lo anterior, un concepto amplio de suicidio “la muerte voluntaria de un sujeto mayor de edad y capaz”.

4.3.2.6 Delitos contra la salud pública.

Entre estos se encuentra el suministro ilícito de estupefacientes y psicotrópicos.

Debido a los intereses y factores que intervienen en estas actividades que representan un problema de salud pública y un problema social, en razón de que afectan al individuo, a la familia, a grupos vulnerables, al agregado social, e inclusive afectan al Estado.

4.3.2.7 Falsificación de documentos.

Para la falsificación de documentos el ordenamiento penal prevé como tal el que el médico certifique falsamente que una persona tiene una enfermedad u otro impedimento para dispensarla de prestar algún servicio.

La configuración de este delito, se puede dar de dos formas, hacer en todo o en parte un documento falso. Un documento es falso cuando se le crea en su integridad para ese fin, dándole al contenido o a la firma el carácter de genuino; de manera parcial es cuando recae sobre alguno de los elementos integrantes,

siendo éste la descripción de un texto, la firma en blanco que el falsario llega a tener por cualquier circunstancia fortuita, agregarle o suprimirle algunas cifras o palabras.⁽³⁶⁾

4.3.2.8 Abandono de persona.

El abandono de persona es el de dejar a una persona enferma si se tiene la obligación de cuidarla.

En el plano jurídico, la seguridad física de la persona humana también es puesta en peligro, por los actos de abandono material de quien no se encuentra en condiciones de proveer a su propio cuidado. Pero la punibilidad de estos actos, tiene que vincularse, necesariamente, al círculo de las personas obligadas a no abandonar a la persona, y no sólo a la exposición de peligro.⁽³⁷⁾

Sus elementos esenciales son: 1° el abandono; 2° que éste recaiga sobre una persona que no puede proveer a su propio cuidado material y, 3° realizado por otra persona obligada a proporcionárselo.⁽³⁸⁾

4.3.2.9 Delitos especiales contenidos en la Ley General de Salud.

En este ordenamiento de aplicación en el ámbito federal, tiene como bien jurídico la protección de la salud de los pobladores del territorio nacional, y se señala en la misma, entre otros delitos, sacar del territorio nacional sangre humana, derivados de ésta, órganos, tejidos y sus componentes de seres humanos vivos o de cadáveres, sin permiso de la Secretaría de Salud.

(36) Enciclopedia jurídica Omeba. Tomo XI. Pág. 895.

(37) Enciclopedia jurídica Omeba. Tomo I. Pág. 41.

(38) Enciclopedia jurídica Omeba. Tomo I. Pág. 42

Los delitos tipificados en la Ley General de Salud, se distinguen en dos grandes grupos: el primero en donde los individuos resienten el daño a su salud ignorando totalmente el riesgo, peligro o daño que pueden sufrir o sufren por las conductas tipificadas en los artículos 455, 456, 457, 458 y 464 de la Ley General de Salud. En los segundos las conductas delictivas se orientan a individuos en particular como es la salud en materia de narcóticos, y no a la población en general, teniendo conocimiento el consumidor del riesgo y daño para la salud que implica el consumo.

4.3.3 Tipo penal cometido en contra del ejercicio de la medicina: usurpación de profesiones.

Como se establece en la Ley de Profesiones, ninguna persona puede ejercer profesión alguna que requiera de título. Precepto por el cual, persona que realice actividades ostentándose como profesionista, se tipificara en el delito de usurpación de profesión, el cual se establece en el artículo 250 fracción II incisos *a* a *d* del Código Penal Federal, y la pena es de uno a seis años de prisión y multa.

En el mismo artículo, fracción III se señala que se impondrá la misma pena al extranjero que sin autorización ejerza su profesión dentro del país.

Por otra parte, la Ley General de la Salud, en su artículo 79 primer párrafo, se dispone que para el ejercicio de las actividades profesionales en el campo de la medicina, así como otras áreas de la salud, se requiere título profesional expedido legalmente y registrado por las autoridades educativas correspondientes.

4.4. La naturaleza jurídica del contrato médico.

En el Código Civil Federal en el artículo 1793, se establece que: “Los convenios que producen o transfieren las obligaciones y derechos, toman el

nombre de contratos.”⁽³⁹⁾ Siendo el contrato de prestación de servicios profesionales, el acuerdo verbal del médico con el paciente relativo a la atención que recibirá este último. En el mismo Código se establece un título donde se norman las condiciones para la prestación de servicios, y contiene un capítulo donde se especifica la prestación de servicios profesionales, abarcando los artículos 2606 al 2615.

En el momento en que el paciente acude a consulta con el médico, nace el vínculo contractual en lo que atañe al cumplimiento de obligaciones de ambas partes, y puede ser extracontractual cuando no existe una relación obligatoria; obligándose también a las consecuencias del mismo. Dándose en ocasiones este vínculo por medio de una clínica o centro de asistencia privada, donde el paciente es derechohabiente o no.

Las obligaciones que nacen de un contrato de prestación de servicios profesionales son: para el cliente, pagar el honorario correspondiente, y para el profesional actuar con diligencia, pericia y sin dolo; poniendo sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio de su paciente.

Dando como consecuencia, en materia civil, que si el obligado no presta el hecho convenido, será responsable de los daños y perjuicios causados por la acción realizada.

4.5 Responsabilidad bioética del médico.

El concepto de bioética es, como lo señala la Real Academia Española: “(De bio- y ética) Aplicación de la ética a las ciencias de la vida.”⁽⁴⁰⁾

De esta ciencia se desprenden normas que regulan la conducta de los médicos, del personal de salud, así como de los mismos pacientes.

(39) <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

(40) http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=bioética

Actualmente en la medicina moderna, la ampliación de la cobertura de la asistencia médica a las clases desprotegidas, no es una tarea fácil, razón por la cual desviarse de las normas de conducta trae consecuencias como la censura social y los dictados de la propia conciencia moral.

Entre las normas se encuentran los derechos de los pacientes, y el más relevante, entre estos, es el principio de autonomía, donde el paciente es el que toma la decisión, en cuanto a su salud, puede ser de manera verbal o por escrito.

Cuando se trate de menores de edad o discapacitados, serán los padres, tutores o apoderados quienes decidirán por el paciente.

Sólo en casos excepcionales se pide al paciente que firme una constancia, donde se señale que conoce los riesgos en el caso de no seguir las indicaciones médicas.

Para que el paciente se involucre y sea parte responsable de su propia salud, debe estar informado acerca de la enfermedad que le aqueja, así como de los posibles tratamientos de diagnóstico que se le puede aplicar y de sus consecuencias.

El principio fundamental, para la bioética, es que el individuo no sea dañado y que reciba un beneficio real de la atención médica recibida. Razón por la cual el médico debe evitar cualquier daño al paciente, física, psicológica o socialmente.

Otro de los principios bioéticos muy importante es, que la actividad médica debe basarse en los resultados arrojados de los estudios que se realicen, los cuales deben reunir los requisitos que se aplican al área de investigación en seres humanos.

4.6 Responsabilidad administrativa de la práctica médica.

Para poder hablar de responsabilidad administrativa, primeramente se debe definir servidor público, el cual es la persona que desempeña cualquier empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza dentro de la Administración Pública Federal o de las diferentes entidades federativas, como se señala en el artículo 108 primer párrafo de nuestra Constitución.

La Administración Pública se encuentra dividida en ámbito federal y local, en donde se pueden recibir los servicios de diferentes personas, dependiendo del presupuesto y recurso asignado.

Lo anterior dificulta la tarea de verificar la responsabilidad administrativa del profesional de la medicina, debido a la clase de administración y relación contractual que se establezca entre ambos.

Como se establece en el artículo 47 de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, son obligación del servidor público, entre otros:

1. Abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia del servicio que implique abuso o ejercicio indebido de un empleo.
2. Ejercer y ejecutar legalmente los planes, programas y presupuestos correspondientes.
3. Utilizar los recursos que tenía asignados para el desempeño de su empleo.
4. Custodiar y cuidar la documentación e información que conserve bajo su cuidado.
5. Observar buena conducta en su empleo.
6. En la dirección de inferiores jerárquicos, abstenerse de cometer abuso de autoridad.
7. Observar respeto y subordinación con respecto a sus superiores jerárquicos inmediatos o mediatos.

8. Abstenerse de ejercer las funciones de un empleo o cargo después de concluido.
9. Abstenerse durante el ejercicio de sus funciones de solicitar, aceptar o recibir por sí o por interpósita persona dinero u objetos.
10. Desempeñar su empleo sin pretender obtener beneficios adicionales.
11. Abstenerse de intervenir o participar indebidamente en la selección de personal cuando tenga intereses familiares o pueda derivar alguna ventaja o beneficio.
12. Presentar con oportunidad la declaración de situación patrimonial.
13. Denunciar por escrito en caso de advertir la existencia de responsabilidad administrativa.

Se deben establecer unidades especiales en las dependencias y entidades de la Administración Pública, para que el público tenga fácil acceso al momento de interponer su queja, para denunciar el incumplimiento de las obligaciones de los servidores públicos, dando inicio al procedimiento disciplinario correspondiente.

CAPITULO V. LA COMISION NACIONAL DE ARBITRAJE
MEDICO

CAPITULO V.

5.1 ANTECEDENTES.

En nuestro país se crea el Sistema Nacional de Salud, pero se necesitaba un organismo que garantizara a los mexicanos la protección de su salud.

Cuando toma posesión del cargo de Presidente de la República el Doctor Ernesto Zedillo Ponce de León, en su Plan de Desarrollo 1995-2000 establece en el cuarto título “Desarrollo Social”, subtítulo “estrategias y líneas de acción”, tema “Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios básicos”, señala:

“Un aspecto central del nuevo sistema de salud radicará en estimular la vocación de servicio de quienes tienen a su cuidado la salud de millones de mexicanos (...) atender al legítimo reclamo de los usuarios de que los servicios operen con mayor calidad y eficiencia (...) Es urgente reformar nuestro sistema de salud de la población (...) satisfacer a los usuarios y a los prestadores de servicios”.⁽¹⁾

Lo anterior, tiene como antecedente la creciente inconformidad de los usuarios del servicio médico, motivo por el cual se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, que sale a la vida jurídica por Decreto Presidencial el 31 de mayo del año 1996.⁽²⁾

Y por acuerdo presidencial en junio de 1996, se creó dentro del Sistema Nacional de Salud la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, el cual surge para resolver las controversias que se dan en la relación médico paciente y hacer recomendaciones para mejorar la práctica médica.⁽³⁾

(1) <http://uninet.mty.itesm.mx/legis-demo/progs/pnd.htm#T4-C5-S2>

(2) <http://www.conamed.gob.mx/interiores.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/conocenos/&destino=regprod1.php>

(3) <http://www.conamed.gob.mx/index.php>

5.2 ESTRUCTURA.

La función de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico es resolver los conflictos que se susciten entre los prestadores de los servicios médicos y los usuarios de los mismos.

La estructura orgánica de la institución es de la siguiente manera: I. Un Consejo; II. Un Comisionado; III. Dos Subcomisionados; IV. Las Unidades Administrativas que determine su Reglamento Interno. Lo anterior, se señala en el artículo 5° del Decreto por el cual se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.⁽⁴⁾

En el mismo decreto en el artículo 6°, se establece que el Consejo estará integrado por diez Consejeros y presidido por el Comisionado. Consejeros que serán designados por el Presidente de la República, y quienes han de ser personas civiles de reconocida trayectoria profesional. Se invitara a los presidentes en turno de las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía a participar como Consejeros.

Por lo anterior, nos queda claro que sólo dos de los miembros del Consejo son médicos. Los cuales, desde mi particular punto de vista, son insuficientes para discernir sobre la difícil tarea de los médicos. Debemos señalar que el cargo de Consejero es honorífico, debido a que se trata de evitar que sea un cargo disputado por aquellos que sólo buscan el beneficio monetario.

El Consejo debe sesionar por lo menos una vez cada tres semanas, donde las decisiones se toman por mayoría de votos, en caso de empate el Comisionado tiene el voto de calidad.

Para asumir el cargo de Comisionado o Subcomisionado se deben cumplir con los requisitos que se señalan en el artículo 10 del Decreto antes citado, el

(4)<http://www.conamed.gob.mx/interiores.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/conocenos/&destino=decreto.php>

nombramiento lo realiza el Presidente de la República, como se establece en el artículo 9 del mismo ordenamiento; actualmente el cargo lo ocupa el Doctor Germán Fajardo Dolci.⁽⁵⁾

Las Subcomisiones se dividen en dos: la primera se encarga de las funciones de conciliación y arbitraje; y la segunda es la parte organizativa y de contraloría de la comisión.

La primera subcomisión médica, actualmente esta a cargo del Doctor José Meljem Moctezuma, y cuenta con las direcciones generales de Calidad e Informática, Orientación y Gestión, así como la de Conciliación. La segunda subcomisión es la jurídica y esta a cargo del Licenciado Jesús Antonio Zavala Villacencio, y cuenta con las direcciones generales de Arbitraje, Difusión e Investigación, así como la de Administración.⁽⁶⁾

Además la Institución cuenta con las direcciones de Comunicación Social, de Coordinación y de Asuntos Jurídicos.

Como toda institución, ésta se encuentra vigilada por un Delegado, como se establece en el artículo 12 del Decreto por el cual se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, que a la letra dice: “La vigilancia de la Comisión Nacional estará a cargo del Delegado designado a la Secretaría de Salud, por la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo, quien ejercerá las funciones que establecen las leyes aplicables. El control interno de la Comisión Nacional estará a cargo de una Contraloría Interna que tendrá las facultades que establezca el Reglamento Interno, sin perjuicio de las que en los términos de las disposiciones legales aplicables le competen a la Contraloría Interna de la Secretaría de Salud”.⁽⁷⁾

(5)<http://www.conamed.gob.mx/interiores.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/conocenos/&destino=estructura.php>

(6) Ibidem

(7)<http://www.conamed.gob.mx/interiores.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/conocenos/&destino=decreto.php>

5.3 FACULTADES.

Las facultades o atribuciones se contemplan en el artículo 4 del Decreto por el cual se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, que a la letra dice⁽⁸⁾: “La Comisión Nacional tendrá las siguientes atribuciones:

I. Brindar asesoría e información a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones;

II. Recibir, investigar y atender las quejas que presenten los usuarios de servicios médicos, por la posible irregularidad en la prestación o negativa de prestación de servicios a que se refiere el artículo 3o. de este Decreto;

III. Recibir toda la información y pruebas que aporten los prestadores de servicios médicos y los usuarios, en relación con las quejas planteadas y, en su caso, requerir aquéllas otras que sean necesarias para dilucidar tales quejas, así como practicar las diligencias que correspondan;

IV. Intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos por alguna de las causas que se mencionan:

a) Probables actos u omisiones derivadas de la prestación del servicio;

b) Probables casos de negligencia con consecuencia sobre la salud del usuario, y

c) Aquéllas que sean acordadas por el Consejo;

V. Fungir como árbitro y pronunciar los laudos que correspondan cuando las partes se sometan expresamente al arbitraje;

VI. Emitir opiniones sobre las quejas de que conozca, así como intervenir de oficio en cualquier otra cuestión que se considere de interés general en la esfera de su competencia;

(8) Ibidem

VII. Hacer del conocimiento del órgano de control competente, la negativa expresa o tácita de un servidor público de proporcionar la información que le hubiere solicitado la Comisión Nacional, en ejercicio de sus atribuciones;

VIII. Hacer del conocimiento de las autoridades competentes, y de los colegios, academias, asociaciones y consejos de médicos, así como de los comités de ética u otros similares, la negativa expresa o tácita de los prestadores de servicios, de proporcionar la información que le hubiere solicitado la Comisión Nacional. Asimismo, informar del incumplimiento por parte de los citados prestadores de servicios, de sus resoluciones, de cualquier irregularidad que se detecte y de hechos que, en su caso, pudieran llegar a constituir la comisión de algún ilícito;

IX. Elaborar los dictámenes o peritajes médicos que le sean solicitados por las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia;

X. Convenir con instituciones, organismos y organizaciones públicas y privadas, acciones de coordinación y concertación que le permitan cumplir con sus funciones;

XI. Asesorar a los gobiernos de las entidades federativas para la constitución de instituciones análogas a la Comisión Nacional;

XII. Orientar a los usuarios sobre las instancias competentes para resolver los conflictos derivados de servicios médicos prestados por quienes carecen de título o cédula profesional, y

XIII. Las demás que determinen otras disposiciones aplicables.”

5.4 PROCEDIMIENTOS.

Actualmente, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico cuenta con el Reglamento de Procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial.

En el mismo se menciona que debido a la naturaleza civil del arbitraje médico, en el trámite se atenderá a la voluntad de las partes, artículo 3 del reglamento citado.

La solicitud que realice el usuario se resuelve a través de la orientación, asesoría o gestión inmediata, debido a que la CONAMED procederá a desahogarla a la brevedad posible; y se le informara al usuario que cualquier procedimiento ante la CONAMED será gratuito.

El inicio del proceso ante la CONAMED puede tramitarse por correo certificado o mensajería con acuse de recibo, ya que posteriormente las partes determinaran la forma de cumplir las formalidades esenciales del procedimiento.

Para accionar la vía jurisdiccional, es necesario que ninguna de las partes haya realizado prevención especial en el compromiso arbitral. Y si la queja que se tramita es contra alguna de las instituciones nacionales de seguridad social, se estará a lo dispuesto a las bases de colaboración que se emitan, siguiendo lo conducente al reglamento de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Para la integración debida de los expedientes, se pedirá la colaboración de las partes, terceros y auxiliares que intervengan en el mismo.

Cuando se realicen las audiencias, serán privadas, no se permitirá interrupción en la misma, así como tampoco la falta de respeto por parte de terceros hacia las partes, o entre ellas mismas. Dejándose fe de hechos en la acta de la audiencia.

Las actuaciones que realice la autoridad serán en días hábiles, siendo el horario de nueve hasta las dieciocho horas.

Para la recepción de documentos se cuenta con una oficialía de partes, la cual turnara el escrito al área correspondiente. Por lo que las promociones subsecuentes se presentaran en la unidad administrativa correspondiente.

Cuando transcurran ciento veinte días, sin promoción por alguna de las partes, operara la caducidad del proceso. La caducidad extingue la queja pero no la acción. Dando nuevamente la oportunidad al quejoso de interponerla ante la CONAMED, toda vez que no haya prescrito la acción.

En cuanto a las notificaciones, se realizan de forma personal, como se señalan en los artículos 27 y 28 del reglamento en cuestión. Cuando se trate de quejas en donde los hechos se realizaron en el interior de la República, se podrá realizar por medio de correo certificado o mensajería con acuse de recibo.

Las notificaciones surtirán sus efectos al día siguiente en que se practiquen, en el caso del correo certificado con acuse de recibo, se entenderá la fecha que se asiente en el acuse.

Cuando a las partes se les previene, y no han procedido conforme a lo solicitado, el procedimiento seguirá su curso, entendiéndose por perdido el derecho de la parte que hizo caso omiso a lo citado.

En el caso en que no se señale término por parte de la CONAMED para alguna práctica dentro del acto arbitral, se establece tres días, como se señala en el artículo 33 del ordenamiento en comento.

Como se establece en el artículo 35 del mismo ordenamiento: "Para la tramitación del procedimiento arbitral se requerirá de cláusula compromisoria o compromiso arbitral debidamente suscritos por las partes.

Podrán promover los interesados, por sí o a través de sus representantes o apoderados."

En el caso de los menores o incapacitados, sólo podrán ser parte cuando fueran herederos de quien celebró el compromiso arbitral o estableció la cláusula compromisoria, previamente con aprobación judicial, con fundamento en el artículo 39 del reglamento en cita. Siendo representados por sus tutores.

En las audiencias, la CONAMED da la opción de que las partes sean asesoradas por profesionales de alguna disciplina de la salud o licenciado en derecho, con cédula profesional. Cuando alguna de las partes carezca de asesor, la CONAMED realizara la audiencia, con equidad, ilustrando a la parte que no se encuentra asesorada, sin realizar la suplencia de la queja.

Cuando se trate de dos o más personas que recurren por la misma acción realizada por el prestador del servicio de salud, oponiéndose por el mismo acto, se contemplaran en un solo procedimiento, y se les prevendrá para que nombren a un mandatario en común. En caso de negativa, la CONAMED nombrara al representante común.

Cuando alguna de las partes se desista, se requerirá del consentimiento de la contraparte, pero si el desistimiento extingue la acción no se requiere el consentimiento de la otra parte, en éste último se obliga al que lo hizo pagar los gastos y costas.

Si el desistimiento es de la queja, tiene como efecto que las cosas regresen al estado en que se encontraban antes del proceso.

5.4.1 QUEJA.

Estas se presentan de forma personal, o por medio del representante, en forma verbal o escrita, la cual debe contener: 1.- nombre, domicilio y teléfono del quejoso y del prestador del servicio médico contra el que se inconforma; 2.- relato de hechos; 3.- número de afiliación, si la queja es contra alguna de las instituciones públicas que llevan un registro de sus usuarios; 4.- pretensiones del quejoso; 5.- la documentación que sea probatoria, si existe la representación; 6.- firma o huella del quejoso. Además se anexara las documentales que prueben los hechos e identificación del quejoso.

No son materia de este proceso, y se procederá a desechar cuando: 1.- no se reclamen pretensiones de carácter civil; 2.- el acto a reclamar sea controversia civil, sometida a esa jurisdicción, en este caso sólo se considerara en trámite cuando las partes renuncien a esa competencia y se sometan al arbitraje de la Comisión; 3.- sea materia laboral; 4.- cuando la queja sea algún medio para reunir pruebas para iniciar un procedimiento judicial o administrativo; 5.- cuando la pretensión sea sancionar al prestador del servicio médico; 6.- cuando se interponga sólo por el monto de los servicios prestados; 7.- en general, cuando no se refiera a la negativa o irregularidad en la prestación de servicios médicos; como se señala en el artículo 50 del reglamento en cita.

Si durante el procedimiento aparece alguna de las cuestiones enumeradas en el párrafo anterior, se procederá a sobreseer la queja, independientemente del estado procesal que guarde.

Si la CONAMED considera incompleta, imprecisa, oscura o ambigua la queja, requerirá al interesado para que aclare o complete los datos en un plazo no mayor a diez días hábiles, contados a partir de la fecha en que surta efectos la notificación. Si el interesado hace caso omiso, se sobreseerá por falta de interés.

Cuando se tramiten dos o mas quejas por un mismo acto, se acordara su trámite en un solo expediente. Notificándose en acuerdo a las partes.

5.4.2 MEDIOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.

5.4.2.1 LA CONCILIACIÓN.

Después de la admisión del escrito inicial del procedimiento, se correrá traslado de la queja al prestador del servicio médico al igual que una invitación para que acepte de manera voluntaria el trámite arbitral, señalándose día y hora para aclarar sus dudas.

El día de la diligencia explicativa, el personal de la CONAMED informara al prestador del servicio médico todo lo concerniente al proceso arbitral, en caso de aceptación por parte del prestador se formalizara la cláusula compromisoria y se levantara el acta de la diligencia.

En caso de negativa por parte del prestador del servicio, la CONAMED le solicitara un informe médico, pero si es una institución pública, social o privada, será la copia del expediente clínico, con un término de diez días hábiles para la entrega de lo solicitado. Cuando no se cumpla con lo previsto, la CONAMED tendrá la facultad para emitir opinión técnica cuando lo estime necesario.

Al darse la negativa del prestador del servicio a lo pretendido por la institución, se dejaran a salvo sus derechos para que los ejercite en la vía y forma que considere pertinente, concluyéndose la instancia arbitral. Por lo anterior, el dictamen que se solicito y el expediente clínico no formaran parte del expediente de queja, tendrán como finalidad evaluar la calidad de los servicios prestados. Cumplida esta última, la CONAMED podrá acordar su destrucción o devolución. Esto también se podrá realizar cuando se concluya la etapa conciliatoria.

Cuando el prestador del servicio de salud acepta un proceso arbitral, tiene un término de nueve días para presentar escrito que contenga resumen del caso clínico y contestación de la queja. Además debe acompañarlo con la síntesis curricular, fotocopia de su título, cédula profesional y, en su caso comprobante de especialidad,

Cuando se trate de alguna institución que ofrezca la prestación de servicios de salud hacia las personas, se requerirá copia del registro diario de pacientes, si se trata de consulta externa y del expediente clínico cuando se de atención hospitalaria.

Si el prestador del servicio se somete al proceso arbitral y no presenta el oficio donde dé contestación a lo solicitado, se continuara con la etapa decisoria,

en donde se presumirá que los hechos de la queja son ciertos, salvo prueba en contrario.

Después del término de nueve días hábiles, se llevara a cabo la audiencia conciliatoria, independientemente de si existe o no escrito de contestación. Esta audiencia puede diferirse en dos ocasiones, y en su caso se debe continuar con la etapa decisoria.

Para realizar la audiencia, se debe notificar a las partes con cinco días de antelación. Esta misma tiene como fin que la CONAMED promueva la avenencia de las partes.

En la audiencia, el personal arbitrador se dirigirá a las partes y les hará de su conocimiento las formalidades de la misma, hará lectura de la queja, las pretensiones y el informe médico; el arbitro tiene la función de que las partes lleguen a un arreglo.

Cuando la parte actora sea un menor de edad o incapaz, y en él recaiga el asunto que se ventila por la atención médica proporcionada, el objeto de la audiencia será determinar las medidas de atención que se deben proporcionar a los usuarios, y al termino se continuara con el proceso arbitral.

Cuando el personal lo estime conveniente, solicitara a las partes pruebas para acreditar su dicho, quienes aportaran las que consideren pertinentes. Si lo considera el conciliador necesario, podrá diferir la audiencia, señalando día y hora para su reanudación.

Si por alguna razón el promovente no puede asistir a la audiencia, se le correrá traslado para que en un término de cinco días hábiles justifique su inasistencia; en caso de negativa se acordara el asunto como concluido, por lo que el promovente no podrá presentar otra queja con los mismos hechos.

En el momento en que lo considere pertinente la CONAMED solicitará opinión técnica a quien lo estime pertinente.

La controversia puede resolverse por voluntad de las partes, mediante transacción, desistimiento de la acción o el finiquito correspondiente. En cuanto a la transacción esta no debe ser contraria a derecho.

Si esta etapa se concluye de manera satisfactoria, se asentara por escrito en una constancia legal y se archivara el expediente como asunto concluido.

Lo anterior, se asentara en un contrato de transacción, en la cual sus cláusulas son indivisibles, a menos que las partes expresen otra cosa; este contrato lo pueden realizar en los formatos que emita la CONAMED.

Este contrato tiene como principio buscar ante todo la protección de la salud de los usuarios, además de proteger los derechos de las partes, cuando el acto impugnado sea por conflicto entre derechos iguales, se buscara la mayor igualdad entre las partes.

Cuando las partes cumplan con lo pactado en el contrato, se archivara el expediente como concluido, en caso contrario, la CONAMED brindara la orientación necesaria para su ejecución en los términos de ley.

5.4.2.2 ARBITRAJE.

Las partes pueden aceptar el compromiso arbitral ante la CONAMED antes, durante y después de un juicio civil.

Si el juicio previo cuenta con sentencia irrevocable se procederá al compromiso arbitral cuando las partes conozcan la sentencia. Cuando exista un juicio en trámite, las partes deberán renunciar a la instancia previa, en caso contrario la CONAMED no podrá ser arbitro de la presente controversia.

Otra forma de someterse al compromiso arbitral, es que las partes presenten un documento con los siguientes requisitos: I.- Datos generales de las

partes; II.- el acto o actos que se sujeten a proceso arbitral; III.- El término para el procedimiento arbitral, si éste se modifica en el Reglamento de Procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; IV.- aceptación del reglamento de la CONAMED, en cuanto al procedimiento arbitral; V.- el plazo del procedimiento arbitral; VI.- que las partes renuncien a la apelación; VII.- que las partes se dan sabedoras, que se pueden dar las excepciones de incompetencia y litispendencia; VIII.- señalamiento expreso bajo protesta de decir verdad de no existir controversia en otra instancia, en caso contrario exhibir el desistimiento de la instancia; IX.- se debe determinar el juez que es competente para el procedimiento arbitral en lo que se refiere a jurisdicción que no tenga la CONAMED; además de los otros rubros que determinen las partes.

El compromiso puede otorgarse por cualquier medio de telecomunicación siempre que se deje constancia del acuerdo.

El procedimiento arbitral se sujetara a las siguientes reglas, como se señala en el artículo 73 del reglamento en comento:

- I. Se aceptaran todas las pruebas relacionadas al acto que se impugna;
- II. Se prohíbe el interrogatorio entre las partes con fines confesionales, así como las pruebas contrarias a la moral y al derecho;
- III. Se evaluará las apreciaciones de las partes conforme las disposiciones lo autoricen, la correcta aplicación de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, así como las disposiciones y recomendaciones médicas de las instancias especializadas.
- IV. La CONAMED puede desahogar las pruebas por medio de peritajes, los cuales serán los que estime pertinentes la propia autoridad.
- V. Cuando la CONAMED lo estime pertinente podrá requerir el examen del paciente. En caso de negativa, se tendrán por ciertas las manifestaciones de la contraria. Acordando la CONAMED lo conducente.

- VI. Cuando se trate de pruebas periciales y documentación médica, serán valoradas en conjunto, de acuerdo a la lógica y la experiencia.
- VII. Podrá realizarse una audiencia preliminar para debatir la resolución de una cuestión jurídica previa, las demás cuestiones se resolverán en el laudo.

La CONAMED sólo puede admitir las siguientes pruebas que sean presentadas dentro del término pactado:

- 1) La instrumental.
- 2) La pericial.
- 3) El reconocimiento médico del paciente.
- 4) Las fotografías, incluidos los estudios imagenológicos.
- 5) La presuncional.

Transcurrido el término para el ofrecimiento de pruebas, si la CONAMED considera conveniente podrá solicitar información a las partes e interrogar a los peritos que sean ofrecidos, debiendo resolver sobre la admisión o desechamiento de las probanzas, fijando día y hora para la audiencia de pruebas y alegatos.

Se podrá ofrecer la confesional de la parte contraria, cuando se refiera a manifestaciones contenidas en autos, no se admite cuando sea la prueba de posiciones.

Cuando las pruebas no obren en poder de las partes, pueden solicitar que la CONAMED requiera de los mismos a las personas u organismos que las tengan en su poder, pero deberán gestionar que estos las remitan para que obren en el expediente el día de la audiencia de pruebas y alegatos. Si no se presentan las pruebas el día de la audiencia, se tienen por no ofrecidas.

Al momento de ofrecer la prueba pericial, las partes deben exhibir los interrogatorios, que responderán los peritos y los puntos sobre los cuales versara el peritaje.

Cuando los peritajes sean total o parcialmente contradictorios, las partes estarán a las apreciaciones de la CONAMED al momento del pronunciamiento definitivo arbitral. Lo anterior, por ser improcedente la petición de designar un tercero en discordia.

Los peritajes ofrecidos correrán a cuenta de la parte que lo ofreció, además los peritos deben presentarse en la audiencia de probanzas, acreditando su especialidad. Sólo intervendrán los que asistan a la misma.

Esta prohibido y se desechara de plano la prueba en donde se cite a las partes que brindaron la atención médica al usuario, siendo este el personal médico y paramédico.

En la audiencia de pruebas y alegatos se procederá como se señala en el artículo 86 del reglamento citado:

- I. Declarada abierta la audiencia, identificados los asistentes, se procede al desahogo de las pruebas admitidas. Si no existe alguna prueba pendiente, se procede a oír los alegatos finales de las partes.
- II. Si se invoco la prueba pericial, y las partes y la CONAMED lo estiman necesario, solicitaran a los peritos amplíen verbalmente su dictamen.
- III. Las preguntas que se realicen a los peritos, serán de manera simple y llana.
- IV. Si lo estima necesario la CONAMED podrá realizar una junta de peritos, que se desahogara con los que asistan.
- V. Terminado el desahogo de las pruebas, se procede a recibir los alegatos de las partes, primero el quejoso y después el del prestador del servicio. Los alegatos deben referirse a los puntos objeto del arbitraje, desechándose las argumentaciones impertinentes.
- VI. Al término del punto anterior, se declara terminada la instrucción y se citara a las partes para laudo.

5.4.3 TIPO DE RESOLUCIONES

La CONAMED emite resoluciones para los siguientes objetivos:

- I. Derogar.
- II. Acuerdo, que son determinaciones provisionales o definitivas que no resuelven el fondo de la controversia.
- III. Laudos, que tienen en carácter de definitivos.

El pronunciamiento institucional, el cual se contempla en el artículo 2 fracción XVII, nunca se tendrá por resolución.

Las resoluciones sólo serán válidas cuando contengan las firmas autorizadas de quienes las emitan. Los laudos son emitidos por el Comisionado Nacional, el Subcomisionado Médico, el Director General de Arbitraje, o por el Presidente de la Sala de Arbitraje en la cual se deshogo el juicio arbitral.

La CONAMED no podrá aplazar, dilatar ni negar la resolución donde se resuelvan las cuestiones planteadas, salvo disposición en contrario de las partes.

Igualmente no podrá cambiar las resoluciones después de contar con las firmas. Lo que si puede hacer es aclarar algún concepto o suplir alguna deficiencia, sin alterar la esencia de la resolución. Lo anterior cuenta con un término de tres días hábiles, a partir del día siguiente de la notificación de la resolución, o cuando las partes lo soliciten por escrito en un término de cinco días hábiles.

Si en la resolución se determine el pago de daños y perjuicios, se fijara el importe en cantidad líquida o la forma para liquidarlo.

Las resoluciones deben señalar el lugar, fecha y responsables de su emisión, los nombres de las partes, el carácter con que concurrieron al procedimiento y el objeto de la controversia.

Los laudos de la CONAMED, se rigen por el Código de Procedimientos Civiles, y por la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, aplicándose las siguientes reglas:

- 1) Resuelven cuestiones civiles.
- 2) Tienen la presunción de pronunciarse legalmente, mediante intervención legítima de la CONAMED.
- 3) El laudo firme produce acción y excepción contra las partes y el tercero.
- 4) El tercero que no fue llamado al procedimiento puede excepcionarse contra el laudo.
- 5) Las transacciones otorgadas ante la CONAMED y los laudos se consideraran sentencias firmes.

Se mandaran a notificar las resoluciones dentro de los quince días siguientes de su emisión. En el caso de los laudos se dictan y se notificaran dentro de los treinta días hábiles siguientes.

5.4.4 ELABORACION DE DICTAMENES MEDICO-PERICIALES

Otra de las actividades relevantes de la CONAMED es la elaboración de dictámenes médico-periciales. Instancias administrativas como los órganos internos de control de la Secretaria de la Función Pública adscritos a las instituciones prestadoras de servicios médicos, las comisiones de derechos humanos, así como las autoridades de procuración e impartición de justicia, al recibir una queja o denuncia por presunta mala práctica solicitan a la CONAMED la emisión de un dictamen médico-pericial para la mejor resolución de los casos.

Ésta prepara los dictámenes que le son solicitados con base en su protocolo y procedimiento institucional; se emiten al leal saber y entender de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en ejercicio de su autonomía técnica, conforme a las disposiciones en vigor, a la interpretación de posprincipios

científicos y éticos que orientan la práctica médica y a la literatura universalmente aceptada, a partir de la información proporcionada por el peticionario.

Los dictámenes tienen el único propósito de ilustrar en cuanto a la interpretación médica interdisciplinaria de los hechos y evidencias sometidos al estudio por la autoridad solicitante.

CONCLUSION

En el transcurso de nuestra vida, en algún momento recurrimos a los servicios de los profesionales de la salud, y debido a los avances tecnológicos, Internet y la mayor facilidad al acceso a la información, con respecto a la medicina, nos cuestionamos si los actos realizados por los profesionales de la salud son los correctos.

De tal manera que no podemos dejar de lado, que estos actos en ocasiones dejan secuelas en la vida de una o mas personas, de manera negativa, inquietando al mismo hombre. Razón por la cual desde los tiempos mas remotos se ha tratado de regular la conducta de la persona que cuida de su salud o de la salud de alguna persona conocida.

En nuestro país actualmente la actividad del médico se encuentra regulada por varias normas, siendo estas en su mayoría desconocidas por los mismos, motivo por el cual ignoran el alcance de sus actos realizados en su trabajo diario.

Tampoco podemos dejar de observar que el hombre ha cambiado junto a su entorno, que su forma de pensar lo ha llevado a cuestionar el porque de las cosas, ha no quedarse callado y aceptar el resultado que se le ofrece, cambios que son ocasionados por factores ambientales, económicos, sociales, políticos y religiosos. Variaciones que han dañado gravemente la relación médico-paciente, ocasionando que en los países en vías de desarrollo se dé la proliferación de los seguros médicos y, como consecuencia la medicina defensiva.

Por lo anterior, es que la rama del derecho debe adelantarse a los hechos o actos que se van a dar, debido a que no puede estar vigente una norma ambigua, que no se adecuada a las necesidades de la población en ese momento y tiempo exacto.

En este caso es tarea del Estado regular, vigilar y aplicar las normas que reglamentan el actuar diario de los médicos.

Pero es complicado regular la actividad de los médicos, porque la medicina no es una ciencia exacta, el resultado favorable o desfavorable, recae en seguir las indicaciones como las señala el médico, tomar el medicamento adecuado en la cantidad adecuada en los tiempos señalados, la alimentación, tratamiento, actividades recomendadas para la mejora de la salud, el estado emocional en que se encuentre la persona y los cuidados que se le otorguen para su mejora, además de las condiciones del lugar donde tenga que encontrarse para mejorar su salud aunado a todos factores señalados anteriormente.

Mencionado lo anterior, es que las personas deben ser objetivas al evaluar el resultado que tienen de un tratamiento o una cirugía, sobre el padecimiento por el cual fueron a consultar al médico, no sólo por no obtener el resultado deseado se debe juzgar despiadadamente al profesional de la salud como un incapaz, un ignorante en su área de trabajo; pero tampoco hay que dejarse convencer por el mismo de que si el resultado no fue el esperado es completamente culpa del usuario del servicio.

Debe educarse, o mas bien, darle a conocer a la población sobre los actos que son reclamables de los médicos, indicándole ante que instancias es posible recurrir, dependiendo del tipo acto ha impugnar.

Pero lo que en realidad se debe promover es la conciliación llevada a cabo mediante el arbitraje por una institución que sólo se dedique a ello y que tenga el conocimiento tanto del área médica como de la jurídica, para orientar a las partes y aclarar sus dudas. En este caso de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

En cuanto a este último punto, es importante manifestar que nuestro país es pionero en el tema de arbitraje médico, debido a que en los países desarrollados se esta dando la medicina defensiva, como ha quedado plasmado en líneas anteriores, y ésta encarece la prestación del servicio, por lo que en nuestro país se evita que se prolifere ésta.

GLOSARIO

Amputación.- Separación traumática de un miembro o de una parte de órgano. // ORTP. f. Exéresis de una extremidad o de una parte de la extremidad, pero también de un órgano o de una parte cualquiera del cuerpo. Según el mecanismo de la exéresis, puede ser espontánea, traumática y quirúrgica.

Anestesiología.- ANEST. f. Rama de la medicina que estudia el manejo perioperatorio del paciente. Comprende también el proceso de valoración, consulta y preparación del paciente para la anestesia y la cirugía: la producción de insensibilidad al dolor en procedimientos quirúrgicos, diagnósticos, terapéuticos y obstétricos; la monitorización y restauración de la homeostasia durante el periodo perioperatorio, así como la homeostasia de pacientes críticamente enfermos; el diagnóstico y tratamiento de síndromes dolorosos; el manejo clínico y la enseñanza de la reanimación cardiopulmonar; la evaluación de la función respiratoria y la aplicación de terapias respiratorias en todas sus formas; y la realización de investigaciones básicas para la mejora de los cuidados del paciente.

Aneurisma.- Bolsa formada por la dilatación o por la rotura de las paredes de una arteria o vena llena de sangre circulante. // (*aneurisma*) NEURICIR. m. Dilatación circunscrita a las paredes de una estructura vascular, generalmente arterial o miocárdica, lesionada.

Apelación.- (del latín *apelare*). La apelación es un recurso ordinario y vertical a través del cual una de las partes o ambas solicitan al tribunal de segundo grado (tribunal *ad quem*) un nuevo examen sobre una resolución dictada por un juez de primera instancia (juez *a quo*), con el objeto de que aquél la modifique o revoque.

Arterias.- Conductos membranosos, elásticos que distribuyen la sangre expelida por las cavidades ventriculares del corazón. // ANAT. f. Vaso que conduce la sangre en sentido centrifugo. La pared de las arterias tiene tres capas principales, que, de las más superficial a la superficie del vaso, se denominan adventicia, media e íntima.

Arteria branquial.- Origen. Continuación de la arteria basiliar. Ramas. Arterias braquial, profunda, colaterales medial y colateral, y cubital y radial. Distribución. Estructura del brazo, músculos, piel y hueso.

Cancer.- Tumor maligno en general y especialmente el formado por células epiteliales. La característica básica de la malignidad es una anomalía de las células, transmitida a las células hijas, que se manifiesta por la pérdida del control de crecimiento y de la apoptosis. Esto se traduce en un crecimiento incontrolado de las mismas con invasión de los tejidos adyacentes. Los cánceres se dividen en dos grandes grupos: carcinomas y sarcomas. // ONCOL. m. Tumor de características malignas, que se caracteriza por el crecimiento incontrolado de las

células, la infiltración de los tejidos adyacentes y su crecimiento a distancia (metástasis).

Cisticercosis.- Infección por la larva de la tenia porcina *Taenia solium* o de la tenia del ganado vacuno *T. saginata*. Los huevos son ingeridos e incubados en el intestino; las larvas invaden el tejido subcutáneo, cerebro, ojos, músculo, corazón, hígado, pulmones y peritoneo. // MICROBIOL. f. Infestación por las larvas cisticerco, que en el hombre es producida por las larvas de la tenia del cerdo (*Taenia solium*). Está provocada por la ingesta de huevos viables de esta especie en alimentos crudos contaminados con heces humanas o también (aunque en menor medida) por la autoinfección en individuos parasitados. Los embriones liberados en el estómago y el duodeno atraviesan la pared intestinal, penetran en la circulación sanguínea y linfática y son distribuidos por el organismo hasta que se fijan en distintos órganos y tejidos, fundamentalmente los músculos y las estructuras nerviosas del sistema nervioso central. Las localizaciones más graves se producen en el cerebro y los ojos. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen (rayos X, tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear, etc), así como por diversas pruebas serológicas. La sintomatología en el primer estadio de la infestación se caracteriza por fiebre, malestar, dolor muscular y eosinofilia.

Diabetes.- Trastorno caracterizado por la excreción de orina, acompañado de sed intensa, debida a varias razones como un déficit de hormona antidiurética o por la hiperglucemia que acompaña a la diabetes mellitas.

Gangrena.- Necrosis de una parte del cuerpo producida por diversas causas: físicas, infecciosas, traumáticas, circulatorias, etc. // VIRGEN. f. Muerte o necrosis de un tejido, generalmente por pérdida del aporte vascular del oxígeno, al que suele seguir un proceso de invasión bacteriana y putrefacción. Cuando se produce la sobreinfección, es urgente la amputación de tejido o miembro afectado para evitar la infección generalizada y la sepsis por bacteriemia.

Hemodiálisis.- Procedimiento para eliminar las impurezas y sustancias de desecho de la sangre, utilizado en el tratamiento de la insuficiencia renal y en diferentes procesos tóxicos. La sangre del paciente a través de una máquina por difusión y ultrafiltración y después se devuelve a la circulación del paciente.

Jurisdicción.- de manera vulgar se entiende por jurisdicción el campo o esfera de acción o de eficacia de los actos de una autoridad, y aun, con exagerada amplitud, de un particular. La jurisdicción puede concebirse como una potestad-deber atribuida e impuesta a un órgano gubernamental para dirimir litigios de trascendencia jurídica, aplicando normas sustantivas e instrumentales por un oficio objetivamente competente y un agente imparcial.

Litispendencia.- Toda acción se extingue con su ejercicio. Este principio que nos viene del derecho romano, sienta dos reglas fundamentales: 1º que no puede existir al mismo tiempo dos juicios fundados en la misma acción; 2º que no puede

haber dos pronunciamientos distintos respecto a una misma acción. Para que estas dos reglas puedan hacerse efectivas se han arbitrado dos medios: para el primer caso, la excepción de litispendencia, pues la acción que se promueve ya esta entablada en otro juicio; para el segundo caso procede la excepción de cosa juzgada, porque la acción que se entabla ha sido ya resuelta en un proceso anterior. En un caso como en otro, el juicio iniciado posteriormente debe quedar sin efecto.

Menopausia.- Interrupción de la menstruación por agotamiento de los ovocitos. // GINECOL. f. Fecha en la que la mujer tiene la última menstruación de su vida.

Parto.- GINECOL. m. Fenómeno que ocurre al final del embarazo y que termina con el nacimiento de un recién nacido y la expulsión de la placenta. En el parto se distinguen los siguientes periodos: pródromos, primeros síntomas de comienzo del parto; periodo de dilatación, en el que el cuello uterino se dilata hasta alcanzar los 10 cm (dilatación completa); expulsivo, tercer periodo, que termina con la salida completa del feto; y, por último, periodo de alumbramiento, en el que se expulsa la placenta. En cuanto a los tipos de parto, pueden ser: *eutócico*, se refiere al parto fisiológico normal, y *distócico*, parto que no es normal (patológico). Según la presentación fetal, el parto puede producirse de *vértice* o *cefálico*, o de *nalgas* (completas o incompletas). Las demás presentaciones fetales no permiten el parto por vía vaginal y se terminan habitualmente mediante cesárea. *A término* es aquel que tiene lugar entre las semanas 37 y 42 de gestación. *Pretérmino* es el que termina entre las semanas 30 y 37. Se denomina parto *inmaduro* al que tiene lugar entre las semanas 20 y 27. El parto puede ser *inducido* o *provocado*, cuando se desencadenan las contracciones uterinas mediante la administración de oxitocina. *Instrumental* es aquel parto que se termina mediante la aplicación de algún instrumento quirúrgico (fórceps, ventosa, espátulas).

Perimenopausia.- ENDOCRINOL. f. Periodo fisiológico, que precede al climaterio, durante el que tiene lugar la regresión de la función ovárica, hasta el cese definitivo de la actividad menstrual o menopausia.

Posmenopausia.- GINECOL. f. Se refiere a la época de la vida de la mujer, después de la última menstruación de su vida. Es una época dentro del climaterio.

Puerperio.- GINECOL. m. Tiempo que transcurre desde el parto hasta la recuperación de los cambios de gestacionales. Dura aproximadamente unos 40 días. En este tiempo, la mujer vuelve a la situación anterior al embarazo.

Salud Pública.- La salud pública o salubridad general, es un conjunto de conocimientos de la ciencia médica y otras disciplinas que organizan, estructuran y orientan la actividad conjunta del gobierno y los particulares para proteger (prevenir) fomentar y restablecer la salud y aumentar las expectativas y la calidad de vida de la población de determinada área territorial.

Sangría.- Evacuación de sangre usualmente mediante el uso de sanguijuelas. Hasta el siglo XIX la sangría con laceta era un tratamiento habitual de muchas enfermedades.

Sepsis.- VIRGEN. f. Situación clínica grave con manifestaciones sistémicas de una infección (las más frecuentes urinarias, peritonitis por perforación, neumonías, infecciones biliares, etc). La gravedad puede ser variable, pero habitualmente requiere el ingreso en una unidad de cuidados intensivos, por el deterioro hemodinámico de la función renal y respiratoria, hasta la resolución del foco séptico.

Tenia.- Gusano intestinal del género Taenia, aplanado que puede alcanzar varios metros compuesto de proglótides o segmentos que contienen los órganos de reproducción y los huevos y se desprenden cuando están maduros. La infección por Tenia se clasifica como [ICD-10:B71.9]. forma anatómica de forma aplanada.

Teniasis.- Infestación por tenia.

Terapia.- PSICOL. f. Conjunto de las acciones que se ejercen sobre una persona y que se dirigen a curar una alteración o enfermedad.

Tumor.- NEUROCI. m. Genéricamente, hinchazón bulto o numeración. En el contexto de neoplasma, proliferación celular excesiva y desordenada, que origina un crecimiento excesivo del tejido.

Radioterapia.- Uso de radiaciones ionizantes para el tratamiento de afecciones, usualmente malignas. // RADIO. f. Rama de la medicina que se ocupa del tratamiento de las lesiones o enfermedades mediante radiación ionizantes, utilizando la capacidad de generar alteraciones biológicas sobre los tejidos.

Virus de la inmunodeficiencia humana.- Un retrovirus del género Lentivirus, productor del SIDA. // ANATOPATOL. m. Siglas que significan síndrome de inmunodeficiencia adquirida, enfermedad viral causada por el virus de la inmunodeficiencia humana, que se caracteriza por la destrucción progresiva de los linfocitos T, especialmente T cooperadores, y termina ocasionando un cuadro de inmunodeficiencia celular, marcado por frecuentes infecciones a causa de gérmenes oportunistas (toxoplasmosis, criptococosis, tuberculosis atípicas, neumocistosis, etc.).

BIBLIOGRAFIA

- 1) BADILLO, Elisa. Martínez, Víctor y Soberanes, José Luis. Los derechos humanos en México (Breve introducción). México: Porrúa y Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2005, 2ª ed.
- 2) BORA Soriano, Manuel. Teoría general de las obligaciones. México: Porrúa, 2000, 17º ed.
- 3) CANO Valle, Fernando. Ma. de Lourdes Ramírez García. Horacio A. Del Castillo Z. Bioética y derechos humanos. México: UNAM, 1992, primera edición.
- 4) CARRILLO Fabela, Luz Maria Reyna. La responsabilidad profesional del médico. México: Porrúa, 2000, 3ª ed.
- 5) CASO, Alfonso. Zavala, Silvio. La política indigenista en México. Métodos y resultados. México: Instituto Nacional Indigenista y Secretaría de Educación Pública, 1973, 2ª ed. Tomo I.
- 6) CHOY García, Sonia Angélica. Responsabilidad en el ejercicio de la medicina. México: O. G. S. Editores, S. A. de C. V., 2002, 2ª ed.
- 7) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Comentada y concordada. México: Porrúa, 2006, décimo novena edición.
- 8) Diccionario de medicina. Madrid: Espasa, 1999.
- 9) Diccionario jurídico mexicano. Instituto de investigaciones jurídicas. Tomos A-CH, I-O.
- 10) Enciclopedia Jurídica OMEBA. Argentina: Driskill, S.A., 1991, 1ª. Tomos I, V, XI, XVII, XVIII, XXIII y XXV.
- 11) FERNANDEZ Ruiz, Jorge (Coordinador). Servicios públicos de salud y temas conexos. México: Porrúa, 2006, primera edición.
- 12) GARCÍA Garduza, Ismael. Procedimiento pericial médico-forense. México: Porrúa, 2005, segunda edición.
- 13) GHERSI, Carlos A. (Director) Derecho de los pacientes al servicio de salud. Contrato y responsabilidad médica. Editorial: Ediciones Jurídicas Cuyo. Argentina. 1998.
- 14) HERRERA Trejo, Sergio. La mediación en México. México: FUNDAp, 2001, 1ª ed.
- 15) LOPEZ Betancourt, Eduardo. Imputabilidad y culpabilidad. México: Porrúa, 1999, segunda edición.
- 16) MALO Camacho, Gustavo. Derecho penal mexicano. México: Porrúa, 2000, tercera edición.
- 17) MANZANO García, José Roberto. Responsabilidad y el ejercicio de la medicina. México: Porrúa, 2002, primera edición.
- 18) MARQUEZ Piñero, Rafael. Derecho penal. Parte general. México: Trillas, 1999, cuarta edición.
- 19) MARTINEZ Alfaro, Joaquín. Teoría de las obligaciones. México: Porrúa, 1999, sexta edición.
- 20) MEIRELLES Gómez, Julio Cesar. José Geraldo De Freitas Drumond. Genival Veloso De Franca. Error médico. Buenos Aires, Argentina: IBde F

- Montevideo-Buenos Aires, 2002, traducción del portugués y notas por María Fátima Soares Pinheiro De Leiva.
- 21) MOLINA Arrubla, Carlos Mario. Responsabilidad penal en el ejercicio de la actividad médica. Medellín, Colombia: Biblioteca jurídica DIKE, 1998, segunda edición.
 - 22) Osorio Y Nieto, César Augusto. Delitos contra la salud. México: Porrúa, 2000, primera edición.
 - 23) QUIROZ Cuaron, Alfonso. Medicina forense. México: Porrúa, 2003, onceava edición.
 - 24) RAMON De la Fuente, Juan. Rodolfo Rodríguez-Carranza. (Coordinadores). La educación médica y la salud en México. México: Siglo veintiuno, 1996, primera edición.
 - 25) ROJAS Soriano, Raúl. Crisis, salud, enfermedad y practica médica. México: Plaza y Valdes editores, 1997, segunda edición.
 - 26) SANCHEZ Cordero de García Villegas, Olga. El derecho constitucional a la protección de la salud. México: Poder Judicial de la Federación, 2000, primera edición.
 - 27) SAN MARTIN, Hernán. Salud y enfermedad. México: Ediciones científicas La prensa médica mexicana S. A. de C. V., 1985, cuarta edición.
 - 28) SAN Martín, Hernán. Tratado general de la salud en las sociedades humanas. México: Ediciones científicas La prensa médica mexicana S. A. de C. V., 2003, 8ª reimpresión.
 - 29) SOBERON Acevedo, Guillermo. (Coordinador). Derecho constitucional a la protección de la salud. México: Miguel Ángel Porrúa, 1995, segunda edición.
 - 30) VALLE González, Armando y Héctor Fernández Varela Mejía. Arbitraje médico. Fundamentos teóricos y análisis de casos representativos. México: Trillas, 2005, 1ª ed.
 - 31) VARGAS Alvarado, Eduardo. Medicina legal. México: Trillas, 1999, segunda edición.
 - 32) VAZQUEZ, Rodolfo (compilador). Bioética y derecho. México: ITAM y Fondo de Cultura Económica, 1999, primera edición.
 - 33) VAZQUEZ Ferreyra, Roberto A. Responsabilidad por daños (elementos). Argentina: Desalma, 1993, primera edición.
 - 34) VELA Treviño, Sergio. La prescripción en materia penal. México: Trillas, 2000, segunda edición.
 - 35) YUNGANO, Arturo Ricardo. Jorge D. López Bolado. Víctor Luís Poggi. Antonio Horacio Bruno. Responsabilidad profesional de los médicos. Cuestiones civiles, penales, médico-legales, deontológicas. Buenos Aires: Universidad, 1992, segunda edición.

PAGINAS WEBS

- Declaración de los Derechos Humanos.
<http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>
- Consideraciones sobre la deshumanización en el ejercicio médico.
<http://www.aeds.org/Congreso12/PONENCIASCOMUNICACIONES%20LIBRES/Ponencias/Comunicaciones%20Libres/victorFrigieri.htm>
- Relación intersubjetiva médico-paciente: en defensa propia.
Por Patricia Sorokin.
<http://www.bioetica.org/cuadernos/ensciones11.htm>
- Declaración Universal de los Derechos del Hombre.
<http://www.educar.org/comun/derechoshumanos/espanol/index.asp>
- Listado de las normas oficiales mexicanas de la Secretaría de Salud.
<http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/psnno.html>
- Continuación del listado de las normas oficiales mexicanas de la secretaría de salud.
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html>
- Seguro contra responsabilidad civil del médico.
<http://geosalud.com/malpraxis/seguromedico.htm>
- Códigos y leyes de México.
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
- Concepto de médico.
http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=medico
- Concepto de responsabilidad.
http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=responsabilidad
- Concepto de daño.
http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=daño
- Concepto de imprudencia.
http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=imprudencia
- Concepto de negligencia.
http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=negligencia
- Concepto de impericia.
http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=impericia
- Concepto de delito.
http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=delito
- Concepto de homicidio.
http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=homicidio
- Concepto de lesión.
http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=lesión
- Concepto de bioética.
http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=bioética
- Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000
<http://uninet.mty.itesm.mx/legis-demo/progs/pnd.htm#T4-C5-S2>
- Libro: 10 años de arbitraje médico en México.
<http://www.conamed.gob.mx/index.php>
- Carta de los Derechos Generales de los Médicos.

<http://www.mty.itesm.mx/dcs/profesionalismo05/cartadermed.pdf>
- Carta de los Derechos Generales de los Cirujanos Dentistas.
<http://camejal.jalisco.gob.mx/pdf/cbi/Sexto/Cartadentistas.pdf>
- Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.
<http://www.hrovirosa.gob.mx/html/derech.html>
- Carta de los Derechos Generales de las enfermeras y los enfermeros.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2006/en061g.pdf>
- Revistas CONAMED:
1.- (http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?id_revista=_____)
Revista CONAMED, Año 1, Núm. 1, octubre-diciembre, 1996. pág. 5 y 6.
2.- (http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?id_revista=_____)
Revista CONAMED, Año 1, Núm. 2, enero-marzo, 1997. pág. 21.
3.- (http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?id_revista=41&id_ejemplar=861)
Revista CONAMED, Año 2, Núm. 6, enero-marzo, 1998. pág. 46.
4.- (http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?id_revista=41&id_ejemplar=4009)
Revista CONAMED, Vol. 11, Núm. 7, julio-septiembre, 2006. págs. 29-30
5.- (http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?id_revista=41&id_ejemplar=4009)
Revista CONAMED, Vol. 11, Núm. 7, julio-septiembre, 2006. Pág. 33.
6.- (http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?id_revista=41)
Revista CONAMED, Vol. 12, Núm. 1, enero-marzo, 2007. pág. 21, 22, 23, 24,