

EL CONFLICTO
EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL
DE ATENCIÓN A LA SALUD

EL CONFLICTO
EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL
DE ATENCIÓN A LA SALUD
Dimensión disciplinar y soluciones potenciales

Alfredo Ramos Ramos
José Antonio Beas Nava
Guillermo Suro Cedano
Francisco Javier Vázquez Cortés
Laura Fabiola Machuca Martínez
Pedro de Alba Macías
Roberto Becerra Zavala
(compiladores)

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE JALISCO
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUADALAJARA
UNIVERSIDAD GUADALAJARA LAMAR
ASOCIACIÓN MÉDICA DE JALISCO, COLEGIO MÉDICO A.C.
ASOCIACIÓN DENTAL MEXICANA A.C.
COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS, JALISCO
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE OAXACA
HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES, UMAE, CMNO-IMSS
ISSSTE, DELEGACIÓN JALISCO
HOSPITAL COUNTRY 2000
CENTRO MÉDICO PUERTA DE HIERRO
2008

Primera edición, 2008

- D.R. © 2008, UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
Centro Universitario de Ciencias de la Salud
Sierra Mojada 950, puerta 7,
Colonia Independencia
44340, Guadalajara, Jalisco, México
- Comisión Estatal
de Arbitraje Médico de Oaxaca
M.S, Crespo 812,
Colonia Jiménez Figueroa
68070, Oaxaca de Juárez, Oaxaca, México
- Gobierno del Estado de Jalisco
Palacio de Gobierno
Corona 31, Zona Centro
44100, Guadalajara, Jalisco, México
- Hospital Civil de Guadalajara
Coronel Calderón 777,
Colonia Independencia
44280, Guadalajara, Jalisco, México
- Comisión de Arbitraje Médico
del Estado de Jalisco
Morelos 1965, Colonia Leandro Valle,
44160, Guadalajara, Jalisco, México
- Instituto Mexicano
del Seguro Social UMAE-CMNO
Belisario Domínguez 1000,
Colonia Independencia
44349, Guadalajara, Jalisco México
- Universidad Autónoma de Guadalajara
Av. Patria 1201,
Lomas del Valle, 3a Sección
45129, Zapopan, Jalisco, México
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
para los Trabajadores del Estado,
Delegación Jalisco
Avenida Alcalde 500, Colonia Centro
44280, Guadalajara, Jalisco, México
- Universidad Guadalajara Lamar
Av. Vallarta 3273,
Colonia Vallarta Poniente
44100, Zapopan, Jalisco, México
- Hospital Country 2000
Av. Jorge Álvarez del Castillo 1542
44610, Guadalajara, Jalisco, México
- Asociación Médica del Estado de Jalisco,
Colegio Médico, A.C
Sierra Nevada 910,
Colonia Independencia
44340, Guadalajara, Jalisco, México.
- Centro Médico Puerta de Hierro
Blvd. Puerta de Hierro 5150,
Fracc. Puerta de Hierro
45116, Zapopan, Jalisco, México
- Asociación Dental Mexicana, A.C.
Sierra Nevada 910,
Colonia Independencia
44340, Guadalajara, Jalisco, México
- ISBN: 978-970-27-0276-4
- Comisión Estatal de Derechos Humano, Jalisco
Pedro Moreno 1616, Colonia Americana
44160, Guadalajara, Jalisco, México
- Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ÍNDICE

PRESENTACIÓN DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD-UDEG	9
PRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUADALAJARA	11
PRESENTACION DE LA UNIVERSIDAD GUADALAJARA LAMAR	15
PRESENTACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA DE JALISCO, COLEGIO MÉDICO A. C.	17
PRESENTACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DENTAL MEXICANA A.C.	19
PRESENTACIÓN DE LA COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS EN JALISCO	21
PRESENTACIÓN DE LA COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE OAXACA	23
PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA	25

PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES, UMAE, CMNO-IMSS	27
PRESENTACIÓN DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA TRABAJADORES DEL ESTADO	29
PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL COUNTRY 2000	31
PRESENTACION DEL CENTRO MÉDICO PUERTA DE HIERRO	33
INTRODUCCIÓN	35
CAPÍTULO I EL CONFLICTO EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE ATENCIÓN A LA SALUD EN JALISCO	43
CAPÍTULO II EL CONFLICTO MÉDICO-PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DEL DERECHO SANITARIO	
INTRODUCCIÓN	87
EL DERECHO SANITARIO: CONCEPTUALIZACIÓN Y FUNDAMENTOS	91
LA BIOÉTICA Y EL DERECHO SANITARIO	107
LA TEORÍA DE LA CULPA MÉDICA Y EL ESTUDIO SISTEMÁTICO DE LA RESPONSABILIDAD EN DERECHO SANITARIO	117

COMENTARIOS A LOS ARTÍCULOS ANTERIORES Y REFLEXIONES PERSONALES SOBRE LA ATENCIÓN A LA SALUD, ¿CONFLUENCIA ENTRE LA CIENCIA MÉDICA, LA ÉTICA Y EL DERECHO?	155
RESPUESTAS A PREGUNTAS CLAVE	161

CAPÍTULO III

EL MANEJO DEL CONFLICTO MÉDICO-PACIENTE EN EUROPA	
INTRODUCCIÓN	175
LA RESOLUCIÓN DEL CONFLICTO MÉDICO-PACIENTE EN EUROPA	177
COMENTARIO AL ARTÍCULO ANTERIOR Y REFLEXIONES PERSONALES SOBRE LOS MEDIOS DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS	197
RESPUESTAS A PREGUNTAS CLAVE	203

CAPÍTULO IV

EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA MEDICINA Y EL CONFLICTO MÉDICO-PACIENTE	
INTRODUCCIÓN	213
LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LOS TIEMPOS MODERNOS	219
SER Y QUEHACER DEL HOSPITAL ACTUAL	233
LA OFERTA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS ESPECIALIZADOS Y SU CONGRUENCIA CON LA CAPACIDAD DE RESPUESTA	263
LA USURPACIÓN PROFESIONAL EN LA PRÁCTICA MÉDICA DE ESPECIALIDAD	271
LOS SEGUROS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL	285
COMENTARIOS A LOS ARTÍCULOS ANTERIORES Y REFLEXIONES PERSONALES SOBRE «LA CULTURA DE LA QUEJA Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA»	303
RESPUESTAS A PREGUNTAS CLAVE	311

CAPÍTULO V

EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA ODONTOLOGÍA

Y EL CONFLICTO MÉDICO-PACIENTE

INTRODUCCIÓN	323
EL INTRUSISMO EN LA ODONTOLOGÍA	329
FORMALIDAD ACADÉMICO-LEGAL	
DE LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS Y SU RELACIÓN	
CON EL CONFLICTO ODONTÓLOGO-PACIENTE	335
LA ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL	
COMO PERSPECTIVA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS	
DE LA ODONTOLOGÍA PRIVADA	343
COMENTARIO Y REFLEXIONES PERSONALES	
SOBRE EL EXPEDIENTE CLÍNICO ODONTOLÓGICO	
COMO ELEMENTO DE PREVENCIÓN DE CONFLICTOS	357
RESPUESTAS A PREGUNTAS CLAVE	359

CAPÍTULO VI

EL CONFLICTO PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA

Y EL CONFLICTO MÉDICO-PACIENTE

INTRODUCCIÓN	367
LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	
EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO	375
CONOCIMIENTOS SOBRE LEGISLACIÓN	
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD	
DEL ESTADO DE JALISCO, 2006	383
COMENTARIOS A LOS ARTÍCULOS ANTERIORES	
Y REFLEXIONES SOBRE LA ENFERMERÍA.	
¿PARTE DEL CONFLICTO MÉDICO-PACIENTE?	401
RESPUESTAS A PREGUNTAS CLAVE	405

PRESENTACIÓN DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD-UdeG

A través del tiempo la exigencia en torno a la práctica de los profesionales de la salud se ha tornado más complicada; por una parte, el avance científico y tecnológico incrementa los conceptos cognoscitivos del área y por otra, los pacientes en quienes se aplican tales conocimientos cuentan con una serie de circunstancias que son favorables para el conflicto, y así entre muchos otros, se manejan nuevos conceptos como el referente a los derechos que tienen como usuarios de los servicios de salud.

Podríamos decir que el término «paciente», con el que tradicionalmente se identifica a la persona que se encuentra enferma y acude en busca de auxilio a los profesionales de la salud, hoy se encuentra en desuso, ya que en la actualidad, el enfermo ya no es tan tolerante con la actuación del médico.

Esta circunstancia se ha venido gestando a nivel mundial, ya que el adelanto científico y tecnológico y el fácil acceso a los mismos, confieren al paciente la posibilidad de adquirir información sobre las enfermedades, lo que complica la actuación de los profesionales de la salud, obligándolos a brindarles día a día mejores y más certeras explicaciones sobre los signos y síntomas que presentan, y más, cuando la relación profesional de la salud-paciente, se lleva a cabo en el ámbito particular o, bien, en caso de que surja algún imponderable que ocasiona malestar o daño al paciente en cuestión.

Los profesionales de la salud, mas que los de ninguna otra área, son los expertos en quienes —por tradición y por la naturaleza de su practica— ha recaído siempre un compromiso moral, esperándose de ellos una actuación ética y profesional. Sin embargo, la tradicional solvencia de que gozaban, se ha convertido en una exigencia social por comprobarse en la práctica profesional.

En este volumen, la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, por su estrecha relación profesional con estos problemas, nos invita a realizar una profunda y pertinente reflexión sobre el tema, mostrando aspectos que anteriormente eran inimaginables en el ejercicio legal, ético y moral de las profesiones de la salud, presentando un enriquecedor panorama para una mejor actuación profesional y sobre todo nos alerta de los riesgos implícitos que conlleva la praxis médica.

El presente libro se deberá convertir, en un excelente manual de consulta y asesoría para quienes practican la medicina, la odontología o la enfermería, ya que se trata de un instrumento de divulgación y difusión de los problemas de la práctica profesional de la salud, que por su corte útil e imparcial puede permitir, en base a fundamentos legales, sentar las bases para mejores acuerdos en los casos de disputas entre los profesionales de la salud y el paciente.

Hasta hoy, quizá no se ha logrado la perfecta resolución de las disputas legales antes mencionadas y la incertidumbre e inconformidades por alguna de las partes en conflicto podrán seguir presentes, pero es indiscutible que a partir de la publicación de ésta obra, se promoverá la mejora continua de la calidad de los servicios de salud y se dará un paso adelante en la prevención de conflictos, utilizando para ello las valiosas herramientas que la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco pone al alcance del lector.

Maestro Víctor Manuel Ramírez Anguiano
Rector del Centro Universitario de Ciencias de la Salud

PRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUADALAJARA

La atención médica integral debe ser ejercida por profesionales formados en instituciones reconocidas y bajo una disciplina estrictamente científica, ética y humanista, encaminada primordialmente a proteger y cuidar derechos fundamentales de la persona humana como son el derecho a la vida y a la salud.

La comunidad médica además de brindar una *alta calidad de atención* bajo un marco de respeto absoluto a la dignidad del enfermo, su autonomía, su derecho a la información y una adecuada comunicación, también deberá garantizar la confianza en sus servicios y mantener una *relación médico-paciente cordial y saludable* que favorezca el respeto mutuo buscando siempre hasta donde sea posible la resolución del problema de salud.

La odontología y la enfermería van de la mano como partícipes en la búsqueda del bienestar del paciente, la primera orientada a la salud bucal, la segunda como colaboradora excepcional del médico por el enlace humano directo entre éste y el enfermo hospitalizado, siendo ambas profesiones de alta delicadeza ética por el contacto tan cercano y tan íntimo con el enfermo.

Estamos conscientes de que todos los profesionales que tienen ingerencia con cuestiones de salud llevan a cuestas la gran responsabilidad de curar, mejorar o confortar en el último de los casos, pero

también es cierto que como seres humanos pueden equivocarse y que algunos de los errores pueden ser fatales o dejan secuelas de menor o mayor magnitud modificando la calidad de vida de la persona afectada y su familia con repercusiones de índole moral, social y económico.

Reconocemos que no siempre es del todo responsabilidad del médico, la enfermera o el odontólogo el fracaso de la terapéutica en determinada enfermedad, ya que la falta de recursos materiales que corresponde a las instituciones otorgar también pudiera ser causal directa o indirecta ante la necesidad no satisfecha en el momento del procedimiento médico o quirúrgico.

En la atención médica a nivel privado o institucional los errores relacionados con las habilidades o conocimientos del profesional juegan un papel primordial, por lo que la calidad de los servicios en éste rubro son desde la mitad del siglo pasado preocupación de toda la sociedad, tal vez impulsada y magnificada por la difusión al día de los avances científicos y tecnológicos, aunado a la divulgación (no siempre ética) de los medios de comunicación de las supuestas fallas en la aplicación del conocimiento médico por la impericia, la usurpación de las especialidades o más grave aún el dolo o la negligencia en la atención integral de los enfermos.

A raíz de demandas escandalosas por «mala práctica» iniciadas desde hace varias décadas principalmente en países desarrollados, surgió la promulgación de decretos y códigos internacionales relacionados con los derechos humanos, obligando al derecho internacional a tomar las riendas de tales modificaciones en el terreno jurídico y a la bioética en el aspecto moral para garantizar equidad en la resolución de los juicios relacionados con quejas en la atención médica y con los organismos auxiliares que brindan servicios para el diagnóstico, la atención y el tratamiento de los males de los enfermos.

Cuando un profesional de la medicina ante un acto de omisión causa daño a un paciente se incurre en responsabilidad médica, de lo que de comprobarse, se deriva el compromiso de reparar las consecuencias de dicho acto y toca al derecho señalar la pena que debe ser *justa*.

Al respecto, el Estado concede a los ciudadanos el derecho a seleccionar la instancia para resolver su queja cuando a su juicio ha sido dañada su integridad física o moral. Es aquí donde surgen las Comisiones de Arbitraje Médico en México, siendo en nuestro Estado a partir del 2001 la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (Camejal) la que cumple su función como organismo descentralizado como la necesidad de una alternativa para la resolución de conflictos entre pacientes y médicos e instituciones que otorgan servicios de salud.

Queda pues al *estado* la responsabilidad de *brindar a la comunidad servicios de salud con altos estándares de calidad* apegados a los principios bioéticos que se traducirán en el cabal cumplimiento en lo respectivo al cuidado integral de la salud, entre otros derechos fundamentales de la persona humana, a sus médicos y colaboradores y a los servicios auxiliares les corresponde trabajar con el único fin de luchar por un razonado, justo y digno trato a nuestros enfermos en el terreno institucional o privado.

A la Camejal el apoyo para que siga logrando éxitos en su labor noble de conciliar las relaciones entre los servicios sanitarios, su personal y los enfermos, facilitando el buen entendimiento entre las partes para lograr al máximo la visión hacia la «buena práctica» en la tan noble profesión de la medicina. Estamos seguros que el presente libro llena las expectativas y objetivos de su edición.

Lic. Antonio Leño Reyes
Rector de la Universidad Autónoma de Guadalajara

PRESENTACION DE LA UNIVERSIDAD GUADALAJARA LAMAR

La Universidad Guadalajara Lamar, con estudios incorporados a la Universidad de Guadalajara, entre sus múltiples funciones socioeducativas y culturales, está la de formar recursos humanos en 19 profesiones, en diversos campos del conocimiento. Un área prioritaria es la formación de recursos humanos en salud de las profesiones de medicina, odontología, enfermería, nutrición y psicología; de la misma manera forma profesionales de derecho, que están vinculada con el campo de la regulación legal de las prácticas profesionales en salud.

Como parte de su modelo educativo sustentado en la formación por competencias profesionales integradas, tiene el propósito de desarrollar el talento de los jóvenes para un ejercicio profesional de alta calidad, con base en el saber hacer, con juicio crítico científico y valores ético, profesionales y sociales.

La competencia profesional para el análisis y solución de conflictos en la práctica profesional de atención a la salud, es un campo formativo prioritario en la época actual, en donde los usuarios de servicios de salud, demandan una mayor calidad, calidez y altos valores éticos de los profesionales que la ejercen en el campo de la salud, así como, en los abogados que participan en la regulación de los derechos y obligaciones de usuarios y de los profesionales que ofrecen sus servicios en este campo sociolaboral.

En ese contexto formativo institucional, la Universidad Guadalajara Lamar está comprometida con la construcción y difusión de conocimiento con instituciones de la sociedad civil jalisciense y de la región Noroccidente del país, como el caso de la publicación del libro *El conflicto en la práctica profesional de atención de la salud. Dimensión disciplinar y soluciones potenciales*, esfuerzo liderado por un equipo de expertos de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (Camejal).

La construcción de la publicación es un esfuerzo colegiado de expertos nacionales e internacionales en el campo de la regulación legal y deontológica de la práctica profesional en salud, con énfasis en el análisis del conflicto en la práctica profesional de las profesiones de la medicina, odontología y enfermería en México y en Europa, que no dudamos en recomendar su lectura y consulta por la comunidad académica de nuestra Universidad, egresados y de los profesionales que ejercen su práctica en estos campos.

Lic. Ricardo Ramírez Angulo
Rector de la Universidad Guadalajara Lamar

PRESENTACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA DE JALISCO, COLEGIO MÉDICO A.C.

Tomando en cuenta lo que la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional establece como propósitos a los Colegios de Profesionistas, la Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico A.C. (AMJ), se identifica como agrupación con plena independencia de intereses institucionales, integrada por profesionales de la salud que distinguen como objeto social al trabajo colegiado con fines de enseñanza, investigación científica y servicio para la comunidad y ofrece su asesoría a los organismos gubernamentales, sociales, privados y públicos como cuerpo consultivo.

Desde su fundación en 1956 hasta la fecha la AMJ promueve el desarrollo académico, con la finalidad de refrendar los conocimientos y los principios humanísticos, para que el derecho a la protección de la salud se convierta en tarea de los colegiados en beneficio de la población jalisciense a la que se sirve con el ejercicio de sus profesiones, pero además, el Consejo Directivo 2006-2008 que me honro en presidir, ha distinguido el compromiso fundamental de apoyar incondicionalmente a los integrantes de los ochenta colegios, asociaciones y sociedades para que el ejercicio diario de sus prácticas profesionales se ajuste a los requerimientos normativos y éticos que los tiempos mismos marcan como elementos de una práctica profesional adecuada.

Este es el caso del libro *El conflicto en la práctica profesional de atención a la salud. Dimensión disciplinar y soluciones potenciales*, que ahora les

ofrecemos como una de las mejores estrategias para promover el buen desarrollo de las funciones de atención a la salud de los jaliscienses, y que representa la evidencia clara de la vinculación institucional que ha caracterizado nuestra gestión, en busca de las condiciones óptimas para el ejercicio profesional de los colegiados.

Los integrantes del Consejo Directivo 2006-2008 esperamos que este libro se convierta en un documento de consulta para los profesionales de la medicina, odontología y enfermería colegiados de las diversas agrupaciones que integran la Asociación Médica de Jalisco A.C. Nuestro propósito al ponerlo a su disposición es apoyar el ejercicio de su práctica profesional, esperamos que en su lectura se cumplan estas expectativas. Por nuestra parte, a este documento le adjuntamos nuestro entusiasmo por colaborar con todos los colegiados y esperamos que con aportaciones como ésta logremos llegar al ideal que se expresa en nuestro lema: «por una medicina humanista».

Dr. Eusebio Angulo Castellanos
Presidente del Consejo Directivo 2006-2008

PRESENTACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DENTAL MEXICANA A.C.

La Asociación Dental Mexicana (ADM) es una Federación Nacional de Colegios de Cirujanos Dentistas que desde hace más de 66 años ha liderado y dirigido el crecimiento y superación del profesionista responsable en procurar la salud a partir del cuidado en la cavidad oral. La ADM en su misión contempla coadyuvar a la vigilancia del ejercicio profesional y representa al gremio odontológico ante todas las instancias relacionadas a la práctica profesional promoviendo la actualización y educación continua, así como el desarrollo de la práctica profesional en un marco ético y humano siempre atento del bienestar social.

La ADM inmersa en el progreso de la ciencia, en los marcos de competencia y en los concurrentes procesos de globalización, ha impulsado la definición de criterios para la gestión y emisión de la certificación profesional. La institucionalización de los Consejos de Certificación promovida por la ADM permite avalar los conocimientos de los odontólogos moralmente responsables que mantienen una continua actualización y superación, por lo que la certificación profesional ofrece a la población la prestación de servicios de salud con una mayor calidad y aptitud por parte de una profesión odontológica más competente.

La ADM como organización rectora invita a todos los odontólogos a trazar nuevas metas y buscar su certificación y recertificación, como

refrendo a su responsabilidad de mantenerse actualizado, y en compromiso para ofrecer servicios más profesionales, competentes y confiables ante la sociedad que merece una mejor atención y espera honestidad de quien pone en sus manos el cuidado de su salud.

Todo odontólogo que desarrolle acciones de prevención, diagnóstico, prescripción, recomendación, terapéutica y rehabilitación, desarrolla un acto médico, y este es un acto *sui generis* que debe observar los marcos legales y normas jurídicas aplicable a la práctica de una profesión responsable (*lex artis ad hoc*). Ser miembro de la ADM significa principalmente responsabilidad.

La Asociación Dental Mexicana extiende una invitación para que todos los odontólogos responsables formen parte de esta augusta institución y felicitamos a la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco por su notoria labor en fomentar y promover la equidad y calidad en la atención de la salud.

Dr. Víctor Manuel Guerrero Reynoso
Presidente

PRESENTACIÓN DE LA COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS EN JALISCO

La búsqueda del bienestar humano es una tarea iniciada desde hace mucho tiempo. Su historia consiste en un proceso evolutivo que, en nuestros días, ha desembocado en significativos beneficios para los habitantes de todo el orbe. A la par, los sectores dedicados a la salud han adquirido una serie de responsabilidades encaminadas a desarrollar su tarea de la mejor manera posible.

La vocación médica tiende al bien por su propia naturaleza. Su eterno objetivo es, indudablemente, que todas las personas se desenvuelven íntegramente y al cien por ciento de sus capacidades físicas y orgánicas. Es decir, su objetivo es aplicar todos sus conocimientos, destrezas y avances científicos para lograr el mayor grado de bienestar físico y mental del paciente.

En la Comisión Estatal de Derechos Humanos (CEDH) estimamos esta relación médico-paciente como un ejercicio y elemento básico dentro de la cultura de respeto que debe permear en toda sociedad. El derecho a que la salud de la población sea efectiva, haciendo uso tanto de la medicina preventiva como de la curativa, entre otras, corresponde principalmente al Estado. Es en este punto donde la CEDHJ, en caso de una posible violación de este derecho, llega a intervenir.

Al igual que la Comisión de Arbitraje Médico de Jalisco, nuestro objetivo es que, cuando en este binomio médico-paciente ocurra una

posible mala práctica por parte de un servidor público, ésta, según la gravedad y en caso de que sea debidamente comprobada, se resarza de alguna forma en beneficio de quien merece un servicio de calidad y calidez. Es así como lo expone el derecho humano a la salud y a la debida atención médica.

No podemos cerrar los ojos. Situaciones como las mencionadas sí ocurren en Jalisco. La idea de este libro —abordar el conflicto en la práctica profesional de atención a la salud— implica diversos puntos de vista. Desde la perspectiva que nos compete, nos congratulamos de que se exponga el tema y se abra su análisis. Estamos seguros de que, además de instruir, los textos que se presentan abonarán al conocimiento, práctica y divulgación de los derechos humanos.

Lic. Felipe de Jesús Álvarez Cibrián

Presidente de la Comisión de los Derechos Humanos en Jalisco

PRESENTACIÓN DE LA COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE OAXACA

Organizar actividades académicas y difundir sus resultados a través de publicaciones como la presente, es importante en cualquier profesión, pero adquiere mayor relevancia cuando se trata de temas novedosos, pocos difundidos o de reciente creación, como los relacionados con los conflictos derivados de la atención médica. Es un acierto de la Camejal editar esta publicación como resultado del congreso «El conflicto en la práctica profesional de atención a la salud» y quiero expresar mi agradecimiento al Dr. Alfredo Ramos Ramos, (Comisionado de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco) la oportunidad que le brindó a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca (CEAMO) al invitarnos a organizar y coordinar el módulo «El conflicto médico-paciente desde la perspectiva del derecho sanitario», tema donde se vinculan dos áreas del conocimiento: la medicina y el derecho. Engarzar la medicina con el derecho es hablar de una nueva área denominada más recientemente como derecho sanitario (otros la llaman derecho médico), cuya finalidad es armonizar *el derecho a la protección de la salud*.

A pesar de que la prestación de los servicios de salud siempre ha estado regulado ya sea a través de códigos, juramentos, normas, reglamentos o leyes, muy pocos profesionales de la salud conocen el marco jurídico que norma a la atención de la salud en nuestro país. Los conflictos que se suscitan en la práctica profesional de atención a la salud

tienen un gran valor para la investigación sobre los servicios de salud, sirven como un parámetro para medir la calidad de la atención médica y para la toma de decisiones y mejorar el sistema de salud. El estudio de las insatisfacciones que surgen en el proceso de la atención médica, nos ha permitido conocer porqué esa insatisfacción se convierte en queja médica.

Los temas que se relatan en los capítulos de este libro, ilustrarán al profesional de la salud sobre el derecho sanitario, y facilitará no solo la comprensión de otros textos similares, sino que despertará el interés por conocer tópicos hasta ahora ajenos a la preocupación de los profesionales de la salud. También les servirá para saber cómo actuar o cómo defenderse de señalamientos sobre mala práctica de que pueden ser objeto.

Hoy en día, ante el avance tecnológico y científico de las ciencias biomédicas, cobra importancia incorporar a la formación del médico, la enfermera, del odontólogo, psicólogo, químico, etcétera, conocimientos básicos del marco jurídico que rige su ejercicio profesional. Con la comprensión de los temas aquí narrados se podrá tener un mejor panorama jurídico de la prestación de los servicios de salud.

Otro fin que se persigue con la lectura de esta obra, es el de sensibilizar a los profesionales de la salud de toda la república mexicana y particularmente a los del estado de Oaxaca, como cobertura formal de la CEAMO, respecto de sus principios deontológicos, el de conocer las obligaciones y derechos de su profesión en el terreno jurídico y quizás lo más importante, el de prevenir situaciones controversiales. Por último y derivado de lo anterior se desprende una invitación a la reflexión, a retomar la vocación del médico e insistir en el conocimiento de sus obligaciones jurídicas.

Dr. Manuel Ortega González

Presidente de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca

PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA

El Hospital Civil de Guadalajara, noble y bicentenaria institución se ha distinguido siempre como un claro reflejo de la congruencia entre el decir y el hacer en el mundo de atención a la salud. Esto se expresa con todo su esplendor en incontables escritos de historia, donde se registra el nacimiento, la evolución y el desarrollo de esta gran obra de Fray Antonio Alcalde, que sirve de testimonio objetivo y concreto de que el deseo de ayudar a los desprotegidos, sí puede trascender de las palabras a los hechos. El «Fraile de la Calavera» fue un ejemplo de congruencia en su tiempo, el Hospital Civil de Guadalajara ha sido su evidencia durante 214 años y seguirá siéndolo por muchos años más.

Quienes nos hemos formado en los espacios del Hospital Civil de Guadalajara como estudiantes primero y como profesionales de la salud después, aceptamos como privilegio el compromiso de congruencia que representa el desarrollarse profesionalmente en esta noble institución, de manera que mantenemos una búsqueda constante de las estrategias que nos permitan cumplir con ese histórico mandato social que se traduce en el lema de nuestras acciones «la salud del pueblo es la suprema ley».

En este contexto ubicamos los esfuerzos encaminadas a mejorar continuamente las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud que prestan sus servicios a través de esta institución, como es el

caso de las acciones de divulgación, difusión, orientación y asesoría sobre los aspectos relacionados con la responsabilidad legal propia del ejercicio profesional en salud, de tal forma que su dimensión adecuada funcione como prevención de conflictos con los pacientes. Tal es el caso del libro *El conflicto en la práctica profesional de atención a la salud. Dimensión disciplinar y soluciones potenciales* que a partir de la iniciativa de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, presentamos como material de consulta y de apoyo a su labor.

En esta obra se encontrarán artículos donde los especialistas estatales, nacionales e internacionales nos comparten información valiosa, con sus reflexiones y conceptos que seguramente resultarán atractivas para médicos, odontólogos y enfermeros, todo ello desde la perspectiva del conflicto entre usuarios y prestadores de servicios de salud, como una problematización necesaria para el planteamiento de sugerencias implícitas algunas, y explícitas otras, a fin de promover la buena práctica y la limitación del riesgo a las demandas, denuncias y quejas relacionadas con las acciones de atención a la salud.

La Dirección General del Hospital Civil de Guadalajara ofrece el presente documento a los profesionales de la salud del Hospital «Fray Antonio Alcalde» y del Hospital «Dr. Juan I. Menchaca», como una muestra del compromiso de congruencia entre los persistentes requerimientos que pretenden la mejora continua de nuestros servicios y la oferta de elementos objetivos de apoyo para el logro de esta meta de todos.

Dr. Jaime Agustín González Álvarez
Director General

PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES, UMAE, CMNO-IMSS

La Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social convencido que en la sociedad actual y con el cambio de paradigmas en relación del profesional de la salud con el paciente, en que estos últimos están cada vez más conscientes de su papel como principales actores en la recuperación o conservación de su salud, es cada vez más frecuente la aparición de inconformidades en cuyo trasfondo puede apreciarse una ruptura de la relación profesional de la salud-paciente.

Una preocupación permanente del IMSS es organizar actividades de educación continua dirigidas a su personal, buscando elevar la calidad de la atención a sus derechohabientes y apoyando cualquier iniciativa encaminada a este fin.

Congruente con esta política la UMAE se une al esfuerzo editorial de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, como coeditor, convencido de que el contenido del presente libro reviste un interés especial tanto para los médicos que laboran en el medio institucional como en el medio asistencial y privado

Los temas de reflexión propuestos en este libro son por demás interesantes ya que se parte de un análisis del conflicto en la práctica profesional de atención a la salud en Jalisco, para luego analizar el

manejo del mismo en el mundo —tanto desde el ángulo del derecho sanitario como de la bioética— para a continuación, centrarse en el ejercicio profesional de la medicina, del conflicto médico-paciente, para posteriormente analizarlo desde el ángulo de la odontología y de la enfermería con un enfoque de búsqueda de soluciones tomando en cuenta la experiencia local y mundial.

La UMAE ofrece a su personal el presente libro esperando que su lectura enriquezca sus propias experiencias en relación con este tema tan importante para lograr una sana relación profesional de la salud-paciente.

Dr. Marcelo S. Castellero Manzano
Director General

PRESENTACIÓN DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA TRABAJADORES DEL ESTADO

En el ISSSTE al igual que en las instituciones prestadoras de servicios de salud —ya sean públicas o privadas— han venido sufriendo una transición de insospechada magnitud. Hace apenas unos años la pasividad de los pacientes motivaba una atención de tipo paternalista y por momentos del tipo de beneficencia; lo que se hiciera era aceptado, con pocas manifestaciones de insatisfacción. Sin embargo, esos momentos han pasado a ser parte de la historia de nuestra medicina.

En la actualidad los pacientes, sus familiares y derechohabientes de las instituciones, en cualquier latitud del país, exige y reclama se cumplan las normas que las leyes nacionales e internacionales les ha otorgado como derechos, entre los que están los servicios de salud. La población no solo exige calidez en la relación, demanda calidad, no aceptan buenas intenciones, sino una atención integral, que incluya la oportunidad de ser escuchados, que se les examine y cuando sea necesario se soliciten los exámenes paraclínicos necesarios, que permitan un diagnóstico adecuado y oportuno; consecuentemente la propuesta de un tratamiento en el cual ellos participen en la decisión de aceptarlo, y en su caso la opción de una segunda opinión. Debemos reconocer que esta demanda no es privativa para ninguna disciplina en particular, ya sea general, especialista o sub-especialista, tampoco importa el prestigio o la fama, asimismo el tiempo de ejercicio o de experien-

cia, todos los profesionales de la salud son objeto de esta nueva modalidad en la atención.

Esta transición es en todo el mundo, destaca lo relacionado a los derechos humanos, los aspectos relacionados a la legislación sanitaria es más reciente. En este campo, generalmente el énfasis era hacia la regulación, o sea, el cumplimiento de normas sobre lo que se debería tener para prestar la atención y muy poca cuidado se daba a la forma de prestar los servicios o del ejercicio profesional.

Los profesionales de la salud, mayoritariamente la medicina, odontología y enfermería son las disciplinas más señaladas por el incumplimiento de sus obligaciones según los pacientes o sus familiares. El problema se agudiza por dos puntos fundamentales, el primero está relacionado a falta de preparación y desinterés por parte de los prestadores de servicios de salud en los campos de la legislación sanitaria, específicamente la que tiene que ver con la práctica diaria, y el otro punto es la propia legislación sanitaria, ambigua y poco precisa, además de que las adecuaciones y modificaciones se hacen con mucho tiempo de retraso, en comparación con el avance de la propia medicina y sus logros.

En esta ocasión me permito ofrecer a nuestros compañeros, en particular los responsables de atender las necesidades de salud de los derechohabientes los resultados obtenidos en el Congreso «El conflicto en la práctica profesional de atención a la salud» organizado por la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, deseándoles que lo disfruten y sirva de fuente para normar nuestra conducta ante la cada vez más frecuente manifestación de insatisfacción al recibir una atención.

Dr. José Luis Trejo Gallegos
Subdelegado Médico del ISSSTE Jalisco

PRESENTACION DEL HOSPITAL COUNTRY 2000

Vivimos en una sociedad en la que los valores tienen un desequilibrio entre el conocimiento y su aplicación, generando con ello un conflicto en todos los ámbitos y la medicina no se excluye; parecen predominar más los intereses personales, económicos, culturales, etcétera, que la propia deontología médica

La medicina y la profesión médica enfrentan varios desafíos en el orden deontológico, derivados de los nuevos descubrimientos científicos, la introducción de nuevas tecnologías y los cambios sociales y económicos que ha experimentado la sociedad.

Dentro de este conflicto de intereses se encuentran inmersos no solo los profesionales de la salud, como son los médicos y enfermeras; las instituciones formadoras de recursos humanos, la legislación, las compañías de seguros de responsabilidad profesional, la industria farmacéutica y la sociedad en general juegan un papel preponderante dentro del mismo

Nuestra sociedad exige una medicina de calidad congruente con sus necesidades y expectativas; los profesionales de la salud deberán dar cumplimiento a este derecho, capacitándose, favoreciendo la relación médico-paciente, mostrando un comportamiento ético y exigiendo que sus derechos les sean reconocidos por sus pacientes y las instituciones de salud en donde laboran

Por tratarse de un fenómeno relativamente nuevo y muy complejo, no existe todavía una regulación legal que le haga frente. Tampoco se ha desarrollado una deontología médica con tal propósito. Precisamente por ello, parece importante dar los primeros pasos hacia el correcto planteamiento de los conflictos en la práctica profesional de atención a la salud que empiezan a surgir, y proponer algunos criterios para encauzarlos en forma correcta. Es ésta una oportunidad que la Comisión de Arbitraje Médico en Jalisco nos brinda para encontrar la solución de estos conflictos que se presentan con intensidad similar en la medicina particular y en la pública

El Hospital Country 2000 tiene el firme propósito de participar en esta reingeniería o cambios de paradigmas de la medicina, que ofrezca la mejoría constante de la atención médica y quirúrgica que brindamos a los pacientes que acuden a este estado conociendo la calidad de los servicios que se proporcionan a nivel particular y público

El grupo médico de Jalisco debe de ser el líder que guíe las políticas y estrategias a fin de plantear las alternativas preventivas y correctivas en este conflicto que en determinado momento puede obstaculizar la calidad en la atención médica y quirúrgica

Dr. Ever Arturo Rodríguez Arias
Director General Hospital Country 2000

PRESENTACION DEL CENTRO MÉDICO PUERTA DE HIERRO

En Centro Médico Puerta de Hierro somos una organización privada especializada en proveer Servicios de Salud de tercer nivel, cuyos principales propósitos son: la excelencia en la atención integral del paciente y el apoyo al médico en su desarrollo profesional mediante infraestructura innovadora de alta tecnología; ello nos coloca en un ámbito de una relación que aunque tradicionalmente armónica y hasta paternalista; en la actualidad se encuentra influenciada por diversos factores que le dan un grado de complejidad que merece atención, análisis y visualización de los conflictos y su solución.

Sabemos que en esta relación por su dinamismo estará generando de manera constante materia en ciencia médica, en ética profesional y derecho; por ello, es importante el conocimiento y seguimiento en el avance de cada una de ellas: en Centro Médico Puerta de Hierro sabemos que la ciencia médica, la ética y el derecho, son la base sobre la cual se edifica una relación armónica, respetuosa, segura y sobre todo de máximo beneficio en la salud de nuestros pacientes, sin olvidar nunca el respeto a los derechos de los médicos.

En nuestra institución el respeto a los derechos de los pacientes es una máxima, sin embargo, también estamos sujetos a las sensibilidades e interpretaciones que cada ser humano tiene como información preestablecida y que a su vez utiliza para calificar y «sentir» la calidad y

calidez de la atención médica que está recibiendo. Es por ello que compartimos con la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco la importancia en el análisis, pero sobretodo en las formas de prevención del conflicto en la práctica profesional de atención a la salud y en el correcto y cabal cumplimiento de las leyes que en materia de salud nos rigen, como profesionales de la salud y como institución proveedora de servicios de salud.

Lic. Rodolfo Acosta González
Director Ejecutivo General
Dr. Ricardo Acosta González
Director Médico General

INTRODUCCIÓN

Alfredo Ramos Ramos

Si aceptamos como principio lo que establecen algunos teóricos en el sentido de que la calidad total no se consigue nunca, entonces aceptaremos también como una situación de lógica elemental, el hecho de que en el número de eventos de atención a la salud que se desarrollan a diario en Jalisco, en México o en cualquier parte del mundo, es factible identificar eventos exitosos, naturalmente constituyéndose como la proporción claramente mayoritaria, pero también es de esperar que se identifiquen algunos casos de la atención con resultados insatisfactorios para los profesionales de la salud y particularmente insatisfactorios para los pacientes, al obtenerse resultados no previstos, contrarios a lo deseable en todo acto de atención a la salud.

Igualmente lógico es el hecho de que los resultados negativos de los actos de atención, sobre todo si se relacionan con repercusiones negativas a la salud, generen inconformidades en los pacientes o en sus representantes, y que una proporción de éstos lo manifiesten ante alguna instancia judicial o lo hagan formalmente ante personas con algún tipo de autoridad, para constituirse en demandas civiles, denuncias penales o quejas formales contra los profesionales de la salud, para reclamarles su responsabilidad.

Alfredo Ramos Ramos. Comisionado de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

Esta es la realidad que viven con mayor claridad los usuarios de servicios y los profesionales de la salud, realidad que por supuesto se relaciona con el quehacer de los organismos creados para la resolución de los conflictos sociales, como se hace evidente con la instalación de una agencia de Ministerio Público en la Procuraduría General de Justicia del Estado de Jalisco, con la función específica de recibir e investigar las denuncias penales contra actos profesionales de atención a la salud. Esta política estatal se complementa en 2001 con la creación de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (Camejal), como una opción alternativa para la resolución de este tipo de conflictos.

Al margen del debate sobre la pertinencia de estas políticas de Estado, quienes tenemos la responsabilidad del desarrollo institucional de la Camejal, entendemos como privilegio la búsqueda de soluciones al conflicto social que se presenta como consecuencia de los resultados negativos en algunos casos de la práctica profesional de atención a la salud, a través de la aplicación de procedimientos basados en los medios alternativos a las vías judiciales, donde se parte del principio de la buena fe de las partes y se plantea como meta la amigable composición.

Aunado a estos valores del arbitraje médico, desde el momento mismo del inicio de nuestras funciones, anunciamos públicamente nuestra política de promover la mejora continua de los servicios, como una de las mejores estrategias para prevenir conflictos; por ello, en esta ocasión, como lo hemos hecho anteriormente, convocamos a los profesionales de la salud para reflexionar sobre diferentes aspectos del ejercicio profesional desde la perspectiva de tres diversas disciplinas: medicina, odontología y enfermería, complementadas con la visión jurídica de los profesionales del derecho, para generar un nuevo campo de interés que correlaciona estas áreas del ejercicio profesional, y que recibe la nomenclatura de Derecho Sanitario.

Con esa perspectiva de fondo es que analizamos el tema en el capí-

tulo I, «Conflicto en la práctica profesional de atención a la salud en Jalisco», donde se pretende ofrecer un panorama general de la queja médica en nuestro estado, para ofrecer información como la anteriormente planteada como ejemplos para las temáticas de medicina, odontología y enfermería. En la primera parte, se describe con mayor detalle su comportamiento estadístico en los seis años y medio de vida de la Camejal, para después plantear algunos indicadores que nos parecen importantes para la conformación del perfil de la queja, como el tipo de instituciones más frecuentemente motivo de queja o las formas de resolución de estos conflictos, hasta la conclusión, donde se advierte que entre las quejas atendidas en Jalisco y que se mantienen en nuestro procedimiento hasta la etapa de conclusiones, realmente existe la evidencia de mala práctica en 36.8 por ciento del total, cifra que se propone como indicador para contrastarlo con otros estados de la república mexicana.

De la lectura del capítulo I se desprende una gran cantidad de inquietudes que bien pueden ser planteadas como argumento válido para la incorporación de las siguientes temáticas del libro, como es el caso de la medicina, disciplina que por su historia y repercusión social y cultural, es fácilmente aceptada como base de las disciplinas de la práctica profesional de atención a la salud, lo cual explica seguramente que sea el punto de confluencia del mayor número de inconformidades de los pacientes o sus representantes. Para el estado de Jalisco, 53.8 por ciento de las quejas se relaciona con pacientes atendidos en el ámbito hospitalario, además de que 60.1 por ciento del total de casos que se registran en la Camejal, se refieren a los servicios otorgados por instituciones de la medicina privada, perfil que nos indujo a plantear el contenido del capítulo IV de este libro, respecto a «El ejercicio profesional de la medicina y el conflicto médico-paciente» mismo que plantea de principio una serie de reflexiones sobre la relación médico-paciente en los tiempos modernos, para posteriormente abundar sobre los riesgos de

conflicto que se desprenden de este encuentro de dos seres humanos que determinan las dinámicas de la medicina de especialidad y se particulariza sobre la medicina hospitalaria, sobre todo respecto a los límites entre las especialidades y la oferta de servicios de hospitales privados.

La odontología es la disciplina de atención a la salud que en el ámbito de los servicios privados, se ubica en primer lugar de frecuencias de queja, con 24.5 por ciento del total de casos recibidos en los seis años y medio de funcionamiento de la Camejal y donde se percibe un fuerte debate sobre los alcances de la odontología general y límites de las especialidades en el campo de la atención a la salud bucal, puesto que si bien 73.2 por ciento de los pacientes refieren inconformidades por los resultados de odontología de especialidad, solamente 27.8 por ciento de los odontólogos motivo de la queja son especialistas. Este fenómeno es el que determinó la estructura del capítulo V, donde «El ejercicio profesional de la odontología y el conflicto odontólogo-paciente» tiene como temas al intrusismo profesional, la formalidad de las especialidades odontológicas y la organización de las instituciones privadas como una estrategia para la calidad de los servicios de atención a la salud bucal.

La enfermería como disciplina de las ciencias de la salud, es también motivo de reflexiones en este libro, aunque en este caso su inclusión como tema no está sustentado en la frecuencia de quejas a la Camejal, puesto que representa apenas 0.9 por ciento del total recibidas de 2001 a 2007; sin embargo, consideramos que el ejercicio profesional de la enfermería potencialmente se podría convertir en el futuro en motivo frecuente de queja, dado que estos profesionales tienen un papel preponderante en la atención, tanto en los actos quirúrgicos como en el proceso indicación-medicación a los pacientes. Si bien al momento no son señalados como responsables de las inconformidades, esto es debido a la cultura de la queja que ubica al médico como el responsable absoluto. Este pensamiento no es privativo de los pacientes y sus repre-

sentantes, sino que es también el concepto que prevalece entre los profesionales de la enfermería, lo cual es obviamente erróneo, de tal manera que en el capítulo VI «El conflicto profesional de la enfermería y el conflicto médico-paciente» tratamos estos temas, concretamente sobre la responsabilidad profesional como una reflexión jurídica y como una realidad mediante un trabajo de campo con resultados de investigación sobre el conocimiento de la legislación en el personal de enfermería.

El comentario sobre el contenido de este libro se complementa con el capítulo II que trata del derecho sanitario como perspectiva que se replica prácticamente en todo este documento, al que le asignamos un espacio particular donde los autores comparten su visión académica al plantear los conceptos y los fundamentos de este campo novedoso del desarrollo profesional, que implica el punto de confluencia de las ciencias médicas y el derecho. Esta visión está fortalecida por el planteamiento teórico de la culpa médica y su estudio sistemático de la responsabilidad, reflexiones que permiten dimensionar de mejor manera su relación necesaria e indispensable con la bioética.

Igualmente importante resulta mencionar como una aportación de gran valor, lo que se plantea en el capítulo III «El manejo del conflicto médico-paciente en Europa», donde se incluye un panorama de los medios de resolución de conflictos en los países de la unión europea, particularmente de la comunidad española, que seguramente sirve de referencia a los métodos alternativos que se aplican prácticamente en toda la república mexicana y que la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, en conjunto con las instituciones coeditoras, ofrecemos a la comunidad de ciencias de la salud, como una aportación tendiente a mantener la actitud de búsqueda constante de las ideas novedosas que redunden en la mejora continua de los servicios de salud y por consecuencia lógica a la disminución de los riesgos de conflictos entre usuarios y prestadores de servicios de salud.

CAPÍTULO I

EL CONFLICTO EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE ATENCIÓN A LA SALUD EN JALISCO

Alfredo Ramos Ramos, Verónica Camacho Santillán,
Armando Morales Fernández, Rosa María Valdez López y
Carlos G. González Romero

La práctica profesional de atención a la salud desarrollada en Jalisco es motivo de amplio reconocimiento por su calidad científica, demostrada históricamente a través del desarrollo de instituciones asistenciales como el Hospital Civil de Guadalajara, el Centro Nacional de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Hospital «Dr. Valentín Gómez Farías» del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE). Estas son instituciones del sector público que funcionan de hecho o de derecho como centros regionales que atienden a pacientes de los estados de la región norte y occidente de México, principalmente, y en algunos casos a pacientes de otras regiones.

Los servicios públicos se complementan con instituciones del sector privado que conforme crece la población con capacidad económica crece también la demanda de servicios particulares de atención a la salud. Esta situación ha estimulado el desarrollo de centros hospitalarios con amplias capacidades tecnológicas y humanas, que compiten entre sí por el mercado de atención hospitalaria privada, esgrimiendo los parámetros de calidad como estrategia que les permite trascender las fronteras del estado, para convertirse en centros de atracción para la población de la región del noroccidente del país.

Estos servicios de salud integran la base poblacional para las funciones de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (Camejal), organismo público descentralizado de la administración pública del estado. Este organismo tiene atribuciones para desarrollar sus funciones únicamente dentro de los límites territoriales de Jalisco, por lo que para fines prácticos consideramos como población blanco de nuestras acciones, la que reporta el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática en el II Censo de Población y Vivienda de 2005.

No obstante lo anterior, es importante señalar que para el cumplimiento de las funciones que se desprenden del Artículo 91 «B» de la Ley Estatal de Salud en Jalisco, donde a la letra dice «...La Comisión tendrá por objeto difundir, asesorar, proteger y defender los derechos de los usuarios y prestadores de servicios de atención médica, promoviendo la equidad en sus funciones de conciliación y arbitraje de los asuntos que se someten a su conocimiento», consideramos como usuarios de los servicios de salud motivo de nuestras atribuciones, a todas las personas que acudan a las unidades de prestación de servicios de salud, tanto del sector público como del privado, ubicadas geográficamente en el territorio estatal, independientemente de su domicilio de residencia. Nuestras acciones están encaminadas a proteger a todos los usuarios que acudan a solicitar los servicios a unidades médicas de Jalisco, independientemente de que como denominador se mantenga siempre la población de Jalisco ya comentada en el párrafo anterior.

En este contexto se ubica el conflicto en la práctica del ejercicio profesional en salud en Jalisco, y que se expresa concretamente mediante la manifestación formal de las inconformidades de los usuarios de los servicios ante una autoridad judicial u otra persona con autoridad, hecho que para la Camejal es conocido de mejor manera como queja y que explicamos en este documento sobre los aspectos de mayor trascendencia, con referencia a los casos atendidos de enero a di-

ciembre de 2007, descritos en el contexto de la historia de vida institucional de este organismo público descentralizado.

Con el propósito de convertir esta presentación en un documento práctico y ágil para su lectura, se ha estructurado en los puntos generales que a continuación presentamos:

1. Solicitudes de atención en 2007
 - Frecuencia anual de casos atendidos.
2. Tipo de solicitudes recibidas
 - De las solicitudes que no han sido motivo de atención a la salud.
3. Las quejas recibidas en la Camejal
 - Frecuencia anual de quejas.
4. Solicitudes de opiniones técnicas. Evolución de este servicio y situación actual
5. Análisis cualitativo de las quejas
 - Profesionales de la salud más frecuentemente motivo de queja.
 - Frecuencia de la queja según el tipo de atención.
 - Acto de atención a la salud como motivo de queja.
 - Especialidad del acto médico motivo de la queja.
 - Tipo de institución de las quejas presentadas.
6. Modalidades de conclusión de las quejas presentadas
 - Modalidades de conclusión de las quejas que tienen audiencia conciliatoria.
 - Modalidades de conclusión en las quejas que no llegan a la audiencia conciliatoria.
7. La Camejal y la evidencia de mala práctica en Jalisco
8. Comentario final

Cada uno de estos rubros se presenta respecto a las cifras del año 2007 y su correlación con los años anteriores, de tal forma que su

46 EL CONFLICTO EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE ATENCIÓN A LA SALUD
observación histórica permita dimensionar mejor su comportamiento actual.

SOLICITUDES DE ATENCIÓN EN 2007

La estadística durante seis años y medio de existencia de la Camejal, nos muestra una tendencia ligeramente ascendente, sin que se tenga una evidencia de factores relacionados con la calidad de los servicios de atención a la salud que expliquen este fenómeno. Esta situación puede ser producto de las acciones de difusión que realizamos cotidianamente, y de la vinculación institucional que determina el hecho de que los asuntos de quejas que atendemos, lleguen como derivación de instituciones tanto del área de la salud o de instituciones de atención ciudadana como la Profeco o la Comisión de los Derechos Humanos, e inclusive de las mismas instituciones de salud.

Lamentablemente, nuestro presupuesto no permite diseñar un programa profesional de difusión con acciones específicas y la cobertura adecuada para que la mayoría de la población conozca las bondades del arbitraje médico como resolución alternativa a los medios judiciales; además, se pierde la oportunidad de identificar las inconformidades de los usuarios de los servicios de salud, situación que de ser detectada podría retroalimentar a los prestadores de los servicios, tanto de tipo institucional como a los mismos profesionales, para con ello, como consecuencia lógica, impulsar la mejora continua de la calidad de las acciones de atención a la salud.

Frecuencia anual de casos atendidos

Es importante tomar en cuenta que en este rubro se reporta el total de casos atendidos anualmente y que sirven de referencia para la magnitud en general, aun cuando en esta categoría se incluyen los expedientes registrados por asuntos de orientación, asesoría y gestión, además

de los casos que justifican la existencia de las comisiones de arbitraje médico y que se registran ya sea como queja directamente a la Camejal o como queja en otras instancias (Derechos Humanos o instituciones de salud, Secretaría de Salud. Para nuestra institución representan solicitudes para la emisión de opinión técnica sobre los servicios de salud que han generado inconformidades de diferente índole.

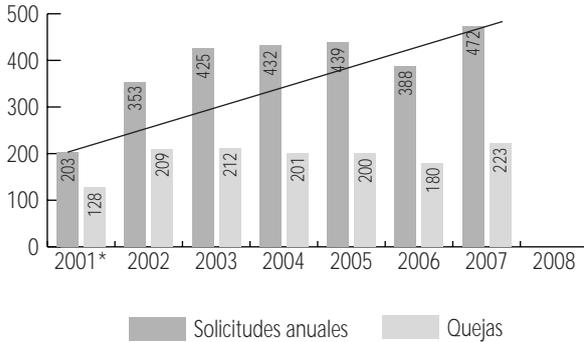
Con la anterior conceptualización, podemos decir en consecuencia que la estadística se presenta en dos rubros: total de casos (orientación, asesoría, gestión, quejas y opiniones técnicas) y expedientes de quejas.

Comportamiento estadístico del total de casos. Desde que comenzó sus funciones la Camejal a diciembre 2007, se manifiesta un comportamiento ligeramente ascendente en las cifras totales de solicitudes de atención para la Camejal, sin que se identifique ninguna evidencia objetiva y comprobable de deterioro en la calidad de la atención a la salud. Esto nos ha llevado a la afirmación reiterada de que entre estos dos aspectos (queja y calidad de atención) no existe un vínculo formal.

En la Gráfica 1 se observa como fenómeno sobresaliente el descenso del número de casos atendidos en 2006, situación que se compensa aparentemente en el año siguiente con una elevación importante. Este comportamiento atípico de los dos últimos años consideramos que se explica como efecto del cambio de domicilio de la Camejal, y que incluye lo que parece un efecto compensatorio que nivela la línea de tendencia históricamente ascendente.

Estadística histórica de casos de queja. El impacto del traslado de las oficinas sobre el número de solicitudes se manifiesta igualmente en el número de quejas presentadas, puesto que como se observa en la gráfica anterior este rubro tiene un comportamiento homogéneo de 2002 a 2005;

Gráfica 1
Total de solicitudes de atención por año
(Camejal 2001-2007)



*Junio-diciembre de 2001.

Fuente: Archivo Estadístico de la Camejal.

sin embargo, en 2006 tiene un declive en la línea de tendencia que se compensa con las quejas recibidas en el año que ahora presentamos. El incremento de 23.8 por ciento podría tener esa explicación. Esperamos que en el periodo de 2008 el número total de asuntos en general y de quejas en particular se presenten con la regularidad anterior.

TIPO DE SOLICITUDES RECIBIDAS EN 2007

En el cuadro siguiente se muestran los tipos de servicios solicitados por aquellos usuarios de la Camejal y que motivaron la apertura de un expediente. En este listado se identifican dos categorías dependientes de la prestación de servicio de atención a la salud: los primeros tres tipos de solicitudes se refieren a personas que no han recibido un servicio de salud, mientras que las dos solicitudes restantes se refieren a casos donde ya se realizó un acto de atención y los resultados fueron

insatisfactorios. Dadas las diferencias de los casos, es necesario plantear también las diferentes formas de resolución.

De las solicitudes que no han sido motivo de atención a la salud. De esta categoría de solicitudes, reiteramos que se refieren a los casos de orientación, asesoría y gestión, mismos que se explican cualitativa y cuantitativamente en las siguientes líneas.

Casos de orientación. Estos casos representan la evidencia más clara de la falta de difusión de las funciones del arbitraje médico, puesto que se trata de solicitudes de servicios que se resuelven mediante la explicación de nuestras atribuciones y sobre el proceso de atención a quejas. Con ello orientamos a las personas que acuden solicitando la intervención para problemas laborales, como despidos injustificados, o inclusive orientando a los profesionales del derecho que solicitan información sobre las atribuciones de la Camejal. Ambos ejemplos se podrían resolver de mejor manera mediante programas de divulgación y difusión formalmente establecidos, lo cual requiere una inversión que hemos demandado desde el inicio de nuestra responsabilidad y que no ha sido posible implementar a siete años de creado este organismo público descentralizado, dadas las limitaciones presupuestales. El poco presupuesto, por ejemplo, mantiene vacantes los puestos de Comunicación Social que aparecen estructuralmente en nuestro reglamento interior.

Esta es la razón por la cual consideramos que 7.0 por ciento de los casos que atendimos en 2007 muestran una tendencia positiva al compararse con 10.9 por ciento que se observa al contabilizar la muestra total de atenciones otorgadas de 2001 a 2007.

Casos de asesoría. Durante el periodo que motiva este informe prácticamente una de cada cuatro solicitudes de atención se resolvió median-

Cuadro 1
Atención por tipo de servicio
(Camejal, 2001-2007)

<i>Tipo de atención</i>	<i>2007</i>		<i>Total 2001-2007</i>	
	<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>
Orientación	33	7.0	295	10.9
Asesoría	127	26.9	532	19.6
Gestión	80	16.9	407	15.0
Quejas	223	47.3	1 352	49.9
Opinión técnica	9	1.9	126	4.6
<i>Total</i>	<i>472</i>	<i>100.0</i>	<i>2 712</i>	<i>100.0</i>

Fuente: Archivo Estadístico de la Camejal.

te la asesoría especializada, tanto a usuarios como a prestadores de servicios de salud, o inclusive a otro tipo de solicitantes, como estudiantes de diversas carreras que solicitaron información para sus trabajos de investigación sobre la responsabilidad profesional en salud. También reciben asesoría profesionales del derecho que acuden en representación de pacientes o familiares inconformes por los servicios de salud recibidos: algunas de estas inconformidades se convierten posteriormente en expedientes de queja. Como se observa en el Cuadro 1, la frecuencia de estas solicitudes en 2007 es similar a lo observado en los siete años de trabajo de esta comisión.

Casos de gestión. De este grupo de casos atendidos por la Camejal, seguramente que los resueltos a través de acciones de gestión, son los que nos generan mayores satisfacciones, puesto que se trata de usuarios de

los servicios de salud que tienen promesas de atención diferidas a mediano o largo plazo, cuando consideran que sus problemas requieren de atención inmediata; o inclusive se trata en ocasiones de pacientes que han recibido negativas de atención. En ambas situaciones, la intervención razonada de la Camejal resuelve satisfactoriamente la problemática en menos de 48 horas, gracias a la respuesta inmediata de las instituciones de salud.

Cuadro 2
Casos resueltos a través de la gestión inmediata, por tipo de institución
(Camejal, 2001-2007)

<i>Institución</i>	<i>2007</i>		<i>Total</i> <i>2001-2007</i>	
	<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>
IMSS	67	83.7	317	77.9
HCG	7	8.7	29	7.1
ISSSTE	3	3.7	22	5.4
Medicina privada	1	1.3	20	4.9
SSJ	1	1.3	10	2.4
Otros	1	1.3	9	2.2
<i>Total</i>	<i>80</i>	<i>100.0</i>	<i>407</i>	<i>100.0</i>

Fuente: Archivo Estadístico de la Camejal.

Es claro al observar el Cuadro 2 que la mayor frecuencia de este tipo de servicios de la Camejal se realiza vinculada con el IMSS, ya que las gestiones realizadas en 2007 con las unidades dependientes de la Delegación Jalisco, junto con las Unidades de Alta Especialidad (Umaes) como el Hospital de Especialidades, el Hospital de Ginecobstetricia y el

Hospital de Pediatría (los tres ubicados en el Centro Médico Nacional de Occidente), representan la resolución de cuatro de cada cinco casos de gestión, situación similar respecto al total histórico de 2001 a 2007.

LAS QUEJAS RECIBIDAS EN LA CAMEJAL

Cuando los actos de atención a la salud tienen resultados diferentes a las expectativas de médicos y pacientes, sobre todo cuando dichos resultados tienen repercusiones en la salud (eventos adversos), los pacientes mismos, o sus representantes, tienen la opción de inconformarse formalmente ante algún juez u otra autoridad, acción que técnicamente es la definición de una queja médica.

Del concepto anterior se desprende entonces que en México existen dos opciones generales para la presentación de la queja médica: instancias jurisdiccionales donde interviene un juez, o instancias no jurisdiccionales donde la decisión última es de otra autoridad que no es un juez.

En las instancias jurisdiccionales se presentan los juicios penales a través de Ministerio Público cuando los pacientes o sus representantes legales pretenden sanciones de delito además de la reparación del daño, por las acciones de los profesionales de la salud, en donde se presume que existe dolo o negligencia criminal.

También se recurre a los juzgados civiles como instancias jurisdiccionales, cuando los pacientes o sus representantes consideran que los actos de atención a la salud terminaron con resultados adversos por descuidos o falta de pericia de los profesionales, pero que no se relacionan con daños voluntariamente provocados, de tal forma que se manifiestan como demandas civiles que pretenden únicamente la reparación del daño.

En las instancias no jurisdiccionales se manifiestan las inconformidades por los servicios de atención a la salud que concluyeron con

resultados diferentes a los esperados, y que no obstante que provocaron un daño reversible o irreversible para los pacientes, estos resultados no son vinculados con la voluntad de los profesionales de la salud y, por lo tanto, no son constitutivos de delito; su manifestación es en cuanto al establecimiento de responsabilidad civil y las sentencias que se establecen se circunscriben a la reparación del daño. La manifestación formal de esta inconformidad ante alguna autoridad no jurisdiccional, es conocida propiamente como queja y puede presentarse ante las autoridades de las mismas instituciones de salud. Actualmente se manifiestan también ante las comisiones de los derechos humanos y, en forma específica, este tipo de inconformidades son la razón de la existencia de las comisiones de arbitraje médico, como es el caso de la Camejal.

Frecuencia anual de quejas

Del 18 de junio de 2001 al 31 de diciembre de 2007, la Camejal recibió 2 712 solicitudes de atención, de las cuales 1 352 se han clasificado como quejas, por tratarse de conflictos relacionados con la insatisfacción por los resultados obtenidos en actos de atención a la salud.

En el Cuadro 3 se observa que hasta diciembre de 2007 se egresaron 1 223 expedientes de quejas, lo cual representa 90.5 por ciento del total de casos recibidos y que han causado baja con las diferentes modalidades que ofrece la resolución alternativa, situación que explicamos más adelante. 9.5 por ciento restante representa 129 quejas que se trasladan, en diferentes etapas del proceso arbitral, para desarrollarse en el periodo anual siguiente.

Durante el periodo de enero a diciembre de 2007, la Camejal recibió 223 nuevas quejas contra los profesionales de la salud, cifra que al ser ponderada respecto al total de la población de Jalisco, resulta que se presentan 3.4 quejas por cada 100 mil habitantes; esto ubica

Cuadro 3
Solicitudes de atención recibidas y casos egresados
(Camejal, junio 2001-diciembre 2007)

<i>Solicitud de servicios a Camejal</i>	<i>2007</i>		<i>Total 2001-2007</i>	
	<i>Recibidos</i>	<i>Egresos</i>	<i>Recibidos</i>	<i>Egresos</i>
Orientación, asesoría y gestión	240	240	1 234	1 234
Quejas	223	208	1 352	1 223
Opiniones técnicas	9	6	126	64
<i>Total</i>	<i>472</i>	<i>454</i>	<i>2 712</i>	<i>2 521</i>

Fuente: Archivo Estadístico Camejal.

a Jalisco en el 5º lugar nacional, entre las 25 comisiones estatales que funcionan hasta el momento. Tabasco, Aguascalientes, Campeche y Querétaro están por encima de nuestro estado.

Para complementar adecuadamente la magnitud de las quejas atendidas por la Camejal en el periodo que ahora se informa, es conveniente tomar en cuenta que el número total de quejas atendidas por año se integra con la suma de dos tipos de expedientes:

- 223 expedientes de quejas que se registraron como nuevos casos a partir de enero de 2007, más
- 114 expedientes de quejas que se recibieron en periodos anteriores y se pasaron en proceso para 2007.

De tal manera que durante el periodo que ahora informamos, en realidad se atendieron 337 quejas, de las cuales 208 se dieron de baja en nuestro procedimiento, para pasar 129 quejas en proceso para su atención en el periodo anual que ahora transcurre.

Cuadro 4
Comisiones estatales de arbitraje médico
con las tasas más altas de quejas por año

<i>Comisiones estatales de arbitraje médico*</i>	<i>Número de quejas</i>	<i>Tasa por 100 mil habitantes**</i>	<i>% del total de asuntos</i>
Tabasco	173	8.6	50.7
Aguascalientes	50	4.7	9.9
Campeche	29	3.9	3.7
Querétaro	58	3.6	15.8
Jalisco	223	3.4	47.2

Fuente: *Informes anuales de cada comisión estatal. ** Tasa basada en la población reportada por INEGI en el II Censo de Población y Vivienda 2005.

Como se describe objetivamente en la Gráfica 1 el número de quejas por año se mantiene prácticamente igual durante el periodo de 2002 a 2007, con un promedio anual de 204, que se modificó en los dos últimos años, con un decremento en 2006 para registrarse sólo 180 solicitudes, pero compensado en 2007 con 223 quejas registradas.

El análisis cualitativo de las quejas recibidas en la Camejal, así como las modalidades en su conclusión, lo presentamos más adelante.

SOLICITUDES DE OPINIONES TÉCNICAS.

EVOLUCIÓN DE ESTE SERVICIO Y SITUACIÓN ACTUAL

Opiniones técnicas, evidencia de vinculación con los colegios de profesionistas

Apoyados en el Artículo 91 «C» de la Ley Estatal de Salud en Jalisco, donde se le asignan las atribuciones de la Camejal, específicamente en el segundo párrafo del inciso VII que a la letra dice: «...Para la emisión

de las opiniones técnicas deberá auxiliarse en la consulta a los colegios de profesionistas en salud y los demás que se requieran según la naturaleza del caso», aceptamos solicitudes de las instituciones procuradoras de justicia, tanto estatales como federales, así como de instituciones de salud y organismos protectores de los derechos humanos, para analizar casos que en esas instituciones fueron presentados como quejas y como denuncias penales relacionados con la prestación de servicios de salud.

Implementamos una metodología de trabajo y diseñamos la estrategia adecuada para establecer la vinculación necesaria para el trabajo conjunto con los colegios de profesionistas médicos, planteando como principio indispensable la colaboración con nosotros de un mínimo de tres especialistas colegiados por cada expediente a revisar, cada uno de ellos preparando un reporte individual que posteriormente el personal médico y jurídico de la Camejal integra en un solo documento de conclusión. El resultado nos ofrece una conclusión médico-clínica de alto nivel científico y sólidamente planteado desde el punto de vista jurídico, lo cual ofrece certidumbre a los encargados de tomar las decisiones en las instituciones solicitantes ya mencionadas.

En el periodo completo que utilizamos como referente para este informe, de 126 solicitudes recibidas regresamos 14 por improcedentes. También se han concluido 50 estudios de este tipo con los resultados que se muestran en el Cuadro 5.

Es importante señalar que al plantear como política de calidad y de confiabilidad nuestras opiniones técnicas, definimos como estrategia la convocatoria de un mínimo de tres colegiados por caso; sin embargo, la complejidad es variable para cada opinión técnica, sobre todo por la confluencia de más de una especialidad médica en un mismo conflicto, situación que determina la necesidad de que participe más de un colegio y frecuentemente más de tres colegiados. En este perio-

Cuadro 5
Opiniones técnicas presentadas por tipo de conclusión
(Camejal, junio 2001-diciembre 2007)

<i>Tipo de conclusión</i>	<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>
Evidencia de buena práctica	26	52.0
Evidencia de mala práctica	24	48.0
<i>Total</i>	<i>50</i>	<i>100.0</i>

* Ministerio Público Estatal, Ministerio Público Federal, Comisión Estatal de Derechos Humanos y Secretaría de Salud Jalisco.

Fuente: Archivo Estadístico de la Camejal.

do de seis años y medio el número máximo de expertos participantes para una opinión técnica fue de ocho colegiados; en total, participaron 184 colegiados para la integración de los 50 reportes de opinión técnica concluidos que fueron entregados a las respectivas instituciones solicitantes, es decir, un promedio de 3.7 colegiados por opinión técnica. Para ello se requirió la inversión de aproximadamente 4 600 horas de servicio social profesional voluntario, con aproximadamente 25 horas por cada uno de los colegiados participantes para la elaboración de sus reportes técnico-científicos, que fueron la base de nuestra opinión técnica.

Para los que trabajamos en la Camejal es importante aprovechar la oportunidad que nos brinda la elaboración de este reporte, para hacer un manifiesto formal de nuestro reconocimiento a los profesionales de la salud, integrantes de los colegios de profesionistas, así como a sus consejos directivos por el apoyo desinteresado que nos otorgan al aceptar nuestra petición y participar como expertos en sus áreas correspondientes, otorgando de manera altruista su tiempo para es-

clarecer de los casos que fueron motivo de denuncias o quejas en las instituciones que solicitaron los servicios de la Camejal; con ello nos otorgan autoridad legal y moral para afirmar categóricamente que en Jalisco sí se cumple con los preceptos de la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional (Ley de Profesiones), y que son los colegios de ciencias de la salud quienes vigilan el buen ejercicio profesional, desarrollan acciones de arbitraje y planteando propuestas para mejorar sus propias profesiones. En todo ello se tiene a la Camejal como el instrumento para que este derecho se convierta en atribución fáctica.

En el cCuadro 6 presentamos la información específica del número de opiniones técnicas, las instituciones solicitantes y el carácter de la conclusión en cada caso.

Como se observa en estos cuadros, las opiniones técnicas de la Camejal contribuyeron a la demostración objetiva y basada en el análisis científico fundamentado y motivado, de que realmente sí existe la mala práctica en Jalisco; sin embargo, la Camejal también colaboró con los mismos principios, para la demostración de que en poco más de la mitad de los casos, los profesionales de la salud fueron acusados injustamente.

Definitivamente que lo dicho hasta aquí respecto a la opinión técnica es lo agradable de nuestro procedimiento; sin embargo, el tiempo que requiere cada uno de estos expedientes, tanto de los expertos integrantes de los colegios de profesionistas, como del personal de la Camejal para su integración en documento de respuesta, es en realidad tiempo restado a la atención de quejas. Esto plantea un problema irresoluble por el momento, que nos condujo a la reflexión con nuestro consejo, como máximo órgano de gobierno, para tomar la decisión que a partir de enero de 2008 hemos implementado: suspender nuestra participación en este tipo de actividades, basados en la reiterada afirmación de que el personal operativo que trabaja actualmente

Cuadro 6
Casos concluidos de opinión técnica, por tipo de institución y resultado
(Camejal, junio 2001-diciembre 2007)

<i>Instituciones solicitantes</i>	<i>Tipo de conclusión</i>		<i>Total</i>
	<i>Evidencia de buena práctica</i>	<i>Evidencia de mala práctica</i>	
Procuraduría General de Justicia del Estado de Jalisco	15	14	29
Procuraduría General de la República	5	1	6
Comisión Estatal de Derechos Humanos, Jalisco	3	2	5
Secretaría de Salud del Estado de Jalisco	0	4	4
Otras	3	3	6
<i>Total</i>	<i>26</i>	<i>24</i>	<i>50</i>

Fuente: Archivo Estadístico de la Camejal.

en la Camejal es insuficiente y por lo tanto recurrimos al inciso «X» del Artículo 91 «C» antes descrito, donde al establecer las atribuciones de este organismo público descentralizado, dice textualmente: «...Orientar a los usuarios y autoridades, respecto de los colegios de profesionistas e instituciones de educación superior a los que podrán presentar solicitudes de dictámenes o peritajes médicos».

En otro momento, cuando se cuente con los recursos que se requieren para el fortalecimiento institucional, el consejo de la Camejal valorará la pertinencia de volver a ofrecer este tipo de servicios a las instituciones.

El análisis de las quejas tiene otras perspectivas; más allá de la magnitud, es posible elaborar un perfil a través de diferentes indicadores, como es el caso de la disciplina específica del profesional de la salud, tipo de atención que motiva la inconformidad, acto de atención a la salud más frecuentemente motivo de la queja, trascendencia de la inconformidad motivo de queja o tipo de institución que prestó el servicio de salud que la genera. A continuación se describe cada uno de estos aspectos.

Disciplinas de la salud más frecuentes como motivo de queja

Como cada día es más del dominio público, el término *arbitraje médico* es un método de resolución de conflictos entre usuarios de servicios y profesionales de la salud, entendiendo esta última categoría como lo define la Ley General de Salud, es decir, profesionistas, técnicos y auxiliares. El concepto de arbitraje médico alude a los prestadores de servicios de medicina, odontología, enfermería, psicología, química, entre otros.

De acuerdo con la anterior conceptualización, hemos clasificado las quejas atendidas según se describe en el Cuadro 7.

Del total de quejas que se registraron en la Camejal durante el periodo comprendido de 2001 a 2007, 84.4 por ciento están dirigidas a profesionales de la medicina, mientras que la odontología se ubica en el segundo lugar de frecuencias con 14.4 por ciento. La enfermería y otras disciplinas tienen porcentajes por debajo de la unidad.

Un dato sobresaliente al estratificar este análisis por tipo de institución, es el hecho de que las quejas provenientes de instituciones de medicina privada tienen perfiles completamente diferentes a lo que se observa en las instituciones públicas (asistencia social y seguridad social), dado que la odontología de atención privada es el motivo de insatisfacción de una de cada cuatro quejas, disciplina que en las

Cuadro 7

Distribución de las quejas, según las disciplinas de ciencias de la salud
(Camejal, junio 2001-diciembre 2007)

<i>Disciplina de la salud</i>	<i>Seguridad social</i>		<i>Asistencia social</i>		<i>Medicina privada</i>		<i>Total</i>	
	<i>Núm.</i>	<i>%</i>	<i>Núm.</i>	<i>%</i>	<i>Núm.</i>	<i>%</i>	<i>Núm.</i>	<i>%</i>
	Medicina	434	98.4	123	95.3	580	74.6	1 137
Odontología	2	0.5	2	1.6	190	24.4	194	14.4
Enfermería	5	1.1	2	1.6	5	0.6	12	0.9
Otras	0	0.0	2	1.6	2	0.3	4	0.3
<i>Total</i>	<i>441</i>	<i>100.0</i>	<i>129</i>	<i>100.0</i>	<i>777</i>	<i>100.0</i>	<i>1 347</i>	<i>100.0</i>

Fuente: Archivo Estadístico de Camejal.

instituciones de seguridad y asistencia social el porcentaje es de 0.5 y 1.6, respectivamente.

Es claro que la información disponible y sobre todo con el manejo de porcentajes en estas descripciones, no es suficiente para establecer hipótesis de correlación entre las frecuencias de quejas con otro elemento que no sean los volúmenes de atención. En las instituciones públicas, el número de acciones de medicina en hospitales, unidades de consulta externa y en servicios de urgencias, es incomparablemente mayor a las realizadas en odontología; sin embargo, para el caso de la enfermería, el volumen de servicios no es creíble como elemento que marque la diferencia en todos los casos, dado que el número de acciones que desarrollan estos profesionales de la salud es cuando menos similar al de los médicos, de tal forma que el hecho de que en siete años se tengan registradas 12 quejas contra profesionales de la enfermería, deberá tener otras razones que requieren una revisión

62 EL CONFLICTO EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE ATENCIÓN A LA SALUD
más profunda, con un manejo estadístico más estricto que nos permita esclarecer inferencias.

Frecuencia de la queja según el tipo de atención

Cuando se habla de negligencia médica, la mayoría de las personas piensan en hospital, lo cual conduce a que se construyan indicadores de la queja médica tomando como denominador el número de camas censables. Esto es erróneo, puesto que las quejas no sólo corresponden a egresos hospitalarios, sino que las inconformidades también se presentan respecto a las unidades de consulta externa y a los servicios de urgencias.

Al analizar los expedientes registrados en la Camejal en todo su historial, según su distribución por tipo de atención recibida, encontramos que en realidad poco más de la mitad están relacionadas con pacientes que recibieron atención hospitalaria y dos de cada cinco casos se refieren a la atención recibida en consulta externa, quedando sólo cinco de cada cien que se inconforman con los resultados después de una atención en servicios de urgencias.

En el mismo Cuadro 8 se observa que los resultados respecto al análisis de la queja por tipo de atención para el año que ahora informamos, tiene prácticamente la misma distribución que en el total de casos atendidos en toda la historia de esta comisión, por lo que consideramos pertinente obtener las tasas estratificadas para hospital, consulta externa y servicios de urgencia, tomando como denominador el número de eventos de atención que se reporta para el estado de Jalisco en el Anuario Estadístico 2007.

Cuando las frecuencias las ajustamos por el número de eventos realizados en cada uno de los tipos de atención, resulta que en realidad es inmensamente mayor el riesgo de que se manifiesten inconformidades de los pacientes del ámbito de la atención hospitalaria. En

Cuadro 8
Frecuencia porcentual de quejas, según el servicio de la atención
(Camejal junio 2001-diciembre 2007)

<i>Tipo de servicio que ofrece la atención</i>	<i>2007</i>		<i>Total 2001 - 2007</i>	
	<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>
Atención hospitalaria	120	53.8	706	52.3
Consulta externa	94	42.2	570	42.3
Servicio de urgencia	9	4.0	73	5.4
<i>Total</i>	<i>223</i>	<i>100.0</i>	<i>1,349</i>	<i>100.0</i>

Fuente: Archivo Estadístico Camejal.

Jalisco, se presentan con una tasa de 217 quejas por cada millón de egresos hospitalarios, a diferencia de las atenciones de consulta externa y los servicios de urgencia, donde se presentan tasas prácticamente de seis y cuatro quejas por cada millón de eventos de atención, respectivamente.

Definitivamente que la evidencia de este riesgo de queja en los servicios de hospitalización deberá corresponderse con medidas específicas de corrección, con una perspectiva de prevención de conflictos, pero principalmente con el propósito constante de mejorar de manera continua la calidad de la atención a la salud de los pacientes hospitalizados.

Acto de atención a la salud como motivo de queja

La información estadística de la queja en Jalisco tiene otra perspectiva de análisis, que muestra una realidad diferente a lo que priva en el criterio de la población, puesto que cuando se menciona la negligencia

Cuadro 9
Tasa de quejas, según tipo de atención que motiva la queja
(Camejal junio 2001-diciembre 2007)

<i>Tipo de atención</i>	<i>Eventos de atención*</i>	<i>Quejas**</i>		<i>Tasa por 1 000 000</i>
		<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>	
Egresos hospitalarios	552 293	120	53.8	217.3
Consulta externa	15 890 905	94	42.2	5.9
Servicio de urgencia	2 373 487	9	4.0	3.8
<i>Total</i>	<i>18 816 685</i>	<i>223</i>	<i>100.0</i>	<i>11.9</i>

Fuente: *INEGI, Anuario Estadístico Jalisco, tomo I, 2007, Capítulo 5 «Salud», pp. 295-459.

** Archivo Estadístico Camejal.

cia médica se relaciona generalmente a complicaciones quirúrgicas; sin embargo, nuestra base de datos nos muestra que no es así; aun cuando este tipo de procedimientos sí se encuentran en la mayoría de las quejas, también se muestran otros tipos de procedimientos.

De las 1 352 quejas registradas por la Camejal en los siete años de su historia, 57.4 de cada cien están relacionadas con procedimientos quirúrgicos, pero también se observa que dos de cada cinco quejas refieren procedimientos basados en tratamientos médicos no quirúrgicos y en un caso de cada diez, la inconformidad de los quejosos se refiere a profesionales de la salud que prestaron servicios de auxiliares diagnósticos o de otro tipo no quirúrgico.

En cuanto a la información específica sobre los casos registrados de enero a diciembre de 2007, en el cuadro 10 se observa como las 223 quejas tienen una distribución porcentual similar a la muestra total, de tal forma que podemos afirmar categóricamente que la presunción de que los riesgos de ser señalado como negligente no es única-

Cuadro 10
 Tipo de atención que motiva la queja
 (Camejal junio 2001-diciembre 2007)

<i>Tipo de servicio que ofrece la atención</i>	<i>2007</i>		<i>Total 2001 - 2007</i>	
	<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>
Quirúrgico	124	55.6	776	57.4
Médico	96	43.0	558	41.3
Auxiliar de diagnóstico	2	0.9	11	0.8
Otros	1	0.4	7	0.5
<i>Total</i>	<i>223</i>	<i>100.0</i>	<i>1,352</i>	<i>100.0</i>

Fuente: Archivo Estadístico Camejal.

mente para los procedimientos quirúrgicos, sino que la probabilidad de ser motivo de queja está presente en todos los procedimientos de atención a la salud.

Especialidades del acto médico motivo de la queja

Uno de los aspectos del perfil de la queja en Jalisco que más llama la atención a los profesionales de la salud en primer término, así como a la población en general, es la especialidad médica de mayor frecuencia de quejas, es por eso que indiscutiblemente debe ser tema de este informe y lo presentamos con dos perspectivas para el análisis: frecuencias porcentuales de las especialidades del acto médico motivo de queja con su situación particular para el año 2007 y su comparativo con la frecuencia general para la historia de la Camejal, para después presentar los perfiles específicos por tipo de institución que desarrolló el proceso de la atención al quejoso.

Como se describe en el Cuadro 11, las especialidades que ocupan los tres primeros lugares de acuerdo con sus frecuencias porcentuales, ortopedia, odontología y ginecobstetricia, tienen mínimas diferencias, incluso menos de un punto porcentual, situación que ha generado que el orden que ocupan cada año se alterne.

Tanto en lo particular al periodo enero-diciembre de 2007 como respecto a las frecuencias acumuladas en el historial de la Camejal (2001-2007), la ortopedia y traumatología como especialidad médica, ocupa el primer lugar porcentual, dejando en segundo lugar de frecuencias a la odontología, que en 2006 ocupó el primer lugar; en tercer lugar se ubicó a la ginecobstetricia, especialidad médica que en los primeros años de trabajo de esta comisión ocupó el primer lugar de frecuencias en quejas presentadas.

Cuadro 11
Especialidades del acto médico señalado como motivo de queja
(Camejal junio 2001-diciembre 2007)

<i>Especialidades</i>	<i>2007</i>		<i>Total</i>		
	<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Especialidades</i>	<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>
Ortopedia	36	16.1	Ortopedia	203	15.0
Odontología	32	14.3	Odontología	195	14.5
Ginecobstetricia	23	10.3	Ginecobstetricia	193	14.2
Oftalmología	20	9.0	Oftalmología	88	6.5
Cirugía plástica	20	9.0	Cirugía plástica	81	6.0
Otras	92	41.3	Otras	592	43.8
<i>Total</i>	<i>223</i>	<i>100.0</i>	<i>Total</i>	<i>1,352</i>	<i>100.0</i>

Fuente: Archivo Estadístico Camejal.

La información que captamos en relación con las especialidades de los actos médicos motivo de las quejas, no nos autoriza para emitir hipótesis fundamentadas sobre la variabilidad en estas frecuencias, sobre todo cuando observamos que las diferencias de un año a otro entre los tres primeros lugares son variaciones mínimas, de tal forma que de principio descartamos que esta situación pueda vincularse con características de calidad en los servicios otorgados a la población. Ante la carencia de elementos valederos, sólo podemos suponer que se trata de variación en los volúmenes de atención en cada caso.

En el futuro, cuando se pueda disponer de los datos estadísticos que aclaren con certidumbre el número de eventos de atención llevados a cabo en Jalisco por cada una de las especialidades médicas, estaremos en posibilidades de observar los comportamientos de las quejas mediante la obtención de tasas y no solamente porcentajes, como ahora, y con ello se podrán establecer hipótesis de causalidad basadas en el enfoque de riesgo de la epidemiología analítica.

Tipo de institución de las quejas presentadas

Cuando a la distribución de las quejas según las especialidades del acto médico que genera la inconformidad, le agregamos el tipo de institución como una variable más para el análisis, encontramos que en Jalisco se presentan tres diferentes perfiles de las quejas, según los presentamos en el Cuadro 12.

Las frecuencias porcentuales para cada uno de los tipos de instituciones de atención a la salud en Jalisco, se muestra con diferencias fundamentales. En las instituciones de la seguridad social (IMSS, ISSSTE, principalmente), la ortopedia y traumatología como especialidad médica ocupa el primer lugar en frecuencia de quejas médicas, seguido por la ginecobstetricia, situación que se invierte en el caso de las

Cuadro 12
Especialidades del acto médico señalado como motivo de queja
por tipo de institución
(Camejal junio 2001-diciembre 2007)

<i>Seguridad social</i>	<i>%</i>	<i>Asistencia social</i>	<i>%</i>	<i>Medicina privada</i>	<i>%</i>
Ortopedia	24.2	Ginecobstetricia	22.5	Odontología	24.5
Ginecobstetricia	14.2	Ortopedia	13.2	Ginecobstetricia	12.9
Oftalmología	5.6	Urgencias	11.6	Ortopedia	10.1
Urgencias	5.6	Cirugía plástica	8.5	Cirugía plástica	9.0
Gastro	1.6	Gastro	0.8	Oftalmología	8.1
Otras	48.8	Otras	43.4	Otras	35.4
443	100.0	129	100.0	780	100.0

Fuente: Archivo Estadístico Camejal.

instituciones de asistencia social donde la ginecobstetricia ocupa el primer lugar y la ortopedia el segundo.

En cuanto a las unidades de medicina privada, el primer lugar en quejas corresponde a la odontología, disciplina que en las dos categorías anteriores no aparece en los primeros cinco lugares. En el segundo lugar de quejas se ubica la ginecobstetricia y la Ortopedia ocupa el tercer lugar.

Lo anterior establece la necesidad de que al momento de que en el Estado se implementen medidas de prevención para los conflictos médico-paciente, deberán diseñarse las estrategias adecuadas, con acciones estratificadas que correspondan a estas mismas diferencias en los perfiles de la queja médica por tipo de institución.

Por otra parte, la distribución de quejas entre las diferentes categorías institucionales tiene repercusión directa sobre el modelo de

arbitraje médico para la atención de estas controversias, dado que las instituciones de la seguridad social, particularmente el Instituto Mexicano del Seguro Social, no acepta el proceso arbitral como método de resolución de conflictos. Las comisiones de arbitraje médico se limitan a funcionar como ventanillas de recepción de quejas, para turnarlas de inmediato a las oficinas de atención al derechohabiente, donde son revisadas por sus estructuras y aplicando su propio reglamento de atención de quejas.

Este mismo reglamento de atención de quejas señala que los quejosos que reciben como respuesta un dictamen de queja improcedente, tienen el derecho de solicitar el recurso de inconformidad, a fin de que se reconsidere la respuesta. Este recurso lo lleva a cabo directamente quien se considere afectado con la respuesta de improcedencia; sin embargo, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) firmó en 1998 un convenio de colaboración con la Dirección General del IMSS, lo cual le faculta a intervenir en este tipo de casos y convertirse en el defensor del paciente al solicitar la reconsideración y participar en una audiencia especial que se desarrolla en las oficinas de la Conamed en la Ciudad de México, con la presencia de un representante de la Dirección General del IMSS y de ser posible el quejoso o su representante; para los casos en donde no es posible que la parte quejosa participe directamente, lo hace la Conamed en su representación.

Este procedimiento de la reconsideración es lo único que admite el IMSS en relación con las comisiones de arbitraje médico, dejando sin posibilidades de desarrollar una audiencia de conciliación directamente con las partes en conflicto (profesional de la salud y quejoso) y mucho menos la emisión de laudos. En doce años de existencia del arbitraje médico en México, nunca se ha emitido un laudo en un conflicto médico-paciente relacionado con el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Por lo anterior, es de suma trascendencia la distribución de las quejas en Jalisco, respecto a las instituciones de salud, lo cual presentamos en el cuadro siguiente.

Con las cifras que aparecen en el Cuadro 13 podemos afirmar que prácticamente una de cada tres quejas corresponden a la seguridad social, con la repercusión al procedimiento de atención que hemos marcado anteriormente. Se trata de casos que después de la audiencia de radicación, la Camejal los refiere a la delegación correspondiente, del IMSS o del ISSSTE. A los funcionarios de estas dos instituciones les manifestamos nuestro agradecimiento por el apoyo que nos brindan al permitirnos conocer el sentido de sus dictámenes una vez que concluyen sus procesos.

Otro aspecto que es necesario comentar es el hecho de que en Jalisco la frecuencia porcentual mayoritaria de quejas se presenta en relación con las unidades de la medicina privada, con prácticamente seis de cada diez quejas registradas. Esto marca una diferencia impor-

Cuadro 13
Quejas recibidas anualmente por tipo de institución
(Camejal junio 2001-diciembre 2007)

<i>Tipo de institución</i>	<i>2007</i>		<i>Total</i> <i>2001 - 2007</i>	
	<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>
Seguridad social	65	29.1	443	32.8
Asistencia social	24	10.8	129	9.5
Medicina privada	134	60.1	780	57.7
<i>Total</i>	<i>223</i>	<i>100.0</i>	<i>1 352</i>	<i>100.0</i>

Fuente: Archivo Estadístico Camejal.

tante con otras comisiones, como es el caso de la Conamed, misma donde este tipo de instituciones de atención a la salud sólo es motivo de queja en 25.7 por ciento de los casos que recibe.

Con el propósito de conocer mejor las características de la queja en su relación con las instituciones de salud en Jalisco, hicimos otra observación que consideramos tiene mayor precisión de análisis. Consistió en la distribución de las quejas ponderadas por cada millón de eventos de atención, de tal forma que al obtener una tasa con estas características, nos permita obtener las frecuencias con denominador integrado por el número de eventos de atención, basado en los reportes oficiales del INEGI y utilizando una constante común que en este caso es el millón de eventos y con ello homogeneizar los parámetros de comparación.

Con la perspectiva que ofrecen las tasas en lugar de porcentajes, se perciben de mejor manera las diferencias de los riesgos de recibir una queja médica para cada tipo de institución. Así podemos observar cómo en las instituciones de asistencia social se presenta una queja por cada 434 782 eventos de atención (egresos hospitalarios, consulta externa y atenciones de urgencias), mientras que al otro extremos del riesgo de que se presente una queja se encuentran las unidades de medicina privada, donde se presenta una queja por cada 6 075 eventos de atención.

Seguramente que en la definición de estos riesgos diferenciales intervienen varios factores, muchos de ellos ni siquiera los tenemos identificables por ahora, pero sí podemos suponer que la cultura de la población que se atiende en cada uno de los tipos de institución es diferente; por lo tanto, es probable que los perfiles de escolaridad y situación económica de la población que acude a solicitar los servicios de atención privada sean los que determinen la mayor frecuencia de quejas, situación que contrasta con los perfiles de la población de la

Cuadro 14
Tasa de quejas recibidas anualmente por cada millón
de eventos de atención por tipo de institución
(Camejal junio 2001-diciembre 2007)

<i>Tipo de atención</i>	<i>Eventos de*</i> <i>atención</i>	<i>Quejas**</i>		<i>Tasa por</i> <i>un millón de</i> <i>eventos de atención</i>	<i>Eventos de</i> <i>atención por</i> <i>cada queja</i>
		<i>Núm.</i>	<i>%</i>		
Seguridad social	9 990 078	65	29.1	6.5	153 846
Asistencia social	8 012 550	24	10.8	2.3	434 782
Medicina privada	814 057	134	60.1	164.6	6 075
<i>Total</i>	<i>18 816 685</i>	<i>223</i>	<i>100.0</i>	<i>11.9</i>	<i>84 033</i>

Fuente: *INEGI, Anuario Estadístico Jalisco, tomo I, 2007, Capítulo 5 «Salud», pp. 295-459.

** Archivo Estadístico Camejal.

asistencia social (hospitales civiles de Guadalajara, hospitales regionales de la Secretaría de Salud y otros). Los números de este informe en cuanto a frecuencia de quejas de las instituciones de seguridad social los ubica en una situación intermedia, lo cual también resulta lógico respecto a los perfiles culturales, educativos y de recursos financieros, entre otros.

La utilidad de esta información será motivo de reflexión para los protagonistas de la atención, tanto profesionales de la salud como funcionarios y administradores de los servicios mismos. Se debe actuar en consecuencia de los riesgos, además de los principios fundamentales de la mejora continua que busca la seguridad del paciente. Esta información tiene la pretensión de mostrar los riesgos de queja y que deberá también considerarse como elemento de apoyo para la seguridad del profesional de la salud.

MODALIDADES DE CONCLUSIÓN DE LAS QUEJAS PRESENTADAS

Uno de los aspectos que más llama la atención en este tipo de eventos, es el que se refiere a los resultados específicos de la intervención de la Comisión de Arbitraje Médico, situación que se refleja cuando se exponen las formas de conclusión de los casos de quejas atendidas; por ello pretendemos ser claros en este rubro, presentando cada una de las modalidades de conclusión de las quejas y explicando nuestra visión al respecto, puesto que consideramos que cada una de ellas tiene una razón de ser y ofrecen una ganancia determinada a las partes en conflicto. Para su presentación, las formas de conclusión las dividimos en dos bloques, utilizando la audiencia de conciliación como criterio de discriminación; por una parte un bloque de quejas concluidas en esta audiencia o después de ella, y el segundo bloque de quejas concluidas antes de la realización de esta audiencia.

Modalidades de conclusión de las quejas que tienen audiencia conciliatoria

En este primer grupo de quejas concluidas, se incluyen los acuerdos de Conciliación con todas sus formas de finiquito, los casos concluidos como quejas que no aceptan la conciliación y que haciendo uso de su derecho, alguna de las partes o ambas en ocasiones, deciden no continuar con el procedimiento arbitral. Se complementa con las quejas que después de no aceptar los términos de la conciliación, deciden de común acuerdo continuar con el compromiso arbitral que determina el desarrollo del procedimiento hasta sus últimas consecuencias, y se concluye con la emisión de laudos o conclusiones del arbitraje, ya sea en sentido condenatorio o absolutorio para el profesional de la salud. Todo ello se explica con la estadística del siguiente cuadro.

Lo más sobresaliente del Cuadro 15, por su porcentaje mayoritario, son las conclusiones de quejas mediante acuerdos de conciliación,

Cuadro 15

Quejas concluidas en la audiencia de conciliación o después de ella
(Camejal junio 2001-diciembre 2007)

<i>Modalidades de conclusión</i>	<i>2007</i>		<i>Total</i> <i>2001 - 2007</i>	
	<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>
Acuerdos de conciliación	51	61.4	325	73.4
No sometimiento al arbitraje	31	37.3	109	24.6
Emisión de laudos	1	1.2	9	2.0
<i>Total</i>	<i>83</i>	<i>100.0</i>	<i>443</i>	<i>100.0</i>

Fuente: Archivo Estadístico Camejal.

puesto que representan prácticamente tres de cada cuatro asuntos concluidos. Sin embargo, me parece que es conveniente recordar que para que se termine en este tipo de acuerdos, la queja fue motivo del trabajo de la Camejal mediante la convocatoria de un promedio de seis audiencias (de radicación y ratificación con el quejoso, informativa con autoridades institucionales, informativas con profesionales de la salud que participaron en el acto de atención y al final audiencia informativa con el profesional motivo de la queja), con una duración media de tres horas cada una de ellas, para llegar a la audiencia de conciliación, obviamente con la participación de las dos partes en conflicto, además del equipo de conciliadores de la Camejal (médico y abogado). En ella, el quejoso y el profesional motivo de la queja acuerdan concluir su conflicto con alguna de las tres modalidades que aparecen en el Cuadro 16.

La esencia de los métodos alternativos de resolución de conflictos es la libre decisión de los involucrados, situación que Jalisco forma-

Cuadro 16
Tipos de acuerdos que concluyen las quejas por conciliación
(Camejal junio 2001-diciembre 2007)

<i>Tipo de acuerdos</i>	<i>Pretensión</i>		<i>Acuerdo</i>	
	<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>
Acuerdo económico	283	87.0	223*	68.4
Atención médica	20	6.2	58	18.0
Explicación del acto médico	22	6.8	44	13.6
<i>Total</i>	<i>325</i>	<i>100.0</i>	<i>325</i>	<i>100.0</i>

Fuente: Archivo Estadístico Camejal.

* La suma de las aportaciones de los acuerdos conciliatorios, representan el 29.7% de la cantidad solicitada como pretensión.

liza en su Código de Procedimientos Civiles. Allí está establecido que es un derecho de las partes la terminación del conflicto por acuerdos conciliatorios, por lo que el tipo de acuerdos que mostramos en el Cuadro 16 significan el más amplio finiquito que en derecho corresponde.

De las 325 quejas que se han resuelto mediante acuerdos conciliatorios, 87 por ciento plantearon una pretensión económica como forma de resolución a su inconformidad, sin embargo, sólo fue aceptada en 68.4 por ciento de los casos conciliados. Un dato sobresaliente es que esta modalidad económica de conciliación fue la única que marca un decremento respecto a lo pretendido con lo acordado al final del caso. Las otras modalidades, en consecuencia lógica, se vieron incrementadas, como se observa en las pretensiones de atención médica, que de 6.2 por ciento planteadas por los pacientes al inicio, se concluye con esta modalidad en 18.0 por ciento de los casos, así como

en las pretensiones de explicación como requerimiento de 6.8 por ciento de los quejosos, se incrementaron a 13.6 por ciento en los acuerdos de finiquito.

Por otra parte, en el Cuadro 15 se consigna la información respecto a los casos que al no aceptar los términos de la conciliación, deciden libremente que sea la Camejal quien funjaa como árbitro, y que decida cuál de las dos partes tiene la razón. En estos casos, de común acuerdo, firman un documento como compromiso arbitral y esperan al final del procedimiento, para que se emita con carácter de definitiva una conclusión, que recibe el nombre técnico de laudo arbitral. Esta forma de finiquito sólo se ha llegado a concluir en nueve ocasiones en el periodo de existencia de esta Comisión de Arbitraje Médico, dos de ellos fueron a favor de los quejosos y los siete restantes a favor de los prestadores de los servicios de salud.

En el mismo Cuadro 15 se incluye la tercera modalidad de conclusión de las audiencias conciliatorias. Se refiere a aquellas que después de no aceptar un acuerdo conciliatorio manifiestan su decisión de no aceptar tampoco la continuación en el proceso arbitral, y deciden la conclusión del caso para la Camejal como quejas concluidas con la modalidad de No Sometimiento al Procedimiento Arbitral, tal como se muestra en el Cuadro 17.

Como se reporta en el este mismo cuadro, una de cada dos quejas que llegan a la audiencia conciliatoria se dan de baja cuando el profesional de la salud no acepta conciliar ni tampoco el compromiso arbitral, negativa que en 37.6 por ciento de los casos es por parte del quejoso. Esto se complementa con 11.9 por ciento de las quejas que causan baja en la Camejal ante la negativa de ambas partes para continuar con el procedimiento, después de no aceptar el finiquito conciliatorio.

Cuadro 17
Quejas concluidas con la modalidad de no sometimiento
al procedimiento arbitral, según la parte del conflicto
(Camejal junio 2001-diciembre 2007)

<i>Partes del conflicto que no aceptan el arbitraje</i>	<i>2007</i>		<i>Total 2007-2001</i>	
	<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>
Motivo de queja	17	54.8	55	50.5
Quejoso	13	41.9	41	37.6
Ambas partes	1	3.2	13	11.9
<i>Total</i>	<i>31</i>	<i>100.0</i>	<i>109</i>	<i>100.0</i>

Fuente: Archivo Estadístico Camejal.

Modalidades de conclusión en las quejas que no llegan a la audiencia conciliatoria

En este grupo de quejas concluidas, a diferencia de la anterior, no se obtienen acuerdos de finiquito; representan a los casos en donde por alguna circunstancia nos manifestamos incompetentes para continuar con el procedimiento, ya sea porque alguna de las partes hacen uso de su derecho para interrumpir el proceso, o porque jurídicamente existe impedimento para nuestra participación. Estos casos se explican a partir del siguiente cuadro.

De los 1 224 expedientes que han sido archivados por la Camejal como quejas concluidas, 781 se dieron de baja sin llegar a la Audiencia de Conciliación, con las tres modalidades que aparecen en el Cuadro 16, donde se aprecia que el porcentaje mayoritario para este tipo de casos, corresponde a 60.7 por ciento de las quejas dadas de baja por desistimiento. Hacemos la aclaración que esta categoría la reporta-

Cuadro 18
Quejas concluidas antes de la audiencia de conciliación
(Camejal junio 2001-diciembre 2007)

<i>Modalidades de conclusión</i>	<i>2007</i>		<i>Total 2007-2001</i>	
	<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>
Referidos a la seguridad social	61	48.8	288	36.9
Referidos al Ministerio Público	3	2.4	19	2.4
Desistimiento*	61	48.8	474	60.7
<i>Total</i>	<i>125</i>	<i>100.0</i>	<i>781</i>	<i>100.0</i>

*Quejas con desistimiento con documento expreso, más quejas dadas de baja por falta de interés y quejas improcedentes.

Fuente: Archivo Estadístico Camejal.

mos como un término que globaliza para fines prácticos, aquellos casos en donde se tiene el desistimiento formal, con documento expreso y con la libre voluntad del quejoso, además de las quejas que son dadas de baja antes de la audiencia conciliatoria por la inasistencia de las partes a las audiencias convocadas. Estas son clasificadas como baja por falta de interés jurídico. También existen casos que se dan de baja por improcedentes, al descubrir que se trata de quejas que tienen otros procedimientos de inconformidad en instancias jurisdiccionales, ya sea como demandas civiles o denuncias penales.

En el Cuadro 18 se puede observar, que la Camejal ha presentado a la autoridad ministerial 19 quejas, por considerar que en la inconformidad presentada se encuentran elementos constitutivos de delito. Este número de casos representa 2.4 por ciento de las quejas dadas de baja sin llegar a una audiencia conciliatoria. En el año 2007

esta situación la encontramos en tres quejas de las 223 registradas en total.

En este bloque de quejas concluidas sin audiencia conciliatoria, lógicamente se encuentran las inconformidades reportadas por los derechohabientes de las instituciones de salud de la seguridad social; anteriormente explicamos nuestra imposibilidad para desarrollar el procedimiento arbitral completo. Después de la audiencia de ratificación de la queja, ésta es enviada a la delegación correspondiente, ya sea el IMSS o el ISSSTE, para su resolución. En la historia de la Camejal se han enviado 288 quejas de este tipo, 61 de las cuales corresponden al periodo anual que informamos.

Debido a los acuerdos de vinculación y colaboración institucional de la Camejal con las instituciones de seguridad social, pero principalmente por la buena voluntad de los funcionarios de la atención al derechohabiente, tenemos información de las conclusiones a las que se han llegado con las quejas enviadas por nosotros. Reiteramos nuestro agradecimiento por esta deferencia, misma que nos permite reportar ahora que de las 226 quejas que se han concluido con base en nuestra referencia, los resultados se describen en el cuadro siguiente.

Cuadro 19

Quejas referidas a la seguridad social por tipo de conclusión
(Camejal, junio 2001-diciembre 2007)

<i>Tipo de conclusión</i>	<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>
Quejas improcedentes	147	65.0
Quejas procedentes	79	35.0
<i>Total</i>	<i>226</i>	<i>100.0</i>

Fuente: Archivo Estadístico de la Camejal.

De acuerdo con la información que nos fue proporcionada por las instituciones de la seguridad social, de las quejas recibidas en la Camejal y enviadas para sus respectivos procedimientos, 35.0 por ciento han sido calificadas como quejas procedentes, lo cual significa que en el acto de atención a la salud del derechohabiente se identificó alguna evidencia de mala práctica, que determina la recuperación de gastos o incluso la indemnización para los pacientes o sus representantes legales.

LA CAMEJAL Y LA EVIDENCIA

DE MALA PRÁCTICA MÉDICA EN JALISCO

Haciendo una recapitulación de lo expresado en este documento, podemos concluir que la mala práctica médica en Jalisco sí existe, como existe en otras entidades de la república mexicana y como existe en todos los países del mundo. Todos estaremos de acuerdo en que la magnitud y la trascendencia de dicha mala práctica médica tiene variaciones entre los países, así como entre los estados de nuestro país y seguramente entre las diferentes categorías institucionales de un mismo estado. En Jalisco, la evidencia de mala práctica médica se muestra según los datos del Cuadro 20.

De acuerdo con los datos que presentamos en este mismo cuadro, la frecuencia de casos con evidencia de mala práctica varía según el tipo de solicitud de intervención a la Camejal, por lo que comentaremos primero por separado cada uno de los grupos contemplados en el cuadro y posteriormente un comentario global.

Solicitudes de opinión técnica y evidencia de mala práctica médica: respecto a los expedientes presentados por las procuradurías de justicia, instituciones de salud y la Comisión Estatal de los Derechos Humanos para su estudio, para la elaboración de opinión técnica (similar a dictamen pericial), la frecuencia de mala práctica médica fue de 48.0 por ciento, resultado similar a lo reportado por la Conamed en su informe

Cuadro 20
Evidencia de mala práctica médica, en casos analizados,
total o parcialmente, por la Camejal
(junio 2001-diciembre 2007)

<i>Tipo de conclusión</i>	<i>Opiniones técnicas*</i>		<i>Laudos**</i>		<i>Seguridad social***</i>		<i>Total</i>	
	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
Buena práctica	26	52.0	7	77.8	147	65.0	180	63.2
Mala práctica	24	48.0	2	22.2	79	35.0	105	36.8
<i>Total</i>	<i>50</i>	<i>100.0</i>	<i>9</i>	<i>100.0</i>	<i>226</i>	<i>100.0</i>	<i>285</i>	<i>100.0</i>

*Estudios a solicitud de procuradurías de justicia estatal y federal, instituciones de salud y derechos humanos. **Conclusiones de arbitraje médico ***Dictámenes de quejas improcedentes (buena práctica) o procedentes (mala práctica)

Fuente: Archivo Estadístico de la Camejal.

de actividades 2007, donde se obtuvo un resultado de 51.6 por ciento de mala práctica para este tipo de estudios.

Laudos: conclusión de procedimiento arbitral y la mala práctica médica. En las conclusiones del procedimiento arbitral, la Camejal encontró evidencias de mala práctica en el equivalente a 22.2 por ciento, aunque debe tomarse en cuenta lo reducido de la muestra, que probablemente explique la diferencia tan importante que se presenta en este rubro con los resultados de la Conamed como un referente nacional. En esta última institución, los laudos condenatorios (por mala práctica médica), alcanzan a 52.0 por ciento según su informe de actividades de 2007, lo que significa el doble de nuestros porcentajes.

Dictámenes de quejas procedentes en la seguridad social. Este tipo de conclusiones que presentamos en el Cuadro 18, se refiere exclusiva-

mente a las quejas radicadas en la Camejal y enviadas a las respectivas delegaciones estatales para su calificación por los órganos internos, como lo establece su propia reglamentación. Prácticamente una de cada tres quejas resulta procedente, lo cual interpretamos como la aceptación de que se encontraron evidencias de mala práctica médica. Este tipo de resultados no podemos analizarlos respecto a otras experiencias, dado que no son reportados formalmente por otras comisiones de arbitraje médico.

Comentario global a la mala práctica médica: si sumamos de las tres diferentes experiencias de casos estudiados en Jalisco, encontraremos que 36.8 por ciento de las quejas revisadas en forma unilateral por la Camejal o en colaboración con otras instituciones, resultaron con evidencia de mala práctica médica. A este porcentaje se le puede otorgar carácter de indicador para el estado de Jalisco y lo proponemos para contrastarlo con otras experiencias en el futuro, ya sea por la misma Camejal o por comisiones de otras entidades de la república, e inclusive la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, para que sirva de parámetro para medir la evolución de nuestras acciones.

COMENTARIO FINAL

Quienes tenemos como responsabilidad la atención de los conflictos médico-paciente que se presentan en la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, estamos convencidos de que las opciones que se plantean a través del procedimiento arbitral, ofrecen grandes ventajas a las partes en conflicto, como la confidencialidad, la agilidad en los procesos, la imparcialidad y sobre todo la posibilidad de restaurar la comunicación entre usuarios y prestadores de servicios de salud, a fin de encontrar soluciones que ofrezcan ganancias para todos, partiendo siempre de la buena fe y la libre decisión de las partes.

Un valor agregado que la CAMEJAL ha tratado de evidenciar y de proyectar siempre en sus acciones, es el aprovechamiento de la queja como detonante de reflexiones profundas, al cuestionar a los profesionales de la salud, no sólo en cuanto a sus capacidades técnicas y conocimientos científicos, sino en torno a sus fundamentos como integrantes de las disciplinas humanistas por excelencia, la medicina, la enfermería, la odontología, etcétera.

Año con año, por indicaciones del Consejo de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, aprovechamos el evento protocolario de informar, para promover eventos académicos donde confluyan los mejores exponentes del pensamiento crítico y propositivo del área de la salud y el derecho, en busca de propuestas que permitan enriquecer la calidad en los procesos de atención. Aceptamos como principio el valor indiscutible que tiene la queja médica como elemento de enseñanza para las partes en conflicto, que nos permite construir propuestas para mejorar la comunicación del médico con su paciente y del paciente con su médico, como estrategia para aumentar la calidad de los servicios de salud.

CAPÍTULO II

EL CONFLICTO MÉDICO-PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DEL DERECHO SANITARIO

INTRODUCCIÓN

Guillermo Suro Cedano

La complejidad de la relación médico paciente nos obliga a estudiarla desde diversos puntos de vista. Si preguntamos al médico, éste dirá que se siente abrumado ante el cúmulo de leyes, normas, reglamentos, tanto federales, estatales como municipales que regulan su actividad profesional. Igualmente se dolerá del clima de linchamiento que en no pocas ocasiones advertimos en algunos medios de difusión, en donde el accionar de un profesional de la salud se ve severamente cuestionado por algún resultado indeseable y en forma automática es presentado ante la opinión pública como un delincuente consumado, al que incluso le dictan sentencia mediática y ejecutan la misma sin darle la mínima oportunidad de defensa, afectando muchas veces en forma irreversible su prestigio profesional.

Pero si preguntamos al paciente, éste dirá que el médico, inmerso cada vez más en sus conocimientos científicos, poco caso hace de atenderlo como el ser humano dolido por su patología, que acude en busca de una mano amiga que le ayude a entender su enfermedad y le explique de manera entendible todo lo relacionado con la misma y su mejor forma de atenderla. Muchas veces se da la impresión de que el

Guillermo Suro Cedano. Subcomisionado jurídico de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

médico se concentra exclusivamente en el tratamiento de la enfermedad mas no del enfermo, lo que da lugar al enfriamiento o incluso a la ruptura de lo que debería ser una buena relación basada en la confianza y la conciencia. Esto lleva al paciente a que por su cuenta investigue todo lo relacionado con su enfermedad con parientes, amigos y los medios de comunicación que proveen de tanta información que confunden al paciente.

Cuando la relación médico paciente pasa de ser un asunto médico y termina por convertirse en un conflicto, lo que constituye entonces un asunto de índole jurídica, ambas partes, en un ejercicio de justicia y equidad, deben conocer sus derechos, sus deberes y sus obligaciones para que puedan exigir y otorgar lo que legítimamente corresponda.

El derecho sanitario, que lucha por abrirse paso para convertirse en un ente autonómico, diferente del derecho administrativo, del civil o del penal, de los que recoge algunos de sus principios y fundamentos, debe ser el sustento normativo de la relación médico paciente y proveer de las herramientas jurídicas que permitan regularla adecuadamente.

En efecto, la Ley General de Salud, reglamentaria del derecho constitucional a la protección de la salud, establece el marco jurídico en que debe fundarse el accionar profesional médico, apoyada en sus propios reglamentos y en las normas oficiales mexicanas en materia de salud.

Sin embargo, no es suficiente la sola perspectiva del derecho sanitario para encontrar la solución jurídica a los conflictos que surgen en el campo de la prestación de servicios de salud. El derecho comparado nos permite tener la perspectiva de los conflictos en otras latitudes y la forma de abordarlos y resolverlos, estableciendo precedentes que suelen ser de utilidad cuando son aplicables los criterios a los ca-

sos que se presentan en nuestro país. La normatividad en el campo del derecho civil y penal, así como sus disposiciones procesales, encuentran aplicación cuando se ventilan en la vía jurisdiccional los casos de responsabilidad profesional médica.

Tratando de buscar métodos alternativos para solucionar los conflictos en esta materia, podemos afirmar que México es pionero en ello. Comenzó creando la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en 1996 a la que se han sumado las comisiones estatales establecidas posteriormente y que en la actualidad su cobertura abarca gran parte del territorio nacional.

En Jalisco, la Comisión de Arbitraje Médico (Camejal) empezó sus actividades en el año 2001, constituyéndose en una verdadera alternativa para solucionar el conflicto médico paciente, con un enfoque de búsqueda del arreglo conciliatorio y en última instancia realizando el arbitraje del caso.

En ese contexto, nos encontramos con situaciones que implican la imposibilidad de cumplir con uno de los objetivos, que es brindar la mayor celeridad posible en la solución del conflicto, como es el caso de quejas relacionadas con pacientes incapaces, incluyendo menores de edad, o de fallecidos, en cuyos supuestos es necesario, conforme a la normatividad civil, contar con la autorización judicial para someter el conflicto al procedimiento arbitral, incluyendo la solución conciliatoria del mismo.

Por ello, la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, ha contado con la participación de expertos en derecho sanitario, bioética, derecho civil y penal, para integrar este capítulo. Se conjuntan así las perspectivas y conclusiones que se presentan y que estamos ciertos pasarán a ser temas de consulta para los estudiosos de la relación del médico y su paciente.

EL DERECHO SANITARIO: CONCEPTUALIZACIÓN Y FUNDAMENTOS

Rubén Portillo Mijangos

Quiero, con mis primeros renglones, agradecer al Comité Organizador del presente documento la gentileza que han tenido de invitarme a participar con esta aportación, en especial al doctor Alfredo Ramos Ramos, comisionado estatal de Arbitraje Médico de este bello estado. De igual forma felicito al doctor Ramos y a su excelente equipo de trabajo por los siete años de arduas labores en esta delicada y compleja labor. También, manifestar mi más amplio reconocimiento por tener la oportunidad de compartir este capítulo con personas de tan reconocida competencia, a la vez que espero que sea de interés lo que a continuación les ofrezco mediante estas líneas.

Para el adecuado desarrollo del tema que motiva este artículo, hemos organizado una secuencia que nos permite realizar un planteamiento sistemático, a través de los siguientes puntos generales: introducción al derecho sanitario, antecedentes del derecho sanitario en México y conceptualización del derecho sanitario.

INTRODUCCIÓN AL DERECHO SANITARIO

Sin lugar a dudas, una de las disciplinas jurídicas que amerita mayor

Rubén Portillo Mijangos. Secretario del Capítulo Oaxaca de la Asociación Mexicana de Derecho Sanitario.

atención en México y en toda Latinoamérica es el derecho sanitario. Es indispensable que los estudiosos de las ciencias sociales, en especial los abogados, nos acerquemos más al conocimiento de las ciencias biológicas, al menos en principio desde una perspectiva general, pero a la vez que los estudiosos de las ciencias,¹ conozcan los conceptos y las prácticas fundamentales del marco jurídico que rigen sus actividades; ya sea para saber hacer uso pleno de sus derechos, defenderse de eventuales regateos de los poderes públicos a sus propias prerrogativas; así como para someterse al árbitro de las instituciones jurisdiccionales o no jurisdiccionales (conciliatorias),² cuando entran en colisión con los intereses de terceras personas.

Derecho sanitario, derecho de la salud, derecho y salud, salud y derecho, derecho en salud pública, derecho médico, legislación de salud, regulación en salud y servicios de salud [...] distintos nombres para reafirmar, en primer lugar, la presencia del derecho sanitario en todas las manifestaciones de la vida humana, especialmente en su relación con el bien salud, así como para magnificar su fin: protección de los sujetos (o lo que es lo mismo: su defensa, amparo, auxilio, guarda) a través de la unidad teórica de todo lo jurídico.

El denominado derecho sanitario constituye, sin duda, una de las materias que mayor auge han experimentado en las últimas décadas. Su ámbito es interdisciplinario y abarca tanto materias de carácter jurídico como ético, sanitario y hasta económico, razón por la cual atrae asimismo el interés de profesionales que provienen de diferentes disciplinas y especialidades. Desde hace ya algún tiempo se ve la proliferación de asociaciones, publicaciones y actividades especializa-

¹ Como suelen denominarse genéricamente las de la salud, biológicas o de la naturaleza.

² Como en el caso de las comisiones de arbitraje médico.

das en derecho sanitario, y ello tanto a escala nacional como internacional.

Todo ello obedece a varios tipos de razones; por una parte, al innegable peso específico que las materias, cuestiones o problemas relacionados con la atención sanitaria y la salud pública representan en todos los órdenes, tanto desde la perspectiva del interés social por su calidad, en cuanto síntoma de progreso y desarrollo sociales; como desde la económica, o desde la profesional, atendido el elevado número de profesionales de extracción diversa que están implicados en aquéllas.

Por otra parte, los propios avances científicos y tecnológicos plantean de forma ya constante en los últimos años complejas interrogantes jurídicas y éticas compartidas mundialmente. La reflexión profunda desde estos dos ámbitos ante estos nuevos retos constituye desde hace años una de sus vertientes más apasionantes en nuestros días, e interesa directamente a los profesionales implicados en la atención sanitaria.

Desde otra perspectiva, el desarrollo del derecho sanitario en nuestro país se explica también por la preocupación creciente de los profesionales, en especial de los médicos, ante el incremento de los conflictos en su relación con los pacientes, que desemboca en numerosas ocasiones en la vía judicial, ya sea de carácter civil, penal o administrativa, y que produce en aquéllos una notable sensación de inseguridad y la consiguiente tendencia hacia lo que se ha calificado como medicina defensiva.

Es así como los albores del siglo XXI sorprenden a la humanidad con un alto grado de desarrollo médico si se compara con lo que ofrecía la medicina a sus pacientes hace sólo 100 años. Sin embargo, resulta paradójico que cuando la ciencia médica ofrecía poco para los pacientes, los castigos y los juicios por mala práctica eran excepciona-

les, y hoy que los médicos pueden poner a disposición de los pacientes recursos y soluciones mucho más efectivas, el número de juicios legales, en lugar de ser una excepción, es infinitamente mayor.

Es de resaltar que el derecho sanitario abarca múltiples problemas relacionados con la salud humana, entre los que pueden mencionarse los relativos a la protección medioambiental, la contaminación atmosférica, la contaminación de las aguas, el control y eliminación de desechos líquidos y sólidos, el control de la seguridad del agua y los alimentos, entre otros que van mucho más allá de la de por sí compleja relación paciente-prestación de servicios de atención médica.³

Bajo dicho contexto, el presente trabajo pretende proporcionar algunos antecedentes históricos, conceptuales, incluso algunos doctrinales así como fundamentos del derecho sanitario, que permitan conocer una parte del derecho sanitario aunque sea de manera muy superficial, ya que abordar integralmente dicha materia requeriría un espacio muy amplio y reflexiones complejas. Es pertinente clarificar, que en este brevísimo trabajo se abordará al derecho sanitario única y exclusivamente desde la perspectiva de la atención médica, quizá uno de los rubros más importantes del derecho sanitario, que junto con la regulación sanitaria, la asistencia social y el régimen jurídico de policía sanitaria, constituyen los pilares del derecho sanitario mexicano.

ANTECEDENTES DEL DERECHO SANITARIO EN MÉXICO

Para muchos y en especial para los juristas, el derecho sanitario es *nuevo*. De igual forma a menudo se dice *hace falta una legislación* (pese a que ya existe, especialmente cuando se habla de los rubros inheren-

³ Acciones dirigidas todas a propiciar y mantener un óptimo estado de salud.

tes al derecho a la disposición del cuerpo humano: *trasplantes, docencia e investigación anatómicas, transfusión sanguínea, regeneración de tejidos celulares, fertilización asistida, clonación, biotecnología, etcétera*). Sin embargo, dichas apreciaciones son incorrectas, ya que desde el año de 1973, México ha tenido una legislación por demás avanzada en la materia, la cual fue reemplazada por la vigente Ley General de Salud⁴ y su reglamentación.

En México, desde el derecho prehispánico se da cuenta del primer código sanitario nacional.⁵ Su autor, Netzahualcóyotl, incidió en la regulación de la medicina y es lugar común recordar la prohibición de venenos en el derecho azteca; así también, se estableció la primera campaña antialcohólica, fijando pena de muerte para el consumo de bebidas espirituosas (sólo a los ancianos estaba permitida la ingestión de bebidas alcohólicas).

Posteriormente, en la Nueva España se asienta el Real Tribunal del Protomedicato,⁶ el cual tenía por objetivo examinar a los aspirantes a la profesión médica, regular su conducta profesional y ejercer la vigilancia de las boticas.

⁴ Que entró en vigor el 7 de febrero de 1984.

⁵ Según refiere Francisco de Asís y Troncoso.

⁶ El Protomedicato de la Nueva España fue un tribunal constituido en 1628 en la Ciudad de México, con el objetivo de vigilar el ejercicio y la enseñanza de la medicina, así como para cuidar la higiene y salubridad públicas. Estaba formado por médicos egresados de la universidad que dominaban una jerarquía de trabajadores de la salud que en orden descendente incluiría a cirujanos latinos, cirujanos romancistas, flebotomianos, parteras, dentistas, oculistas, hernistas y algebristas —es decir, hueseros—. Lógicamente, esta corporación entró en crisis a raíz de la independencia y frente al pensamiento liberal (Ortíz Monasterio).

Dos siglos después y a partir de la primera presidencia de don Valentín Gómez Farías (médico de profesión),⁷ empieza el florecimiento de la escuela de los higienistas mexicanos y la etapa científica del derecho sanitario mexicano. Es de resaltarse que este connotado liberal mexicano instauró el Instituto de Ciencias Médicas, que más tarde se convirtió en la Facultad de Medicina.

De igual forma y ya ubicado en la etapa de las leyes de Reforma, no puede soslayarse la obra jus sanitaria del presidente Benito Juárez, que fue el primero que empleó en un instrumento jurídico el referente *salud*, instauró el Consejo Superior de Salubridad e inició los trabajos hacia el primer código sanitario moderno. Desgraciadamente la muerte lo sorprendió y no pudo ver concluida su obra, que años más tarde floreció.

Fue a Porfirio Díaz Mori, a quien como presidente de la república en 1891 le correspondió expedir el primer código sanitario moderno en los Estados Unidos Mexicanos, e instaurar el régimen jurídico de la salubridad general de la república. Dicho código abordó en ese entonces las materias de importancia jus sanitaria.⁸

En México se han emitido, a partir 1891, siete códigos sanitarios. Tales ordenamientos fueron emitidos en los años de 1891, 1902, 1926, 1934, 1950, 1955 y 1973; este último a su derogación, fue sustituido

⁷ En 1833, ya que fue cinco veces presidente de la república; cabe citar que este ilustre personaje nació en esta hermosa ciudad de Guadalajara, Jalisco. A quien además se le conoce como «el padre de la reforma» y que dentro de la gran obra que efectuó, sin lugar a dudas la más importante fue luchar por una república federal y democrática, siendo constituyente de 1824 a 1857.

⁸ Sanidad marítima, puertos, lazaretos, sanidad en poblaciones fronterizas, sanidad en los estados, estadística médica, habitaciones y escuelas, alimentos y bebidas, lugares de reunión, higiene en fábricas, venta de medicinas, algunos rubros del ejercicio de la medicina, enfermedades infecciosas, ordeñas, mataderos y carnes.

por la Ley General de Salud, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* del 7 de febrero de 1984 y que con diversas reformas, es el cuerpo normativo vigente.

Finalmente y para el año de 1984, se introduce en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho a la protección de la salud, y como ya se citó, también entró en vigor la Ley General de Salud el 7 de febrero del mismo año.

No obstante los antecedentes descritos, es notable la falta de conocimiento del derecho sanitario por parte de los juristas mexicanos.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL DERECHO SANITARIO

En el ámbito iberoamericano, hoy en día apenas observamos esbozos doctrinarios en derecho sanitario, incluso en algunos casos todavía se plantea la existencia o no del derecho sanitario. Por lo cual, un problema preocupante que tenemos en el campo del derecho sanitario es el de la doctrina, ya que la doctrina en la materia es muy escasa,⁹ si la comparamos con el número de obras inherentes a las ramas clásicas del derecho, es decir, el derecho civil, el derecho penal, derecho agrario, administrativo, etcétera. Por tal razón, cobra vital importancia la obra que en materia de derecho sanitario ha desarrollado en México

⁹ El insuficiente desarrollo doctrinal del derecho sanitario en México se ha presentado por múltiples razones, entre las cuales podemos citar: La aparente novedad de la disciplina y sobre todo por las dificultades técnicas de la materia. El profesional que decida abordar estos asuntos, debe enfrentar la necesidad de incursionar en el estudio sistemático de la *lex artis* médica, las especialidades médicas, la epidemiología, y por supuesto, en rubros tan complejos para el jurista como la farmacología, la bioquímica, la ingeniería sanitaria, etcétera. Esto ha propiciado que buena parte de la doctrina haya sido formulada por no juristas y ha propiciado grandes y graves problemas.

el maestro Octavio Casa-Madrid Mata, que ha sido un gran impulsor de la materia en nuestro país e incluso en Iberoamérica.

No obstante lo anterior, a continuación se citarán tres conceptos de derecho sanitario, haciendo la pertinente aclaración de que toda definición es espacial, limitada y provisional, pero útil de cualquier forma:

Parte de la ciencia del derecho que se encarga del estudio y de la regulación, así como de la filosofía y de la aplicación de los contenidos sobre la conservación de la vida y la integridad corporal de las personas. Abarca aspectos del físico, de la mente, su personalidad colectiva (ser biopsico-social); de tal modo que permite o contribuya a su desarrollo pleno e integral; incluyendo la continuidad de la vida, en condiciones dignas y de calidad, con los accesos a los servicios de sanidad disponibles (Ramírez, 2003).

El derecho sanitario se considera que puede ser descrito como la subrama del derecho de la salud integrada por el conjunto de normas jurídicas que atañen a aquellos factores físicos, químicos, biológicos y sociales del entorno del hombre que pueden ejercer efectos significativos y detectables sobre la salud de las poblaciones. Esta base normativa, a la vez, sirve de soporte a las disposiciones jurídicas relacionadas con las acciones de prevención y control, que tienen como finalidad la vigilancia del estado de salud de las poblaciones y el diseño de los planes de intervención necesarios para su mantenimiento en las condiciones óptimas (González, 2008).

Rama autónoma del derecho público encargada de regular los actos de protección a la salud en sentido estricto, es decir, la salud pública, la atención médica y la asistencia social.¹⁰

¹⁰ Declaración de Madrid efectuada en el año 2004 durante la celebración del Congreso Iberoamericano de Derecho Sanitario y en la cual tuvo destacada participación el maestro Octavio Casa-Madrid Mata.

A manera de conclusión, podemos decir que esta última conceptualización es la que nos parece más apropiada para definir el derecho sanitario. Bajo dicho contexto, es de ponderar que el derecho sanitario¹¹ es una disciplina jurídica especial cuya autonomía data desde hace casi un siglo, y que a últimas fechas ha cobrado notable importancia ante la creciente investigación para la salud, el uso de nuevos insumos y tecnología y así, en razón de los problemas jurídicos que éstas plantean.

De los cuatro rubros más importantes del derecho sanitario,¹² sin lugar a dudas es el de la atención médica el que ha atraído el mayor interés por parte del derecho, «a tal grado que algún sector de la doctrina francesa (Savatier, Pequignot y Auby) ha propuesto denominar a la disciplina derecho médico, es decir, el estudio de las relaciones jurídicas nacidas del ejercicio de la medicina» (Casa-Madrid, 2005).

Ahora bien, el derecho sanitario por cuanto al acto médico se refiere, abarca los siguientes rubros teóricos:

La legitimación del acto biomédico.

La relación médico-paciente.

La libertad prescriptiva.

La autonomía del paciente.

El consentimiento bajo información.

El derecho a la disposición del cuerpo humano.

La investigación para la salud.

La asimilación tecnológica.

Sin embargo, es prudente citar que el adelanto científico y tecnológico a menudo representa problemas normativos para los cuales

¹¹ Rama del derecho público encargada de estudiar los actos de protección a la salud en sentido estricto.

¹² Regulación de la salud pública; de la atención médica; de la asistencia social; y régimen jurídico de policía sanitaria.

el legislador no estaba preparado; por citar dos casos: la planificación familiar y el genoma humano pillaron a la comunidad jurídica, sino es que a la humanidad entera, «con los dedos en la puerta».

FUNDAMENTOS DEL DERECHO SANITARIO EN NUESTRO PAÍS

«*salus populi suprema lex esto*», Cicerón¹³

La salud del pueblo está en la supremacía de la ley.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala entre otras características que México se configura en un estado social y democrático de derecho; por ende, *al ser un estado de derecho*, esto implica el imperio de la ley como factor de seguridad jurídica para los gobernados.

De ahí se deriva que todos los ciudadanos y los poderes públicos estemos sometidos a la constitución y al resto del andamiaje jurídico (artículo 133 de nuestra carta magna). En consecuencia, y con un objetivo muy didáctico, la pirámide normativa o tipología del derecho sanitario¹⁴ se puede esquematizar en los rubros siguientes:

Normas constitucionales. En el artículo 4o. de la carta suprema de la nación se establece el derecho a la protección de la salud.¹⁵ A su vez, el artículo 5o. constitucional establece la libertad del trabajo, en este caso de los profesionales de la salud.

¹³ Aforismo del jurisconsulto romano Cicerón. Del latín *salus - salutis*: buen estado de salud, salud, salvación, conservación.

¹⁴ Se debe apuntar que para efectos del presente trabajo únicamente es enfocado a las disposiciones sanitarias que regulan la atención médica, ya que prácticamente sería imposible referirnos al total de las disposiciones sanitarias existentes.

¹⁵ Es de destacar que en la norma fundamental atinadamente se habla de *protección de la salud*, no como confusamente se ha difundido en ocasiones de *un*

Tratados internacionales. Celebrados en materia de salud y atención médica, en términos del artículo 133 constitucional; ya que mediante esta disposición se insertan al sistema jurídico nacional las leyes externas, es decir, aquellas que se han negociado y acordado en foros internacionales, como lo son: tratados, convenios, cartas, convecciones, acuerdos, directrices, directivas, etcétera, sin importar la denominación posible.

Los jueces y autoridades del país deben aplicar el contenido de los tratados internacionales, desgraciadamente, persiste una grave ignorancia al respecto. Está de sobra insistir en la importancia de la participación de técnicos en las diversas materias de las ciencias de la salud, en la negociación, estudio, validación, aplicación y actualización de estas normas.

Cabe citar que el derecho a la salud ha sido elevado a la categoría de *Jus Cogens*,¹⁶ y como tal, protegido por tratados internacionales como: la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (Bogotá, 1948, artículo 11), la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948, artículo 25), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 (que entró en vigor el 3 de enero de 1976, en los artículos 10.3, 11.1, 11.2, 12, 16, 22), la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación

derecho a la salud, ya que nadie nos puede garantizar el hecho de tener salud. Hablar de proteger en todo caso significa *apoyar, ayudar, alentar, amparar*. Bajo dicho contexto, el derecho a la protección de la salud entraña obligaciones a cargo del Estado (a través de políticas públicas) para favorecer la salud individual y colectiva.

¹⁶ Término que ha desarrollado la doctrina jusinternacionalista para designar dentro de un sistema jurídico una norma de rango superior que excluye un acuerdo particular derogatorio.

minación Racial de 1965 (en vigor desde 1969, en su artículo 19), la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1981, en sus artículos 11.1, 12, 14), la Convención sobre los Derechos del Niño (artículos 23.3 y 24), la Convención Americana sobre Derechos Humanos (San José de Costa Rica, 22 de noviembre de 1969, Conferencia Especializada sobre Derechos Humanos, que entró en vigor el 18 de julio de 1978) y en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (artículo 49), entre otros.

De la lectura de los tratados que incluyen el Derecho a la Salud pareciera desprenderse que ese derecho está asegurado y tiene plena vigencia. Sin embargo no es así, especialmente en los países de la región.

LEYES ORDINARIAS. *Ley General de Salud*, cuyo objeto es regular el acceso a los servicios de salud y determinar la participación de la federación y las entidades federativas en la prestación de servicios.

Código Civil, que regula de manera general el acto y los negocios jurídicos, las obligaciones y la contratación de servicios profesionales.

Ley Federal de Metrología y Normalización, que es el fundamento de donde derivan las normas oficiales mexicanas en materia de atención médica.

NORMAS REGLAMENTARIAS. *Los reglamentos que derivan de la Ley General de Salud*, entre los cuales tenemos:

En materia de prestación de servicios de atención médica.

En materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

En materia de investigación para la salud.

En materia de sanidad internacional.

En materia de control sanitario de actividades, establecimientos, productos y servicios.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS EN MATERIA SANITARIA (NOM). Son el conjunto de reglas científicas o tecnológicas de carácter obligatorio que tienen el propósito de unificar principios, criterios, políticas y estrategias.

Así como las normas técnicas en materia de atención técnica que serán sustituidas en breve por normas oficiales mexicanas que se encuentran en fase de elaboración.

DECRETOS. Relacionados con la atención médica emitidos por el ejecutivo federal (certificados de defunción y muerte fetal).

ACUERDOS. Emitidos en la materia por la Secretaría de Salud.

LEX ARTIS MÉDICA AD HOC. Que por antonomasia es la fuente primordial del derecho sanitario.

Ahora bien y bajo el contexto normativo referido, tenemos que *los grandes temas del derecho sanitario en México* giran en torno a:

- El derecho constitucional a la protección de la salud.
- La acción sanitaria.
- La atención médica.
- La asistencia social.
- La salubridad general de la república.
- El Sistema Nacional de Salud.
- Teoría de la ley sanitaria y legitimación de los programas públicos.
- Teoría de la acción popular.
- La ética médica.
- Teoría de la legitimación del acto biomédico.
- La investigación para la salud.
- Teoría de la disposición del cuerpo humano.
- Régimen de policía sanitaria.
- El proceso contencioso sanitario y *el arbitraje médico*.
- Los delitos contra la salud.

Finalmente y del análisis de los temas en torno a los que gira el derecho sanitario en México, se deduce que las relaciones médico-paciente (atención médica) son sólo un aspecto, quizás el más reconocido e importante, del objeto de estudio de esta disciplina; pero su campo de acción es mucho más amplio, siendo conveniente aclarar que cuando se refiere a la atención médica no se alude solamente a aquellos aspectos inherentes al contacto médico-paciente, sino a todo el conjunto de factores que interactúa en su complejo entorno y que espero haya podido transmitir en este brevísimo trabajo.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Casa-Madrid Mata, Octavio (2005), *La atención médica y el Derecho Sanitario*. México: Alfil.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos comentada* (2000), tomo V, México: UNAM-IJ/Porrúa.
- Declaración de Madrid (2004), adoptada en sesión especial de la Asociación Iberoamericana de Derecho Sanitario, en el marco del XI Congreso Nacional de Derecho Sanitario, en España, 30 de octubre.
- Enciclopedia Jurídica Mexicana* (2004), tomo IV, México: Porrúa/Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- González Díaz, Carlos (2008), «Derecho médico y derecho sanitario». En *En torno a una definición sobre el derecho de la salud*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Ortiz Monasterio, José «Agonía y muerte del Protomedicato de la Nueva España, 1831». En mezcal.colmex.mx/historiadores/ponencias/175.pdf
- Ramírez López, Alejandro José (2003), *Derecho a la salud*. México: Sista.

González Díaz, Carlos (2008), *Derecho médico y derecho sanitario. En torno a una definición sobre el derecho de la salud*. Cuba: Ciencias Médicas.

Diccionario Médico (1982), Barcelona: Salvat/Biblioteca Médica de Bolsillo.

Soberón Acevedo, Guillermo (1983), *Derecho constitucional a la protección a la salud*. México: Porrúa.

Tena Tamayo, Carlos y Octavio Casa-Madrid Mata (coords.) (2006), *Medicina asertiva, acto médico y derecho sanitario*. México: Alfil.

LA BIOÉTICA Y EL DERECHO SANITARIO

Manuel Ortega González

Combinar o tratar dos disciplinas como la bioética y el derecho ha costado mucho trabajo, ya que equivocadamente se piensa que son dos culturas que parecen incapaces de hablarse una a la otra. Sin embargo, hoy en día engarzar la bioética con el derecho es hablar de una nueva área denominada más recientemente como el Bioderecho o una rama Biojurídica. También sabemos que estas dos disciplinas tienen objetivos comunes: enfrentarse a los cambios producidos por los avances en la ciencia y la tecnología que inciden en el ser humano, ya que los valores éticos no pueden ser separados de los hechos biológicos, y porque la humanidad necesita urgentemente una nueva sabiduría que le proporcione el conocimiento de cómo usar ese conocimiento, para llegar a un solo objetivo común: mejorar la calidad de la vida.

La bioética es el instrumento adecuado para meditar, es la ciencia donde se hace la reflexión sobre temas de la práctica médica, dirigido a alcanzar el bienestar del ser humano, tanto en lo individual, como en la sociedad y como ser perteneciente a la especie humana. Todo esto puede verse interrumpido por los avances de la tecnología, el ejercicio de las profesiones de la salud, de las políticas relativas a la atención de la salud y del medio ambiente.

Manuel Ortega González. Comisionado Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca.

La función del derecho es subrayar, destacar de esta reflexión los valores sociales dominantes y plasmarlos en pronunciamientos jurídicos que sean acordes a los nuevos requerimientos planteados por el avance científico, porque de no hacerlo así, el avance científico que debe orientarse hacia el beneficio de la humanidad traerá como resultado su perjuicio, el deterioro en el propio ser humano.

Sabemos que el desarrollo o progreso científico es incierto, indeciso y ambivalente, no porque no se pueda atribuir al desarrollo de la ciencia un carácter bueno o malo, sino porque la aplicación práctica de la ciencia puede devenir en buenos propósitos o con fines perversos; por ejemplo, la buena o mala utilidad diagnóstica y terapéutica de la ingeniería genética. Estos cambios son el centro de atención de la bioética y el derecho.

Dicho lo anterior, podemos comprender mejor a la bioética como la reflexión ética en torno a la vida en general, que profundiza no sólo en el estudio de la moral médica, sino también de todas las ciencias que actúan sobre la vida y medio ambiente, y al derecho sanitario como la rama autónoma del derecho público encargada de regular los actos de protección a la salud en sentido estricto, es decir, la salud pública, la atención médica y la asistencia social.

Desde los orígenes de la medicina, siempre han existido preceptos sobre la práctica médica. Se sabe que han existido normas, reglas, códigos, juramentos, etcétera, que han regulado el ejercicio de la medicina. Los principios éticos que orientan la práctica médica han sido recopilados a lo largo de la historia en forma de códigos y juramentos profesionales. El más antiguo que conocemos es el *Código de Hammurabi* (1792-1750 a.C.). Hammurabi, rey que llevó a Babilonia a su máximo esplendor, permanece indisolublemente ligado al conjunto de leyes conocido como el Código de Hammurabi, el más antiguo repertorio legislativo conservado. Sexto rey de la primera dinastía de Babilonia,

Hammurabi pasó a la historia como un gran legislador. Su código continuaba la tradición de códigos anteriores en la región mesopotámica. Comprendía aproximadamente 200 leyes, escritas en tabletas y grabadas después en piedras para ser llevadas a diferentes lugares del reino. Una de esas piedras o estelas reveló la estructura de la sociedad babilónica, dividida en tres clases: ricos, pobres y esclavos, y regida por el rey justo: Hammurabi. Los castigos variaban según la clase social, pero, en general, se regían por el principio de «ojo por ojo». La gran preocupación de Hammurabi de evitar en lo posible todo tipo de abusos. La frase más conocida del Código de Hammurabi es: «Si un médico vacía un absceso del ojo y causa al paciente la pérdida del mismo, sus manos serán amputadas». Del Código de Hammurabi se desprende el dicho popular de «ojo por ojo, diente por diente».

Del año 2000 a.C. nos acercamos al año 460 a.C., en donde surge Hipócrates (460-375 a. C.), que, además de diversos tratados de índole científico, escribió ensayos de ética médica y creó el *Juramento Hipocrático*. Es el más conocido y el que más ha influido en la medicina occidental, cuyo aspecto ético principal menciona que el médico debe actuar siempre en beneficio del paciente, el cual se basa en dos componentes: «no haré daño...» y «actuaré en beneficio del enfermo...». principios que siguen vigentes aún. Algunos aforismos de Hipócrates de Cos son:

...*primum non nocere*... «primero no dañar». Es uno de los paradigmas de la bioética: la no maleficencia.

«...haré uso de mi arte únicamente para la curación y bien de mis pacientes...». Otro de los paradigmas de la bioética: la beneficencia).

«...el respeto a la vida y a la persona humana son fundamentos básicos en el ejercicio profesional médico...». Si bien es cierto que en el juramento hipocrático no se menciona la capacidad determinante del paciente para participar en la toma de decisiones, ni del principio

de justicia, ya menciona el respeto a la vida y a la persona humana. El juramento hipocrático es la base de los actuales códigos deontológicos.

Posteriormente, si nos trasladamos a los años 415-654 d.C., encontramos *El fuero juzgo*; «se castiga al médico que cause la muerte con una sangría, a indemnizar con un esclavo si el muerto era un esclavo, o a ser esclavo, él mismo, si la víctima era un hombre libre».

A principios del siglo XII d. C., Maimónides —Mois San Maimon—, estableció un memento u oración que es finalmente el juramento hipocrático adecuado a los principios religiosos de la época.

En el año 1252 aparece *La quinta partida*, en donde se «establecen penas para aquellos que fingían tener conocimientos médicos o los daños que se causen por culpa o mengua del saber».

Durante la época de los reyes católicos de España, la medicina estaba en decadencia por culpa de los charlatanes. La Reina Isabel de Castilla y Fernando de Aragón, crearon o formaron *El Real Protomedicato* en el año 1477. El Real Protomedicato era un tribunal formado por médicos que vigilaban la práctica del ejercicio de la medicina y sus afines. En México, después de la Conquista, se intentó formar el protomedicato, pero por problemas políticos no fue posible.

En 1803, en Estados Unidos, se estableció un primer código de ética médica; sin embargo, no fue sino hasta 1845 cuando Max Simón, en Francia, aplicó el término deontología a la medicina, rescatando los conocimientos griegos existentes en ese sentido, mismos que habían sido olvidados durante más de cinco siglos.

En México, Juárez, en las leyes de Reforma, es quien primero utiliza la palabra salud en un ordenamiento jurídico (siglo XIX). El 15 de julio de 1891, el ejecutivo federal, en uso de sus facultades extraordinarias, expidió el Primer Código Sanitario del México independiente, ordenamiento que fue objeto de múltiples cambios en su contenido y denominación hasta llegar a nuestra actual Ley General de Salud,

pues el carácter dinámico que la protección de la salud representa ha implicado una constante revisión y actualización del marco jurídico que rige esta materia.

En 1903, el doctor Francisco Marrón Alonso estableció el Código de Moral Médica y Cortesía Profesional, en el que distinguió tres capítulos: relaciones entre el médico y sus enfermos, relaciones de los médicos entre sí y relaciones entre la profesión y el público.

En 1918, el doctor Alfredo Montaña dio a conocer sus «Apuntes para un reglamento de deontología médica», en los que se establecían apartados tales como los deberes de los médicos para con los demás, deberes de los médicos para con la sociedad, de las juntas de médicos, del reemplazo médico, de los especialistas, deberes del médico en obstetricia, de los honorarios profesionales, del secreto profesional y algunas otras disposiciones generales.

En 1919, en la Conferencia de Laennec, en Francia, se dio a conocer el memento u oración del médico, basado en los principios de la religión católica.

En el Código Penal Mexicano de 1931 se incorpora el capítulo de Responsabilidad Profesional.

En la segunda mitad del siglo XX y en particular con la creación de foros universales como la Asamblea General de las Naciones Unidas y las diversas organizaciones nacidas de ella (como la Asociación Médica Mundial), en donde se contemplan los derechos humanos en sus diferentes aspectos y consecuente con ello, el interés por el bienestar y la salud de todos los hombres, es que dio origen a las diferentes «declaraciones» tendientes a orientar y normar —de ser posible— las acciones y la participación de los médicos en el cumplimiento de los principios éticos universales.

La Asociación Médica Mundial, durante la reunión mundial de 1948 realizada en Ginebra, propuso establecer el Código Internacio-

nal de Ética Médica, y el doctor Clotrie, médico francés, propuso en la misma reunión de Ginebra y ante la Organización Mundial de la Salud (OMS) un juramento universal, un *Juramento de fidelidad profesional*, que es una nueva modificación al juramento hipocrático; además, durante esta reunión se estableció la declaratoria de *La salud de mi paciente será mi principal preocupación*. Declaración de Ginebra. Estos dos documentos fueron revisados en 1968 en Sídney, Australia. Fueron considerados como adecuados y están vigentes hasta nuestra fecha.

Con la evolución de la ciencia médica y la regulación del ejercicio profesional, tomando como base los documentos antes señalados para la solución de los problemas éticos específicos, se han establecido criterios universales a través de diversas declaraciones, tales como la de Helsinki, en 1964, relativa a la investigación en seres humanos; la de Sídney, en 1968, para la determinación del momento de la muerte; la de Oslo, en 1970, relativa al aborto terapéutico; la de Tokio, en 1975, relacionada con la actuación del médico ante la tortura y castigos, y la Declaración de Hawai, en 1977, que sienta las bases para el tratamiento de pacientes psiquiátricos, o la Declaración de Lisboa sobre los derechos de los pacientes en 1981, por mencionar algunas.

Como vemos en este transitar del tiempo, la ética médica y la bioética además de ser ciencias descriptivas, asumen su función normativa originando reglas de derecho. Sin embargo, valga decirlo, no es cierto que la ética médica se reduzca al cumplimiento de normas jurídicas o de un código muy antiguo, ya que «...no vivimos con la herencia de una, sino de varias morales integradas»(Ramón Martín Mateo).

Algunos autores como Pedro Federico Hooft, consideran que las relaciones entre la norma jurídica y la reflexión moral son estrechas por tratarse de ámbitos diferentes por intención, audiencia y ascendencia social. Por ello, es muy conveniente sostener el debate

bioético separado del trabajo legislativo y de la norma jurídica. Otros autores, como Robert Hall, señalan que la legislatura no es el lugar óptimo para el debate de los dilemas bioéticos, ya que está demasiado sujeta a presiones de grupos o intereses sectarios específicos, pero ante ello hay que reconocer haciéndonos la siguiente pregunta: ¿y la bioética no lo está? Además, el adelanto científico y tecnológico frecuentemente representa cuestiones normativas para las cuales el legislador no estaba preparado. Por citar un ejemplo: el genoma humano que sorprendió a la comunidad jurídica, sino es que a la humanidad entera. Debe considerarse que las legislaciones vigentes se elaboraron cuando los problemas relacionados con el avance de las ciencias no tenían aún confrontación con la bioética y no se vislumbraban ataques a la dignidad de la persona; en este sentido, hay que tener en cuenta los cambios sustanciales que ha tenido la práctica de la profesión médica.

En nuestro país el derecho es escrito y se formula a través de normas generales establecidas en leyes, decretos o reglamentos expedidos por el poder legislativo o el ejecutivo.

El poder legislativo es el encargado de crear y reformar las leyes. La conformación de los órganos legislativos hace necesaria la toma de decisiones por la mayoría de sus integrantes, la cual implica la concertación de consensos o acuerdos entre los legisladores. Estos consensos, de por sí difíciles, se vuelven más complicados de alcanzar cuando se refieren a cambios científicos que afectan de una u otra forma al ser humano o envuelven juicios de valor u opiniones morales. Cada grupo parlamentario defiende y mantiene sus valores que, según sus conceptos, son los que ameritan ser preservados sobre los demás y ello se ha visto reflejado en la falta de acuerdos. Las actitudes cerradas explican el porqué en los temas novedosos, como la ingeniería genética, la eutanasia o la manifestación de voluntades anticipadas, no se han efectuado los cambios legislativos necesarios. La falta

de conocimientos especializados y las posturas demagógicas son otras de las causas que han retardado aún más el proceso legislativo.

Asimismo, está latente otro riesgo de la elaboración de leyes: que las normas producidas no alcancen el nivel de concreción deseable o que resulten demasiado rígidas y, por tanto, insuficientes para enfrentar las constantes modificaciones en el mundo de la ciencia y la tecnología. Por ello, es necesario que exista una normatividad más elástica, capaz de adaptarse a las contradicciones, las tensiones y conflictos; para reinterpretar las normas o elaborar otras nuevas y así superar o compensar distorsiones.

Aun contando con un orden normativo flexible, puede ser insuficiente para regular situaciones desconocidas o novedosas. Por ello, debemos reconocer la necesidad de llegar hasta los principios jurídicos y valores, como pensamientos rectores de una determinada regulación. Es necesario precisar y crear nuevos principios y conceptos, tales como el inicio de la vida o el fin de la misma, el genoma humano como patrimonio de la humanidad. Se precisa reconocer nuevos bienes jurídicos dignos de protección, como el futuro de la humanidad; o aceptar como objeto de un contrato de donación a un órgano o un tejido del cuerpo. En otros casos, será suficiente adecuar los conceptos o principios actuales para sustentar la regulación de la actividad humana relacionada con el desarrollo científico y con el ser humano, buscando que el conocimiento sea utilizado siempre en beneficio del hombre.

Pensando en la necesaria transformación del orden jurídico, incluidos los principios generales y conceptos básicos, es donde la reflexión bioética se presenta como una gran colaboradora. Esta reflexión multidisciplinaria es capaz de generar y suministrar la información necesaria para que los legisladores redacten leyes, y los jueces y las autoridades administrativas las apliquen con nuevos criterios. Pero no sólo a ellos, sino también informa a todos los profesionales cuyas ac-

tuaciones incidan en la vida y salud humana o en su entorno social y ambiental. Es necesario que el legislador intervenga ordenando conductas y puntualizando extremos que no pueden quedar al libre arbitrio e interpretación de profesionales e investigadores.

Para que realmente tenga valor el derecho a la salud, se debe adoptar un reglamento que garantice el acceso a los servicios sanitarios. Sin embargo, no es deseable que exista una ordenanza para cada problema bioético, sino que la legislación se adapte a la realidad y sea respetuosa con los valores fundamentales del individuo. La reflexión bioética no sólo debe estar presente en la elaboración de las leyes, sino también en su interpretación y aplicación para órganos judiciales o administrativos.

Cuando existe un reglamento, una ley o una norma, se supone que lo regulado deja de demandar posteriores reflexiones por parte del juzgador, cuya tarea se limita a la interpretación y aplicación de la norma o reglamento. Esto es inexacto, falso. En múltiples ocasiones, las normas son insuficientes, sobre todo cuando se plantean situaciones novedosas o desconocidas, o cuando la normatividad es confusa o se contradice. Podría resultar también que la aplicación adecuada de una norma a un caso concreto fuera inconveniente o injusta. En tales circunstancias, el juez debe recurrir a los principios generales, que sirven para suavizar lo riguroso de una fórmula demasiado universal.

Los comités de bioética están integrados por personas entrenadas en distintas disciplinas además de las médicas, y opinan sobre la pertinencia de las medidas, aplicando los cuatro principios de la bioética: la beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, así como los daños que podrían derivarse de una determinada conducta o procedimiento. Pero también el grupo debe tomar en cuenta el respeto a los derechos de las personas involucradas y cuando existan, las disposiciones legales aplicables al caso.

También los distintos principios de la bioética pueden contraponerse, ¿acaso es más importante la autonomía que la beneficencia, o la no maleficencia que la autonomía, para la aplicación de un tratamiento médico? Los cuatro principios de la bioética pudieran ser demasiados generales para la toma de una decisión, pero jamás uno más importante que otro. Es en este punto cuando el grupo podría auxiliarse de ciertos conceptos ya elaborados por la ciencia jurídica y también pueden apoyarse en los derechos humanos tan ampliamente desarrollados en los últimos años. Por consiguiente, los jueces, al resolver conflictos relacionados con la vida humana, deben tomar en cuenta la reflexión bioética, así como los comités deben tomar en cuenta las normas, los conceptos jurídicos y desde luego los derechos humanos.

La acción que se ejerce recíprocamente entre la bioética y el derecho hoy en día se podría decir que es de suma importancia, nos lleva a la necesidad de armonizar *el derecho a la protección de la salud*. El fin perseguido justifica esta afirmación, lograr la protección del ser humano, así como impulsar el desarrollo de la investigación científica cuando se busca el bien de la humanidad. «...Que el límite de la capacidad de ayuda que presta el médico sea el que hayan alcanzado los conocimientos de su tiempo y no el que le fije su ignorancia...» (Raúl Garza Garza).

LA TEORÍA DE LA CULPA MÉDICA Y EL ESTUDIO SISTEMÁTICO DE LA RESPONSABILIDAD EN DERECHO SANITARIO

Octavio Casa-Madrid Mata

La responsabilidad empieza donde las discusiones terminan.

Axioma de derecho sanitario.

INTRODUCCIÓN. CRÍTICA GENERAL A LA TEORÍA CLÁSICA

Uno de los grandes y enormes problemas científicos que debe enfrentar el derecho sanitario en los próximos años, es el de instaurar bases objetivas para el estudio de la *culpa médica*. Bajo ese tenor no podemos perder de vista que esto representa un reto para *la teoría general* de la disciplina que, afortunadamente, en años recientes se ha ido nutriendo de nuevas aportaciones, especialmente de las doctrinas portuguesa, española, francesa y en menor escala en la doctrina de nuestro país.

En efecto, paulatinamente observamos que a partir de las limitadas bases civilistas (que informan principios generales), existe una sensible evolución hacia elementos sistemáticos del orden *ius sanitario* y esto, pese a no pocas tentativas, a todas luces *reaccionarias*, que pretenden no salir del insuficiente ámbito del derecho romano y en igual sentido de las aportaciones civilistas del siglo XIX. Afortunadamente, y

Octavio Casa-Madrid Mata. Presidente de la Asociación Mexicana de Derecho Sanitario. Coordinador de la Biblioteca de Derecho Sanitario Editorial Alfil. Ex director general de Arbitraje. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

de manera gradual, se han ido superando los añejos resabios romanistas, para arribar a criterios científicos propios de nuestra disciplina.

Una vez examinado este *aspecto negativo*, no podemos olvidar que el *parteaguas* en cuanto al estudio de la culpa médica fue la teoría de René Demogue, que fue el primero en caracterizar las obligaciones médicas como *de medios*.

Sin embargo, es necesario señalar que por regla general, esta materia ha enfrentado un incipiente desarrollo, pues como señala el siempre certero juicio de Alfredo Achával:

Ha fracasado el enlace de las «normas médicas» con los problemas de la actividad del médico, y ello ha sido porque la norma fue comprometida a factores extramédicos, a los factores de poder de la sociedad y, entonces, la vigente ya no es una ética médica pura, sino que es la añorada. Pero ello no sucedió sólo con la actividad médica, sino con la actividad del hombre, y se llegó al triunfo de los factores de poder que lo encerraron en sus dictaduras y al fracaso de los valores trascendentes que le adjudicáramos tradicionalmente al hombre, entre ellos la responsabilidad de su libertad (1996: 8).

En igual sentido, abundan imprecisiones de no poca monta, así, por citar uno de los tantos lugares comunes, es de observarse que la responsabilidad ha sido identificada, indebidamente, con la obligación, la culpa y la responsabilidad propiamente dicha. En puridad, la responsabilidad es la obligación de cubrir daños y perjuicios o de sufrir una pena por resolución judicial, luego entonces, no podemos identificar culpa y responsabilidad.

LA MEDICINA Y EL ESCENARIO DEL CONFLICTO

Infortunadamente, acudir a la justicia para impugnar a un médico por una presunta mala praxis ha dejado de ser un acontecimiento inusitado;

en el ámbito occidental ha adquirido una relevancia anteriormente desconocida y si bien es cierto que, por regla general, en el ámbito iberoamericano no se ha llegado al nivel de los Estados Unidos, sí resulta sensible el embate de la mal llamada «judicialización» de la medicina.

La medicina no ha sido ajena, por razón obvia, a los grandes parámetros de la posmodernidad; por ende, tampoco lo es hacia esta constante de *producir y consumir conocimientos*, en efecto, los alcances de las ciencias de salud son asimilados al contexto economicista de nuestros días.

No es de extrañar, por lo tanto, que la prestación de servicios de salud se haya visto inmersa en la vorágine ideológica del postmodernismo, es decir, en «el rechazo a la totalidad y a los ‘grandes relatos’, el culto al fragmento y a la diferencia, los usos del desorden, la ironía, el relativismo, la actitud lúdica, el desánimo», observables de manera general en nuestra sociedad.

Bajo el escenario de la posmodernidad y en el contexto de las reivindicaciones de los derechos civiles, ampliamente preconizada por los tratadistas, y especialmente en el contexto economicista de la sociedad *el disvalor mala práctica*, entendido de nueva cuenta como un instrumento mediático, termina por convertirse en un «bien» desde el ángulo psicológico (entraña un reforzamiento negativo) y por supuesto, es igualmente un *artículo para el consumo* en términos del corretaje económico. Esto engendra un verdadero círculo vicioso.

O dicho en la gráfica expresión de Achával: «En la sociedad de consumo y de mercado, el mundo se apuró a vivir y los hombres a vivir en ese mundo».

Lo más peligroso del asunto es que vivimos ante la confrontación de un sinnúmero de soliloquios (por no hablar de entropías), el del paciente y sus reivindicaciones indiscriminadas; el del médico y las instituciones a través de la medicina defensiva; el de las autoridades al

asumir legislaciones y criterios populistas o «de escritorio»; el de las empresas bajo la entronización de nuevas mercadotecnias, incluida la comercialización inherente a las reclamaciones jurídicas (seguros, medicina administrada, etcétera); el de los abogados, especialmente ante la falta de conocimiento específico del derecho sanitario (hecho por demás acusado en nuestro medio); y por supuesto, el de los medios masivos y su concurrencia inopinada.

Bajo el tenor expuesto es necesario decir que sólo a través de interpretaciones sistemáticas, es posible arribar a un visado de solución. En esos términos es imprescindible que el derecho sanitario se aboque a los siguientes rubros:

- a. La correcta fijación e interpretación de la *lex artis ad hoc*. (Y por supuesto el componente interpretativo de la medicina forense que de ninguna suerte se reduce al ámbito procesal penal.)
- b. Los parámetros generalmente aceptados de la *deontología médica* (especialmente en razón de la investigación bioética, interdisciplinaria por naturaleza). (*Doctrina del doble efecto, razonable seguridad, teoría del consentimiento bajo información*, etcétera).
- c. Los principios del derecho sanitario. Los esenciales son: a.) *El principio de respeto a la vida específicamente humana*. b.) *El principio de protección de la salud*. y c.) *El principio de respeto a la homeostasis*.

Al respecto, es axiomático señalar que resta mucho por hacer. Si bien el escenario de las reclamaciones se debe en buena parte a factores exógenos a la medicina y al derecho, es innegable que las soluciones deben insertarse en un ámbito interdisciplinario que, sin ser ajeno al ámbito general de la reivindicación de los derechos civiles, tiene un insoslayable componente especializado que debe ser apreciado de manera objetiva y no (tal y como ha sucedido) a través de la mera contención litigiosa. (En nuestro medio ampliamente desvirtuado por la irrupción de criterios penalísticos)

Para autores como Juan José Llovet Delgado (1993: 315-323), la problemática de la responsabilidad legal —penal y/o civil— de los médicos en la atención a pacientes, parece haber cobrado un relieve anteriormente desconocido, y al efecto, observaba en el medio español las siguientes circunstancias:

- a. La producción en los últimos años de una bibliografía jurídica relativamente abundante, ya sea en forma de compilaciones, libros o artículos.
- b. La recurrente aparición en los periódicos, de noticias, cartas de lectores y reportajes, sobre mala praxis médica y sus repercusiones judiciales.
- c. La preocupación de las organizaciones corporativo-profesionales y de los organismos públicos de la sanidad con vistas a una eventual generalización de contenciosos, que se manifiesta, en las primeras, en un discurso disuasorio y a menudo alarmista, que presagia la implantación de una medicina defensiva y en el aseguramiento de sus miembros como beneficio suplementario por la colegiación, y en los segundos, también en la suscripción de pólizas colectivas, para tener cubierto a su personal si es condenado a indemnizar a los usuarios.

Las constantes anteriores son observables en México (si bien es imprescindible señalar que en nuestro país, la literatura jurídica especializada no es tan abundante como en el medio español, e incluso se puede hablar de un panorama incipiente en el derecho sanitario).

En adición a lo expuesto, el autor mencionado destaca, para el medio español del año de 1993, la inexistencia de estudios estadísticos respecto de la naturaleza y contenido de las reclamaciones por actos de atención médica, y plantea una serie de constantes que, por nuestra parte, ajustamos a nuestro país:

- a. No se dispone de estudios que hayan cuantificado la evolución y frecuencia de las reclamaciones judiciales contra médicos ni tampoco con estimaciones más o menos globales. (Salvo excepciones como los estudios de Conamed, en términos de su casuística.)
- b. La falta de estadísticas judiciales.
- c. La falta de caracterización de los delitos en investigación (procuradurías) y por supuesto de las hipótesis en que finalmente se hubiera comprobado el cuerpo de algún delito.
- d. La falta de memorias de los organismos públicos de sanidad que se reducen a cifras de los asuntos en que se han visto afectados profesionales sanitarios a su servicio.

El autor de mérito refiere que a fin de contribuir a paliar ese vacío estadístico-informativo y «calibrar la actividad judicial más ordinaria conectada con el tema bajo examen», se desarrolló un trabajo de campo en dos ámbitos: en el primero, se recopiló información directa en diversos órganos judiciales, y en el segundo, a través de las publicaciones del Colegio de Médicos de Madrid, a fin de obtener información (notas o comentarios) acerca de las reclamaciones judiciales a sus colegiados.

Los resultados fueron:

- a. La conformación de un cuerpo doctrinal en esta área (es decir, en sentencias), *se inaugura efectivamente en los años ochenta* y, sobre todo, en su mitad más tardía.
- b. En los años noventa, *en apenas su primer trienio, se alcanza a superar ligeramente el conjunto de sentencias de la década precedente*, y se marca una acentuación en la dirección ascendente.
- c.) «El hallazgo de que la jurisprudencia civil es más reducida que la penal, a primera vista, podría llamar la atención, ya que, en abstracto, la vía civil parece más conveniente para las perspectivas del damnificado a la hora de dirimir esta clase de episodios, de

naturaleza no dolosa. Pero, por un lado, por sus tasas, costas, etcétera, el procedimiento civil es mucho más caro. Y por otro, por sus inquietantes connotaciones y porque en ese contexto el prestigio del profesional sufre una erosión más intensa», la vía penal «consigue el efecto sociológico de alarmar al médico, sobre todo, cuando se produce auto de procesamiento y publicidad periodística del mismo», una alarma que puede estimular a la transacción.

- d. Las cuantías de las sentencias fortalecen la sensación entre los letrados y el temor entre los médicos de que las indemnizaciones están propendiendo a ser cada vez mayores.

Sin perjuicio de reiterar la ingente necesidad de un estudio similar para el caso de México, es posible sostener:

- La irrupción de las reclamaciones hacia el personal y las instituciones de atención médica, data de los años noventa. (Este fue uno de los motivos esenciales para el establecimiento de Conamed, que data del año de 1996.)
- Se observa un predominio de la vía penal sobre la tramitación civil, esencialmente en razón de ejercer presión sobre el facultativo y de esta suerte llevarlo a una transacción.
- Las cuantías de las sentencias judiciales han ido en aumento, especialmente en términos de la fijación de daño moral (esto en razón de la excesiva discrecionalidad judicial y ante la falta de parámetros idóneos para la justipreciación del llamado *pretium doloris*, es decir, de la afectación moral.)
- La tramitación de asuntos por vía administrativa (recursos ante las instituciones de seguridad social o ante los órganos internos de control.)
- La falta y disparidad de criterios para la solución de controversias por las autoridades.

Infortunadamente estos datos son comparables con los observados en otros países, y si a ello agregamos que el personal de salud en nuestro país ha ido adoptando (por pánico o discutible asesoría jurídica) prácticas de medicina defensiva, encontramos un escenario que para ser revertido ameritaría de un esfuerzo generalizado y ciertamente, de algunos años de trabajo sistemático.

En otras latitudes, verbigracia en los Estados Unidos, el asunto ha hecho crisis, y tanto así que ha sido necesaria la intervención de su presidente,¹ quien no dudó en afirmar: «la responsabilidad médica es un asunto nacional que requiere una solución nacional», y para ello planteó medidas tales como:

- a. Reformar el sistema de responsabilidades médicas.
- b. Fijar un límite para los daños no económicos de 250,000 dólares.
- c. Fijar estrategias para limitar los juicios frívolos.

Aunado a la necesidad de fijación interdisciplinaria de principios y reglas sistemáticos a los que nos referimos en el presente trabajo, otro tanto debiera hacerse en nuestro medio respecto de los incisos que anteceden, especialmente cuando es observable que cada día un mayor número de médicos mexicanos ha iniciado la práctica de la medicina defensiva.²

Y ya que en este espacio abordamos de manera general la problematicidad imperante, citamos de nueva cuenta al ameritado escritor Alfredo Achával (1996: 56 y s.s.), que ha destacado algunos rubros

¹ Véase *Declaraciones del presidente a la Sociedad Médica del estado de Illinois*. Office of the Press Secretary 11 de junio de 2003. www.whitehouse.gov/news/releases/2003/06/20030611-4.es.html

² Véase «El temor a una denuncia condiciona el trabajo de casi el 70 por ciento de los médicos». www.consumer.es/web/es/salud/2002/02/12/37940.php.

en los cuales coincidimos la generalidad de quienes hemos abordado estos temas; así las cosas, es de profundo interés citar aquí algunas de sus interesantes reflexiones:

Así como nadie acepta frustraciones en su quehacer cotidiano, tampoco nadie acepta que la enfermedad —también frustración— se mantenga pese a la intervención médica, cuya falta de éxito es vivida como una frustración agravada y donde el médico responsable es juzgado no sólo por los medios, sino también por los resultados,³ pese a que algunos jueces sostengan después de la sentencia lo contrario. Este mal resultado se vive como si el médico agravara la cosa, sea por haber cobrado honorarios en forma independiente, sea por haberlos cobrado «de cualquier manera» en sus formas de prepago, en remuneración programada o sueldo. El paciente vive estos sistemas tal como se «lo vendieron en la propaganda», con la promesa de un seguro «de salud» y no de atención médica. Es cierto que casi todas las sentencias invocan el tema de honorarios como ajeno al juicio, pero también es cierto que todas las demandas lo mencionan como si fuera el fin de la atención médica desde el fin del profesional.

A mayor abundamiento, un dato importante se refiere a que en toda reclamación (y esto priva lo mismo en México que en Iberoamérica y los Estados Unidos), aun cuando el acto reclamado no se refiera estrictamente al cobro (lesión civil, enriquecimiento ilícito o pago de lo no debido), en la inmensa mayoría de reclamaciones se formula un amplio capítulo señalando a detalle el monto de los gastos médicos (honorarios, hospitalización, insumos, estudios, etcétera). Esto es altamente revelador, por una parte, de la visión posmoderna respecto del *consumismo* en los servicios médicos y de un equivocado sesgo en la interpretación del acto médico.

³Véase artículo 2615 del Código Civil Federal *Cfr.* Casa-Madrid, 2005.

Pero así también, condiciona y demuestra en no pocas hipótesis, una grave deficiencia técnica en las reclamaciones (y el fracaso procesal para las partes), pues al asociar indebidamente el binomio cobro- resultados, se soslaya la cuestión principal; se omite ponderar la real naturaleza de las obligaciones médicas (según hemos observado, esencialmente *de medios*) y con ello se impide (pues se oscurece) al juzgador apreciar el verdadero motivo *causa petendi* de la reclamación.

EL PUNTO DE PARTIDA, LA NECESARIA

CARACTERIZACIÓN JURÍDICA DEL EJERCICIO MÉDICO.

TEORÍA DE LA CULPA MÉDICA

Carlos María Romeo Casabona (1981) refiere que el tratamiento médico-quirúrgico es la «actividad profesional del médico dirigida a diagnosticar, curar o aliviar una enfermedad, a preservar —directamente o indirectamente— la salud o a mejorar el aspecto estético de una persona». Bajo ese tenor y visto el *animus* y el *telós* del ejercicio médico, podemos decir, siguiendo a Antón Oneca: «todo el mundo está de acuerdo en que el cirujano no debe pasar del quirófano a la cárcel, a no ser que medie grave imprudencia o impericia».⁴

En consonancia a lo anterior, por acto médico entendemos: «Toda clase de examen, intervención, tratamiento e investigación de un paciente o razonamiento clínico, con fines de protección a la salud e incluye actos de prevención, diagnóstico, prescripción, recomendación terapéutica y rehabilitación, llevados a cabo por personal de salud o bajo su responsabilidad. En razón de lo anterior, no se considerará, por su naturaleza, acto mercantil».

⁴ En el derecho mexicano sería negligencia, impericia o dolo. Véase Oneca, 1986: 260.

En ese orden de ideas, las reclamaciones en la materia podrán referirse esencialmente a uno o varios de los siguientes rubros:

- Exámenes o estudios médicos.
- Impugnación del razonamiento clínico.
- Actos de prevención.
- El diagnóstico.
- La prescripción médica.
- La recomendación terapéutica.
- La ejecución terapéutica.
- Actos de rehabilitación.
- Efectos adversos en los anteriores.
- Negativa al otorgamiento de prestaciones médicas (esencialmente de insumos para la salud.)
- Investigación clínica en seres humanos.
- Disposición de órganos y tejidos con fines médicos.
- Emisión o negativa de certificados médicos (especialmente relacionados con salud ocupacional y defunción.)
- Y de manera general, ante la intervención médica en el paciente.

Lo anterior nos lleva a la necesidad de distinguir, para efectos del tratamiento jurídico, diversas conductas o hechos médicos:

Primero. Las que son inocuas y no tienen interés para efecto de culpa o responsabilidad; son, además, y como afirma Romeo Casabona, (1981: 14) especialmente *intrascendentes desde la perspectiva jurídico-penal*. (Al respecto, señala Quintano, *bastaría para justificarlas el más vulgar sentido común*.)

Segundo. Las que entrañan un *riesgo inherente* previsto en la literatura (es decir, en la *lex artis ad hoc*), y se justifican por la doctrina del doble efecto o del voluntario indirecto (es decir, se trata de efectos adversos aceptables para salvaguardar un bien superior). En ellas bas-

ta que el facultativo haya atendido sus obligaciones de medios o de diligencia (deber de cuidado) *para tener por cierto su correcto ejercicio*. Las mismas no están viciadas por culpa (negligencia, impericia o dolo) y por supuesto, no dan lugar al pago de daños y, menos aún, a problemas de índole penal.

Tercero. Las que entrañan el incumplimiento de alguna disposición administrativa contenida en la Ley General de Salud, sus reglamentos o normas oficiales y darán origen a una sanción administrativa (multa o clausura), a una medida de seguridad sanitaria (suspensión de trabajos o servicios) y ocasionalmente al pago de daños, mas no a responsabilidad penalística (falta de licencia sanitaria, falta de aviso de apertura, ausencia de algunas notas en el expediente clínico, etcétera). En esta hipótesis no existen daños a la salud.

Cuarto. Las que suponen algún exceso o incumplimiento respecto de lo contratado por las partes (excesos en el cobro, lesión civil, no entrega en tiempo de alguna prestación, no informar oportunamente el cambio de facultativo, etc.) sin existir algún daño a la salud o la vida. Al respecto podrá determinarse una rescisión contractual; reintegros monetarios o en especie, el cumplimiento forzado de obligaciones, y el pago de daños y perjuicios; mas no se trata de asuntos de relevancia penalística a menos que se integrara el delito de fraude (por demás infrecuente.)

Quinto. Las que suponen un error y el consiguiente alejamiento de la *lex artis ad hoc* por negligencia o impericia con daño a la salud o la vida del paciente que han de recibir el tratamiento penalístico de delitos no intencionales (también llamados culposos).

Sexto. Las que integran incumplimiento de disposiciones de orden público y por ende hechos típicos sancionados, especialmente cuando se trata de hechos dolosos (comercio de órganos, investigación clínica ilícita en seres humanos, manejo indebido de agentes

radiactivos, tráfico ilícito de estupefacientes y psicotrópicos, cirugía notoriamente innecesaria, etcétera).

Según podrá observarse, en el universo médico sólo en un reducido espectro es posible hablar de culpa y más aun, sólo por excepción es posible hablar de asuntos de relevancia penal. Merced a lo anterior, y por simple inferencia estadística, resulta injustificado en la inmensa mayoría de los casos, iniciar una averiguación previa que, por regla general, sólo ha de arrojar por resultado el de una carga burocrática innecesaria para las autoridades.

El enorme problema que enfrentamos es que entre 85 por ciento y 90 por ciento de las reclamaciones en contra del personal de salud (sea cual fuere la vía de la reclamación) es posible hablar de mala práctica.

Bajo ese tenor, el punto esencial se refiere a la definición de los elementos que por regla general concurren en la *culpa médica*, los cuales han sido ampliamente definidos por la jurisprudencia española (a todas luces rescatable en nuestro país) (véase Maza, 1996) y los criterios firmes establecidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico:

- a. Una acción u omisión, incumpliendo el deber de cuidado exigible en la concreta actividad de que se trate (en la especie deberá existir negligencia, impericia o dolo).
- b. Un resultado lesivo, previsible y evitable.
- c. Ausencia de intención de la causación de tal resultado. (Sólo por excepción existe dolo).
- d. Una relación de causalidad, entre la acción y el resultado, determinante aquella de la producción de éste.

Especialmente y por cuanto hace al medio mexicano, es imprescindible avanzar en la estructuración normativa del concepto de negligencia; sus elementos han sido descritos, con meridiana claridad, por F. Javier Clastre Bozzo (1996):

- a. Elemento psicológico. Integrado por la falta de previsión de lo que había posibilidad de prever y se podía saber y evitar.
- b. Elemento normativo de la exigibilidad. que se nutre por la omisión del deber objetivo de cuidado, impuesto por las normas de experiencia, de cultura o de ciencia... Que de haberse cumplido, impediría el resultado reprochado en el tipo penal en abstracto, y que debe reprocharse en concreto por tener capacidad y eficacia para «poder evitar» el resultado.

Por lo que hace a los tribunales mexicanos, hay un exiguo acervo de precedentes (excepción hecha de las comisiones de arbitraje médico); es por ello de especial importancia su abordaje normativo a la luz de los criterios antes expuestos, que por lo demás son producto del consenso entre los tratadistas *jus* sanitarios. El axioma en la materia ha sido a nuestro juicio planteado de manera por demás clara por Romeo Casabona (1981): «el médico que se desenvuelva correctamente en el ejercicio de su profesión, con sujeción a la *lex artis*, no debe temer el menor proceso».

METODOLOGÍA PARA EL ESTUDIO DE CASOS:

TEORÍA DE *RES IPSA LOQUITUR* Y SUS CONSECUENCIAS

PROCESALES; VALORACIÓN DEL PRINCIPIO *IN DUBIO PRO MÉDICO*

Este rubro es, sin duda, polémico, no sólo para el arbitraje médico en especial, sino por cuanto hace al derecho sanitario en lo general, pues se refiere a uno de los rubros más discutidos de la teoría general de esta disciplina y no pretendemos agotarlo en el presente análisis. Baste señalar (aunado a lo ya expuesto en los apartados anteriores), que en el plano metodológico no pueden desdeñarse algunos planteamientos del sistema científico postulado por Goldschmidt (y su crítica, por supuesto) y con él los del clásico Wach. Bajo ese tenor no hemos de perder de vista que la *unidad del proceso* se obtiene *en su finalidad*, y esto

es lo que liga a los actos procesales, desde la demanda (queja en el caso del arbitraje) hasta la sentencia (o el laudo si de arbitraje médico se trata). Es por ello que al ser imprescindible esclarecer *la verdad del acto médico*, es necesario asegurarse del cumplimiento de ciertas premisas esenciales:

- i. Que en la especie se observe, efectivamente, el *concepto de la exigencia de protección jurídica* del que hablaba Wach y esto, independientemente del derecho público subjetivo de acción procesal; pues sería injusto no reconocer que la parte débil en la relación jurídica médico-paciente es precisamente éste último, y que se trata de una *relación de dependencia* en la cual el paciente depende de la pericia y diligencia del equipo de salud. Máxime cuando se trata del derecho a la protección de la salud.
- ii. Esto, sin embargo, es correlativo (y bajo la misma exigencia de protección jurídica) a la necesidad de tener por injusto que al socaire del proceso, se menoscabe el prestigio, la carrera y los derechos del buen profesional de salud.
- iii. Bajo ese tenor, y pese a las discusiones doctrinarias (que sin duda habrán de proseguir indefinidamente), la teoría de la culpa médica (Fernández, 2002), en términos generales, ha sido elaborada bajo el criterio de que es necesario asegurarse de la existencia probada en toda forma, de «una actitud antijurídica del agente por culpa (negligencia o impericia) o dolo y en hechos no producidos por el caso fortuito; la fuerza mayor; el riesgo inherente, o la historia natural de la enfermedad» (p. 68 y s.s). Es decir, y siguiendo en términos generales a Fernández Hierro, ha menester el «incumplimiento de una acción obligatoria», en términos de los deberes médicos, que origine un daño previsible y evitable.
- iv. En consonancia a lo anterior:

— *No existe un principio de responsabilidad total.*

— La culpa y la responsabilidad *se pulverizan* ante rubros de controversia científica.

— La culpa y la responsabilidad no operan ante circunstancias excepcionales.

— En materia médica *no hay responsabilidad objetiva.*

— *No hay presunción de culpa* hacia el médico; por el contrario, se parte del principio de buena fe.

- v. Y en este punto surge un aspecto de la mayor importancia, pues como afirma Goldschmidt, *la base del efecto de cosa juzgada es la fuerza de la litis contestatio* y asimismo, el proceso se construye —en cuanto al desarrollo del procedimiento— como afirma el ameritado tratadista, a través de una *posibilidad u ocasión procesal*; de *cargas*, de *expectativas* de una ventaja procesal; y por supuesto, de *dispensa de cargas*. Y en la medida que el proceso responda científicamente a la adecuada ordenación de los elementos anteriores, es que será justo o injusto el resultado. Merced a esto, en el proceso arbitral médico es de enorme importancia entender que si bien el paciente debe asumir la carga de la prueba de la *mal praxis*, existen rubros que no son de su incumbencia probatoria (aportación de registros médicos; señalamiento de los signos, síndromes y circunstancias observados y explicitación de su razonamiento clínico). Y en este punto se ha dividido la doctrina y aun los tribunales españoles (fuente internacional de referencia), pues se ha discutido si opera una *inversión de la carga de la prueba hacia el médico*. Al respecto, no observamos que pueda tratarse de la pretendida *inversión* todo surge de una obligación de puntual ejercicio de donde se desprende que la carga originaria incumbe al personal médico.
- vi. Y dicho esto, subsisten, sin embargo, dos puntos de la mayor importancia, el estudio procesal de la teoría de *res ipsa loquitur* y

el principio de *in dubio pro médico*, originarios éstos de la teoría de legitimación *jus* sanitaria. Bajo ese tenor, la primera teoría: que enunciada en español reza *los hechos y las cosas hablan por sí mismos*, es que se da origen al sistema lógico procesal del derecho sanitario y en especial del arbitraje médico; en efecto, el *quid del proceso* «que condiciona tanto el *thema probandum* (objeto de prueba) como el *onus probandi* (carga)» se refiere a *diferenciar claramente cuál es la historia natural de la enfermedad* y apreciar si los hechos reclamados fueron producidos por ésta o por el incumplimiento de los deberes médicos. En esos términos, y como afirma el puntual criterio de Achával, el fincamiento de responsabilidad al personal e instituciones sanitarias sólo es dable cuando el efecto adverso reclamado: 1) No sea por accidente, 2) Se deba a cualquier grado de culpa, 3) Se deben excluir los riesgos inherentes al tratamiento, 4) Se deben excluir, asimismo, la acción contribuyente del paciente, sus formas particulares de reacción orgánica ante la enfermedad (idiosincrasias) (*Diccionario Médico Salvar*, 1982: 281).

- vii. Entonces, si después de agotadas las diligencias respectivas y el estudio exhaustivo del caso, ante la duda deberá absolverse al médico (*in dubio pro médico*) en razón a ponderar que *su actuación parte de un principio de buena fe* y no de un *animus necandi o animus laedendi*.

INAPLICABILIDAD DE LA LLAMADA RESPONSABILIDAD OBJETIVA Y LÍMITES DEL LLAMADO *DEBER DE GARANTE*

Un sector, afortunadamente minoritario, ha supuesto que en materia de atención médica es posible hablar de responsabilidad objetiva; es decir, de que el médico pueda responder *aun ante la inexistencia de culpa* (negligencia, impericia o dolo) en razón de suponer que el em-

pleo de los insumos para la salud y en especial la anestesia, pueden ser tenidos como «mecanismos, instrumentos, aparatos o sustancias peligrosas por sí mismas», al tenor de lo señalado en el artículo 1913 del Código Civil Federal y sus correlativos en las legislaciones locales.

Al respecto, se debe aclarar que tal criterio es un evidente sofisma por *petición de principio*, en efecto, y si bien es cierto que todo insumo médico entraña riesgos (posibles reacciones adversas, toxicidad, condicionamiento de labilidad hacia otros padecimientos, etcétera) tales insumos no pueden tenerse por «peligrosos» en sí mismos. En efecto, la *ratio* del citado artículo 1913 se refería esencialmente al uso de explosivos, locomotoras y maquinaria pesada, *mas no a insumos destinados a proteger la salud del paciente*. Suponer los insumos para la salud dentro de los rubros contenidos en el precepto de mérito, sería tanto como ignorar su naturaleza y así también hacer de lado las teorías del riesgo inherente y del doble efecto, y propia la historia natural de la enfermedad que son definitorias del quehacer médico.

Los intentos, especialmente de la doctrina francesa, con Tunc a la cabeza, para incorporar el sistema de responsabilidad objetiva en el quehacer médico, *han tenido un rechazo frontal por la mayoría de la doctrina*, y tal rechazo se sustenta, además de lo ya expuesto, en los siguientes criterios: (Fernández, 2002: 526 y ss)

- a. Se estaría fomentando un claro peligro de despersonalización de la responsabilidad en un ámbito tan absolutamente «personal» como lo es la relación médico-enfermo: no es lo mismo conducir un automóvil por la calle, o una locomotora, que intervenir a una persona doliente en un quirófano.
- b. De aceptarse el sistema de «responsabilidad objetiva» se estaría homologando al mal practicante con el médico estudioso, atento y diligente; y en tal virtud, se trata de una reducción al absurdo.

- c. Se terminaría por atribuir al personal e instituciones médicas una extralógica obligación de subsidiar financieramente a todo paciente; lo que sin duda es igualmente absurdo.
- d. Se transformaría a las obligaciones médicas en obligaciones de resultados; hecho de igual suerte inadmisibile.

Hemos de hacer notar que en el ámbito de la Asociación Iberoamericana de Derecho Sanitario, y merced a los criterios anteriores, se ha estimado, por consenso unánime, *totalmente desautorizada e injusta la inserción de la responsabilidad objetiva hacia el personal médico.*

Por cuanto hace al del llamado *deber de garante* inherente al personal médico, y ante el necesario apego al principio de juridicidad-constitucionalidad (Burgos, 1977), la interpretación no puede ir más allá del parámetro contenido en el artículo cuarto de nuestra constitución, el cual habla del «derecho a la protección de la salud» y no de un supuesto *derecho a la salud*; esto supone obligaciones de cuidado en tanto *favorecer* un mejor estado de salud, mas no de responder *objetivamente* por la salud o la vida. Bajo este parámetro constitucional, y en términos de la lógica de lo razonable, podemos decir con Parménides: «sólo el ser es; la nada no es, no es posible que exista lo que no existe», o dicho en otros términos y como informa el conocido axioma jurídico: «a lo imposible nadie está obligado». Luego entonces, la interpretación extrema que supone un deber de *garante hacia la salud o la vida*, es un sofisma —petición de principio— que parte de la premisa no demostrada de que la medicina es una ciencia exacta; por lo tanto, la cualificación de garante no puede ir más allá de *obligaciones de medios* en términos de la *lex artis ad hoc*. Es decir, el concepto de *garantía* no puede ir más allá de hacer lo debido en los términos que lo permitan las condiciones de modo, tiempo y lugar.

A nuestro juicio, y es necesario señalarlo enfáticamente, no hace falta recurrir a teorías como ésta para obtener la necesaria certeza y

seguridad jurídica de no incurrir en excesos en asuntos de índole médica; en efecto, basta la añeja construcción del memorable Von Liszt, *la doctrina de la acción esperada*, para resolver los complicados problemas que presenta la interpretación del binomio culpa-responsabilidad. Dicho en otros términos, es imprescindible para la cualificación de mala práctica la existencia de *negligencia, impericia o dolo*, pues sin duda ésta no puede ser desde el ángulo jurídico, la acción jurídicamente esperada en la atención médica (Reátegui, 2007). En adición a lo anterior, basta recurrir a probados criterios médico-forenses, y entre ellos a los preconizados por la escuela médico-forense de Florencia y Toscana, que según la autorizada pluma del llorado maestro Mariano Jiménez Huerta (1981: 46): «vinieron a asumir la naturaleza e importancia de una doctrina científica».

Criterios tales como el enunciado de *garante de la salud o la vida*, o el más reciente inserto en la llamada *teoría de pérdida de oportunidades*, ampliamente discutido en el medio español, sólo propician interpretaciones *in malam partem*, las cuales han sido proscritas desde el plano constitucional. En efecto y amén de lo ya dicho, el derecho no puede presentarse como «salvador», a través de discutible «eficientismo» y menos aun cuando en ello concurra el pernicioso populismo legislativo (Reátegui, 2007).

CARACTERIZACIÓN DE LA MALA PRÁCTICA

Es imprescindible, para efectos de nuestro estudio, establecer en qué estriba la mala práctica, pues finalmente el objetivo de las reclamaciones (y el *thema probandi* en los procedimientos respectivos) es determinar si existió o no algún desvío en la atención médica. A dicho propósito, presentamos en apretada síntesis los principales rubros.

Bajo ese tenor, el primer tema de importancia es la *lex artis ad hoc* (que ha trascendido de la jurisprudencia española, hasta convertirse

en el parámetro internacionalmente aceptado) definida por el connotado magistrado don Luis Martínez Calcerrada a título de: «... aquél criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina-ciencia o arte médico que tiene en cuenta las específicas características de su autor, de la profesión, la complejidad del acto y la trascendencia vital para el paciente y, en su caso, la influencia de factores endógenos estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria para calificar dicho acto conforme o no a la técnica normal empleada».

En el derecho mexicano, la *lex artis* ha sido definida en el artículo 2 fracción XIV del Reglamento de procedimientos para la atención de quejas y gestión pericial de Conamed, en los términos siguientes: «El conjunto de reglas para el ejercicio médico contenidas en la literatura universalmente aceptada, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo».

La *lex artis ad hoc*, se integra en México por:

- a. La literatura magistral. La empleada en las instituciones de educación superior para la formación del personal de salud.
- b. La biblio-hemerografía indexada. Es decir, la contenida en publicaciones autorizadas por comités nacionales especializados en indexación y homologación biblio-hemerográfica o instituciones *ad hoc*.
- c. Las publicaciones emitidas por instituciones *ad hoc*, en las cuales se refieran resultados de investigaciones para la salud.
- d. Las publicaciones que demuestren mérito científico y validez estadística.
- e. Los criterios que, en su caso, fije la Secretaría de Salud.
- f. Los criterios interpretativos de la *lex artis ad hoc* emitidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
- g. La Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (que resulta

obligatoria, en términos de los artículos 224 y 258 de la Ley General de Salud).

- h. Los diccionarios de especialidades farmacéuticas debidamente autorizados por la Secretaría de Salud.
- i. Los criterios emitidos por las comisiones *ad hoc* autorizadas por la Secretaría de Salud (comisiones de investigación, ética y bioseguridad; y de igual suerte, los comités internos de trasplantes).

Pareciera, en razón de lo expuesto, que la *lex artis ad hoc* es una suerte de camino feraz, por el cual se puede transitar cómodamente; nada más ajeno a la realidad. En efecto, buscar la norma o estándar de conducta médica entraña un ejercicio conceptual bastante complicado y da origen a los siguientes dilemas: (Casa-Madrid, 2006: 57 y ss y s/f).

- ¿Cómo se ha de discriminar entre la literatura médica el régimen obligacional para el caso concreto?
- ¿Qué fuentes son las idóneas?
- ¿Se es justo con los parámetros valorativos, tanto para el actor como para el demandado?
- ¿Se han superado debidamente los conflictos de interés en la construcción del régimen valorativo en el caso concreto?

Luego entonces, uno de los problemas esenciales estriba en la definición objetiva de los parámetros de evaluación. Al respecto, ese deben tener por ciertos los siguientes elementos:

- a. La regla aplicable.
- b. Su fuente (debe buscarse literatura indexada y de preferencia con estudios de meta-evaluación.)
- c. Las hipótesis bajo las cuales opera.
- d. Las exclusiones y contraindicaciones.
- e. Los riesgos inherentes, y especialmente el uso y costumbre médicos.

f. Los elementos metodológicos demostrativos en juicio.

Entre otros rubros de especial atención, han de ponderarse los siguientes: (Guemes y Casa-Madrid, 2006):

- a. las condiciones en las que se realizó el acto médico;
- b. los factores predisponentes;
- c. cada una de las obligaciones de medios de diagnóstico, así como las de tratamiento y su cumplimiento;
- d. los elementos de la historia natural de la enfermedad;
- e. los medios de prevención;
- f. la referencia en su caso, a otros niveles de atención;
- g. la participación de otros profesionales (interconsultas);
- h. la presentación de efectos adversos (idiosincrásicos, accidentes, etcétera);
- i.) presentación de complicaciones, su manejo;
- j.) la oportunidad en la resolución de los problemas,
- k.) la elección del tratamiento,
- l.) omisiones observadas.

Pero hay más, la integración de *lex artis* depende de la concurrencia de los elementos que se ilustran en el cuadro de la página siguiente (no todos con el mismo peso específico):

Insistimos, un rubro esencial para la cabal interpretación de la *lex artis ad hoc*, es tener por cierta cuál es la regla aplicable. Al respecto, enseña Achával:

...los medios empleados serán comparados con la regla preexistente. Si la regla no es transgredida porque no existe, no hay falta. Si la regla existe, se debe verificar el porqué de la transgresión, el límite de las posibilidades, apreciando el cumplimiento del deber, el uso del medio, y no la comparación de los resultados (1996: 87)

Integración de la *lex artis*

Resultados de investigación	Metodología y aforismos	Disponibilidad de información	Metaevaluación
Ley y orden público	Políticas de salud	Libertad prescriptiva	Autonomía
Recursos disponibles	Entrenamiento	Criterios de comisiones <i>ad hoc</i> .	Criterio judicial

(Casa-Madrid, 2006: 89)

Esta recomendación lógica, frecuentemente se pierde de vista en el estudio médico-forense de casos; de ahí que en no pocas hipótesis se atribuya mala práctica sin ponderar las circunstancias de modo, tiempo y lugar de la atención en concreto; de donde resultan actos de profunda injusticia.

La interpretación de la *lex artis* genera problemas de especial complejidad en los tribunales, los cuales se ven agravados por los siguientes inconvenientes:

- Desconocimiento o falta de idoneidad de los peritos.
- Desconocimiento por las autoridades.
- Alegaciones tendenciosas de las partes.
- Falta de pruebas idóneas.
- Falta de protocolos y metodología *ad hoc* (excepción hecha de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, que en los últimos años ha desarrollado un protocolo generalizable en el ámbito nacional.)

Sin perjuicio de lo expuesto, existen constantes ampliamente

destacadas por la doctrina respecto del contenido de la mal praxis; en esos términos, innegablemente existirá mala práctica al demostrarse en juicio: (p. 15).

- Sometimiento del paciente a riesgo innecesario.
- Agravamiento o muerte del paciente por atención con falta de calidad.
- Presencia de lesiones injustificadas.
- Obtención de remuneraciones fraudulentamente obtenidas.
- Realización de prácticas o suministro de insumos notoriamente inapropiados.
- Sustitución o simulación medicamentosa.
- Presencia de actos de violencia física o moral.
- Incumplimiento de obligaciones de medios, de seguridad y, en su caso, de resultados.
- Realización de actos médicos sin la previa sanción de comisiones y comités, en caso de ser ésta obligatoria (de investigación, de ética, de bioseguridad o del comité interno de trasplantes.)
- Transgresión de normas prohibitivas.

Para Eugenio Cuello Calón (1951: 484) resulta culposa la conducta médica cuando:

- se produce el abandono del paciente;
- se utilizan procedimientos desaconsejables;
- se emplea instrumental no idóneo;
- se observa falta de asepsia;
- se emplean innovaciones sin la adhesión o el consentimiento del paciente.

Garraud señala: «la responsabilidad médica comienza cuando el médico infringe las reglas del buen sentido y de la prudencia».

- La culpa, a juicio de Quintano Ripollés, «presupone una conducta contraria a la diligencia y deber de obrar con cautela y pericia.

- En el medio argentino, Juan H. Sproviero (1998: 113 y s.s) refiere algunas notas de gran interés que suscribimos ampliamente:
- El encuadramiento de la culpa no debe surgir de premisas generales de fatal cumplimiento; han de ser sopesadas todas las pruebas en el caso.
 - No es admisible invocar la imprudencia, negligencia o impericia para fundamentar una resolución «sin hacer mención ordenada de las circunstancias contributivas de la calificación culposa».
 - La evidencia de la culpabilidad debe quedar concluyentemente definida y puede oponerse contra terceros de tal suerte que no sea posible apelar a posturas o defensas que hagan vulnerable la resolución. (Es decir, debe ser objetiva.)
 - La culpa debe valer por sí y ser demostrativa de una conducta objetivamente irregular (Wessels, 1980).

Otra opinión, en el ámbito argentino, la refieren los médicos Lidia Nora Iraola y Hernán Gutiérrez Zaldívar, al señalar: ⁵

Existirá mala praxis en el área de la salud, cuando se provoque un daño en el cuerpo o en la salud de la persona humana, sea este daño parcial o total, limitado en el tiempo o permanente, como consecuencias de un accionar profesional realizado con imprudencia o negligencia, impericia en su profesión o arte de curar o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo con apartamiento de la normativa legal aplicable.

Respecto del ámbito colombiano para Gerstner, siguiendo a Ottolenghi, habrá mala práctica en los siguientes supuestos:

⁵ Apuntes sobre la responsabilidad médica legal y la mala praxis. La presencia en el tema de la Asociación Médica Argentina y sociedades médicas afines. www.mala-praxis.com.ar/

1. Inexperiencia.
2. Indicaciones incorrectas.
3. Errores de técnica.
4. Exámenes insuficientes.
5. Improvisación.
6. Descuido y mala vigilancia del postoperatorio.
7. Falta de escrúpulos.

Por cuanto hace a Costa Rica, Juan Gerardo Ugalde Lobo⁶ destaca diversos elementos generalizables en el mundo occidental. Así refiere entre los rubros que inciden en la génesis del aumento de denuncias para mala práctica médica, los siguientes:

- i. El factor más importante sigue siendo la mala relación médico-paciente. (A su juicio, esta falta de información es probable que sea el detonante en más del noventa por ciento de las denuncias. Sus apreciaciones coinciden con las nuestras respecto al ámbito mexicano.)
- ii. La «mediatización» de la problemática médica.
- iii. Interés económico.
- iv. Masificación de la enseñanza de la medicina.
- v. Mal funcionamiento de un servicio. (Cita entre los rubros observados y a título de ejemplo: infraestructura y equipamientos inadecuados, máquinas en mal estado, falta de especialistas en zonas rurales, así como las que pueden encuadrarse en el mal funcionamiento de un servicio hospitalario.)

En el derecho mexicano, la mala práctica (teoría de la culpa médica) se define en el Código Civil Federal que enuncia, a la letra:

⁶ «Estado actual de la responsabilidad médica en Costa Rica». Comunicación presentada en la I Reunión Iberoamericana del Derecho Sanitario. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Madrid, 18, 19 y 20 de octubre de 2001.

«Artículo 2615.- El que preste servicios profesionales, sólo es responsable, hacia las personas a quienes sirve, por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de las penas que merezca en caso de delito».

Merced a lo anterior, en el derecho mexicano hay culpa al evidenciarse negligencia, impericia o dolo en la atención médica (en el derecho de nuestro país, a diferencia de la mayoría de Iberoamérica, no se reconoce a la imprudencia como fuente autónoma de mala práctica, en razón de asumirse la misma a título de una forma negligente o de impericia temeraria). Tales parámetros se pueden definir *en sentido lato*, como sigue: (Casa-Madrid, 2005).

- La negligencia se integra por la falta al deber de cuidado.
- La impericia como falta de conocimiento.
- El dolo, ante la maquinación o artificio para engañar o dañar. (Esencialmente tiene un propósito defraudatorio, es decir, de índole patrimonial verbigratia cobro excesivo, simulación, etcétera).

Dicho lo anterior, ha menester abordar algunos problemas terminológicos, pues un sector de la literatura especializada ha empleado la expresión *error médico* a título de sinónimo de culpa o mala práctica. Al respecto, es necesario señalar que *no son equivalentes*, pues como señala Alfredo Achával, siguiendo a Jean Penneau: «...la falta es el error de conducta que no habría cometido un individuo colocado en la misma situación objetiva que el autor del daño. Como vemos, el error por sí mismo no es una falta... La transformación del error en falta exige comparar modelos de comportamiento referidos al tiempo y circunstancias en que se produjo la conducta médica imputada. Allí es donde reside —a nuestro modesto juicio— el singular proceso ‘contra los médicos’, ubicar al ‘médico del caso en estudio’ junto a ‘aquel otro médico que una vez...’ aquel que se mueve en el ámbito subjetivo de quien juzga».

Otro problema se refiere a la identificación indebida del término *iatrogenia* con el de culpa. Como señala el propio Achával: «reina en la actualidad la confusión fomentada por los autores, que por lograr un pretendido purismo, no han respetado el concepto de responsabilidad profesional o sus similares...» (1996: 107 y ss).

Bajo ese tenor se ha tomado indebidamente a título de punto de partida la raíz etimológica *iatros* «y desde entonces toda acción médica es *iatrógena*».

Y aquí recordamos a Iván Ilich, en su célebre obra *Némesis médica*, que distingue tres tipos de iatrogenia:

- La iatrogenia clínica.
- La iatrogenia social (excesiva «medicalización», caracterizada por la dependencia irracional de los médicos y los medicamentos, una baja en la tolerancia a las dolencias banales y un gasto exagerado).
- La iatrogenia estructural (ha penetrado la cultura e inducido la aparición de un complejo médico-industrial, de bienes y servicios, y ha creado la ilusión de una existencia que no acepta el dolor, la enfermedad y la muerte como algo natural).

Así, se debe distinguir a la entidad iatrogénica (lesión o enfermedad producida por el médico por su ejercicio profesional correcto y sin culpa; frecuentemente reportada en la literatura a título de riesgo inherente) de las entidades *iatropatogénicas*, es decir, producidas por una omisión o práctica culposa (viciada por negligencia, impericia o dolo) en las cuales existe culpa y es posible fincar responsabilidades.

En cambio, «la iatrogenia —escribe Achával— es el ‘caso fortuito’ de la medicina, es el verdadero accidente, ‘es el que no ha podido preverse, o que previsto, no ha podido evitarse’».

Y aquí valga señalar algo de profundo y dramático interés. No es un hecho aislado observar en los tribunales reclamaciones hacia el

facultativo o las instituciones, por la irreversibilidad de un resultado (negativo por supuesto) o por las complicaciones del tratamiento (pese a no existir mala práctica). Es oportuno mencionar aquí algunos ejemplos magistralmente señalados por Ruy Pérez Tamayo:

El cirujano que decide amputar la pierna de una muchacha de 17 años que tiene un sarcoma osteogénico, sabe muy bien que si su paciente se cura, todo el resto de su vida lo estará maldiciendo porque la condenó a ser coja; el reumatólogo que receta dosis altas de prednisona para tratar una glomerulonefritis lúpica está consciente de que expone a su enferma a un alto riesgo de infecciones oportunistas, que pueden terminar con su vida; el psiquiatra que receta psicoestimulantes a un paciente deprimido lo hace con pleno conocimiento del riesgo inicial de suicidio por agravamiento de la depresión; el hematólogo que usa un cocktail citotóxico para inducir la remisión de una leucemia aguda sabe muy bien que está empujando a su enfermito a una aplasia medular que puede tener graves consecuencias (1994).

En tales hipótesis, no parece ser suficiente a los ojos del paciente, y ante su explicable labilidad vistas sus dramáticas circunstancias, la legitimación por la vía de la doctrina del doble efecto y la teoría del riesgo inherente. En razón de lo anterior, nos enfrentamos a un verdadero problema de salubridad general que ha de ser resuelto en dos vías: la primera, fortalecer el consentimiento bajo información y el apoyo psicológico a los pacientes (aun antes del eventual efecto adverso) y la segunda, avanzar en la investigación para la salud, a fin de controlar, hasta donde sea posible, los efectos adversos; y así también, es imprescindible estar ciertos que no es a través de la vía judicial (inútil en estos casos) en que podrá resolverse este problema.

Para Augusto León C. y Ruy Pérez Tamayo (entre tantos otros citables), es de enorme importancia estudiar las causas de la iatrogenia.

Para el primero son efectos negativos «del avance dramático del conocimiento médico», y sin duda plantean un enorme reto, pues se asocia a la ignorancia, como atinadamente señala Pérez Tamayo (1994), y esto aun cuando no se trate de hechos ilícitos supone «efectos nocivos para el enfermo de su contacto con la medicina». Y según llevamos visto, ha menester trabajar en tales efectos aun antes de que se produzcan, y esto antes de pensar en innecesarias reclamaciones jurídicas. La previsión debe tener un efecto positivo en el paciente, no hemos de olvidar el *desideratum* del quehacer profesional en medicina.

Aclarados estos puntos (de la mayor trascendencia por cierto), y a fin de explicitar el sistema de responsabilidades prevalente en México, ha menester referirnos ahora a las reglas previstas en la legislación civil (Código Civil Federal), en las cuales, a efecto de justipreciar el siempre espinoso asunto de los daños y perjuicios, señalan: «Artículo 2110.- Los daños y perjuicios deben ser consecuencia inmediata y directa de la falta de cumplimiento de la obligación, ya sea que se hayan causado o que necesariamente deban causarse».

Lo anterior supone una necesaria relación de causalidad entre la culpa (negligencia, impericia o dolo) y la afectación patrimonial (daño es la reparación de lo que se perdió en dinero y perjuicio lo que se dejó de ganar.)

Nuestro sistema jurídico, inserto en la jurisprudencia francesa, que según hemos observado asigna al personal de salud esencialmente obligaciones de medios y de seguridad y sólo excepcionalmente de resultados confirma lo anterior, al señalar en el precepto siguiente: «Artículo 2111.- Nadie está obligado al caso fortuito sino cuando ha dado causa contribuido a él, cuando ha aceptado expresamente esa responsabilidad, o cuando la ley se la impone».

Al tenor de los preceptos que hemos glosado, en el derecho mexicano son observables los siguientes principios:

- a. La regla general es que se trata de obligaciones de medios. En este rubro es plebiscitaria la coincidencia doctrinaria, encabezada por Mazeaud y Tunc; Penneau; Savatier; Auby; Pequignot; Pommerol; Bonvicini; Manuel Gitrama González; Carbonnier; Fernández Hierro; De Lorenzo y Montero; Romo Pizarro, Frigieri y, por supuesto, es igualmente nuestro criterio. (Se trata como dijera Mazeaud de obligaciones *de diligencia*) (Fernández, 2002: 37 y Quijano, 2001: 47-48)
- b. La carga de la prueba sobre la mala práctica incumbe al reclamante.
- c. El facultativo, sin embargo, tiene la carga de la prueba respecto de presentar sus notas médicas con arreglo a la ley (al respecto priva un principio esencial del derecho sanitario, *la falta de registros es imputable al personal de salud*.)
- d. Cuando se aduzcan obligaciones de resultados, como afirma Fernández Hierro, «habría de probarse claramente que el médico dio su consentimiento a este tipo de convención antes de admitirla como existente» (2002: 40). En esta hipótesis, la carga de la prueba incumbe al paciente y su representación jurídica.
- e. Tratándose de atención estética se presentan las siguientes hipótesis:
 - «Cuando el médico asume una obligación de resultados y éstos no se logran, existe culpa del facultativo, pues, como afirma Llamas Pombo (1988: 84), o bien el médico garantizó el logro de dicha finalidad, «o bien incurre en una *culpa in contrahendo*, por cuanto que se hace cargo, sin una necesidad perentoria, o sea temerariamente, de una obligación superior a sus fuerzas, y provoca un riesgo o peligro evitable con sólo dejar de operar».
 - Cuando el facultativo no asume tal obligación, subsiste el régimen de obligaciones de medios. Al respecto, Martínez Pereda

- (1977: 345) resalta la diferencia entre lograr el beneficio esperado para el cuerpo del paciente y generar una deformidad, o «se le cause cualquier tipo de lesión o incluso la propia muerte».
- f. Respecto de los análisis clínicos, ha de estimarse la existencia de obligaciones de resultados, pues como indican Fernández Hierro, Pennuau y Llamas Pombo, «ninguna clase de aleas existe».
 - g. En cuanto al régimen de odontología, la regla prevalente informa que se tratan de obligaciones de medios, excepción hecha del suministro y colocación de aparatos protésicos.
 - h. Respecto al régimen de la oftalmología y la optometría (análisis y graduaciones ópticas), se trata de obligaciones de resultados.
 - i. Un rubro altamente debatido ha sido la colocación de un aparato tipo DIU. Al respecto, se puede observar que existen dos tipos de obligaciones: de resultados, en cuanto al suministro del insumo; y de medios, en cuanto a la colocación (en condiciones de seguridad) y el comportamiento del mismo (es decir, no es procedente la reclamación de responsabilidad por el embarazo, pues la literatura especializada refiere un índice (si bien mínimo) de falla.

Expuesto lo anterior, es menester señalar que la mala práctica se integra, según llevamos observado, en las siguientes hipótesis:

- Por hechos ilícitos al contrariar la *lex artis ad hoc*.
- Por omisiones médicas.
- Por violaciones contractuales.
- Por afectación a la dignidad.
- Por ilícitos colaterales a la atención médica.

Luego entonces, será menester probar de entre los citados, cuál fue la hipótesis atribuida al facultativo o institución, en términos de circunstancias de modo, tiempo y lugar.

Expuestos los anteriores principios e hipótesis generales, es oportuno referirnos a los riesgos iatropatogénicos, pues de ellos pudieran

derivarse (ante la negligencia, impericia o dolo) actos de mala práctica. En ese tenor, son riesgos recurrentemente señalados en la literatura, los inherentes a los siguientes rubros:

Riesgos iatropatogénicos

- procedimientos diagnósticos invasivos.
- procedimientos terapéuticos (sondas, catéteres, transfusiones, etcétera).
- medicamentos (errores, interacciones, efectos colaterales)
- cirugía (anestesia, infecciones, hipovolemia, dolor)
- vigilancia.
- infecciones nosocomiales - intrahospitalarias
- caídas
- abuso

Quijano, en el interesante trabajo que hemos acotado a lo largo del presente trabajo, plantea que los daños iatrogénicos podrían ser agrupados en tres tipos:

Daños iatrogénicos

- En el tipo I caben los predecibles o «calculados» por ser inseparables del efecto primario, como los de los medicamentos, la flebitis post-catéter, la infección urinaria leve después de mantener por varios días una sonda vesical.
- El tipo II es la iatrogenia aleatoria o accidental, como la flebitis de las piernas después de la extirpación de un apéndice gangrenado o la gastritis erosiva con hematemesis y melena posterior al uso de antiinflamatorios no esteroides.
- En el tipo III, es el debido a mala práctica (en términos de la nomenclatura aceptada y siguiendo lo que hemos expuesto, correspondería a iatropatogenia.)

Quijano propone que podrían agregarse dos capítulos enteros de iatrogenia: el error en la evaluación del resultado final obtenido

con uno o muchos enfermos, al considerar exitoso un tratamiento que no es tal y el error en la presentación de los métodos y resultados terapéuticos (en la publicación), lo que sería irregular no en relación con enfermos, sino con los profesionales médicos en los que se puede influir. (Es decir, se trataría de falsación de resultados.)

En otro estudio digno de revisión en cuanto a su relevancia sistemática, Pedro Albújar (2004), siguiendo a Andreau de Bennato, alude a la *iatrogenia negativa innecesaria* (comúnmente llamada «iatrogenia» a secas), entendida como *la acción médica ha producido un daño que no tenía por que ocurrir, es consecuencia de ignorancia y es éticamente inadmisibile*.

Expuesto lo anterior, es necesario insistir en que el problema de la mala práctica (y su vinculación a la iatrogenia) reviste ángulos especialmente complejos que por su naturaleza no pueden ser resueltos en el ámbito de las reclamaciones jurídicas y sin duda son parte del precio que ha de pagarse por la evolución de las ciencias médicas. Es por ello que es imprescindible fortalecer los estudios de meta-evaluación y prevenir a través de recomendaciones *ad hoc* el sinnúmero de problemas inherentes al desarrollo médico.

Ciertamente no por ello, es admisible el alejamiento de la *lex artis* médica; pues en tanto injusto, desde el plano ontológico, siempre es meritorio de la sanción de la ley. Sin embargo, no es dable suponer (tal y como plantean sectores poco informados) que la característica es el alejamiento médico y no el espíritu de proteger la salud.

Valgan para concluir las siguientes reflexiones:

La primera de ellas se refiere al llamado *efecto dédalo*, gracias a las interesantes aportaciones de Baruch Blumber. Se recuerda que Dédalo era capaz de generar y resolver problemas y al resolverlos generar problemas nuevos, es decir, un *continuum*. En razón de lo anterior, el ameritado tratadista acuñó el término, para designar algunos hechos que ocurren en el proceso científico. Señala el axioma: «Cuando un

problema se despeja, origina otros y, cuando éstos, a su vez, se resuelven, se generan problemas adicionales».

Esta es una constante del proceso médico que lejos de ser soslayada, debe ser apreciada en sus justos límites, en su real dimensión. Esto no puede ser si se continúa el patológico esquema: no entendimiento del acto médico-reclamación-litigio que ha prevalecido en los últimos años y que al no haber sido abordado en su justa naturaleza: *un problema de salubridad general*, ha desembocado en pronunciamientos populistas, en sentencias injustificadas, en el florecimiento de los perseguidores de ambulancias y en la generación de toda una industria, un nuevo artículo de consumo amadrigado en la neurosis de la posmodernidad.

Bajo ese contexto, el añejo axioma: *La responsabilidad empieza donde las discusiones terminan*, debe originar, hoy más que nunca, certezas y seguridad. Sin duda esto entraña un esfuerzo científico interdisciplinario e innegablemente una labor de buena fe.

BIBLIOGRAFÍA

- Achával, Alfredo (1996), *La responsabilidad civil del médico*. Buenos Aires: Abeledo-Perrot.
- Albujar, Pedro (2004), «Iatrogenia». En la revista *Diagnóstico*, vol. 43, Núm. 5, octubre-diciembre. Perú, www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/oct-dic04/229-232.html
- Burgoa Ignacio (1977), *Las garantías individuales*. México: Porrúa.
- Casa-Madrid Mata, Octavio (2005), *La atención médica y el derecho sanitario*. México: Alfil.
- (2006), «Metodología, lex artis ad hoc y su problematicidad». En Carlos Tena Tamayo y Octavio Casa-Madrid (coords.), *Medicina asertiva, acto médico y derecho sanitario*.
- (s/f), *Ética médica, lex artis ad hoc y derecho sanitario*. México: Alfil. (En prensa).

- Clastre Bozzo, F. Javier (1996), *Negligencia médica, el nuevo código penal y los tratamientos no curativos*. III Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Asociación Española de Derecho Sanitario. Madrid, España.
- Cuello Calón, Eugenio (1951), *Derecho penal*, tomo II. Barcelona: Bosch.
- Diccionario Médico Salvat* (1982) Barcelona: Salvat.
- Fernández Hierro, José Manuel (2002), *Sistema de responsabilidad médica*. Granada: Comares.
- Guemes, Rafael y Octavio Casa-Madrid (2006), «La *lex artis ad hoc* y su apreciación metodológica (el protocolo Conamed)». En Carlos Tena Tamayo y Octavio Casa-Madrid (coords.), *Medicina asertiva, acto médico y derecho sanitario*. México: Alfil.
- Jiménez Huerta, Mariano (1981), *Derecho penal mexicano*, tomo II. México: Porrúa.
- Lovert Delgado, Juan José (1993), «Las reclamaciones judiciales por mala praxis medica». En *Revista Española de Salud Pública* 1135-5727, vol. 67, núm. 4, julio-agosto. www.msc.es
- Llamas Pombo, Eugenio (1988), *La responsabilidad civil del médico, aspectos tradicionales y modernos*. Madrid: Trivium.
- Martínez Pereda, José Manuel (1977), *La cirugía estética y su responsabilidad*. Granada: Comares.
- Maza Martín, José Manuel (1996), *La experiencia judicial en materia de negligencia médica y el nuevo código penal*. III Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Asociación Española de Derecho Sanitario. Madrid, España.
- Oneca, Antón (1986), *Derecho penal*. Barcelona: Akal.
- Pérez Tamayo, Ruy (coord.) (1994), *Iatrogenia*. México: El Colegio Nacional.
- Reátegui Sánchez, James, «Aspectos histórico-dogmáticos, político-criminales y de derecho positivo en el ámbito de los delitos impro-

- pios de omisión». www.carlosparma.com.ar Visible en la siguiente dirección: <http://www.carlosparma.com.ar> (consultada el 6 de diciembre de 2007).
- Romeo Casabona, Carlos María (1981), *El médico y el derecho penal*, tomo I. Barcelona: Bosch.
- Sproviero, Juan H. (1998), *Mala praxis*. Buenos Aires: Abeledo-Perrot.
- Wessels, Johannes (1980), *Derecho penal*. Buenos Aires: Depalma.

COMENTARIOS A LOS ARTÍCULOS ANTERIORES
Y REFLEXIONES PERSONALES
SOBRE LA ATENCIÓN A LA SALUD,
¿CONFLUENCIA ENTRE LA CIENCIA MÉDICA,
LA ÉTICA Y EL DERECHO?

José Torres Mejía

Sobre la conceptualización y fundamentación del derecho sanitario, Rubén Portillo Mijangos lo plantea como un proceso multiparticipativo. Nos ilustra sobre la conceptualización e historial de donde se derivan los orígenes y necesidad de su actualización, ahora tarea obligada del surgimiento de conflictos y aparición de la desconfianza de los usuarios que reciben la atención médica. La existencia de demandas de mala práctica que desemboca en juicios legales, cada vez más frecuentes y que han originado la aparición de la *medicina defensiva*, dentro de un ambiente de conflictos del médico y del paciente, auspiciado por compañías aseguradoras de ambas instancias, en aras de beneficio propio de la problemática que en la mayoría de las ocasiones llega a ser infundada. Complementa su participación Portillo Mijangos con una disertación sobre los conceptos del derecho sanitario dentro de la legislación mexicana, enmarcados en el acto médico y sus contenidos jurídicos, científicos y éticos.

COMENTARIOS AL TEMA:

LA BIOÉTICA Y EL DERECHO SANITARIO

En este apartado, el doctor Manuel Ortega González hace planteamien-

José Torres Mejía. Director operativo de la Comisión Nacional Mexicana de Bioética.

tos sobre la conjunción de la bioética y el derecho, donde se determinan como objetivos comunes «enfrentarse a los cambios producidos por los avances en la ciencia y la tecnología». Se mencionan los riesgos a que estamos expuestos, como es la ingeniería genética, que pudiera llevar al peligro de buscar la eugenesia; también se hace la revisión de documentos reglamentarios de la atención médica, mencionándolos como reglas de derecho; entre ellos los códigos que han existido y persistido hasta la actualidad, como el juramento hipocrático. Este autor también abundó sobre la relación de los ámbitos jurídicos y la reflexión moral, que son diferentes por la ascendencia social, pero que deben ser complementarios. Asimismo, resalta la importancia de reglamentar la investigación biomédica, para no caer en excesos, donde es necesaria la intervención del legislador reglamentando conductas y procedimientos. Se resalta también la importancia de la creación de comités de bioética en las unidades de salud, con la participación de personas capacitadas en distintas disciplinas, para la promoción y aplicación de los principios de la bioética. Se recomienda la observación y aplicación de principios bioéticos, si llegaran a contraponerse con lo médico-clínico. Si bien Ortega González hace consideraciones de la importancia de conjuntar lineamientos en la aplicación del derecho sanitario y la bioética, sus apreciaciones llevan a la concientización de que más que plantear dudas, se debe pensar en interrelacionar sus acciones en aras de mejorar la práctica profesional de atención a la salud.

COMENTARIOS AL TEMA:

LA RESPONSABILIDAD LEGAL DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

Como aportación al tema general propuesto por la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (Camejal), el licenciado Octavio Casa-Madrid Mata presenta, en resumen, sus reflexiones contenidas en el documento que tituló «La teoría de la culpa médica y el estudio siste-

mático de la responsabilidad en el derecho sanitario», documento elaborado para esta participación y del cual cede los derechos de autor a la Camejal. En este extraordinario material se hace una explicación general de la teoría de la culpa médica, que implica la responsabilidad dentro del derecho sanitario; determina el quehacer médico y estipula como premisa que el médico no tiene la obligación de curar al paciente, pero sí está obligado a aplicar lo mejor de sus conocimientos, dentro de los valores morales de su profesión. Plantea que existen casos de culpa médica involuntaria, a lo que comenta que en todas las actividades pueden surgir inconvenientes, no previstos o bien desconocidos previamente y aduce que «sólo el que no hace nada, no se equivoca». Agrega, por otra parte, que también se cataloga la culpa médica dolosa, que sí debe ser sancionada, y que ésta surge por usurpación de funciones; por ejemplo, cuando existe usurpación de profesiones o bien por médicos que ejercen alguna especialidad en la que no están debidamente capacitados. Expresa que es criticable la impugnación al trabajo del médico como «moda», donde se buscan indemnizaciones monetarias la mayor parte de forma injusta; se afirma que el derecho sanitario contiene principios válidos, por su justicia e imparcialidad. Cabe mencionar que nos congratulamos por tan valiosa aportación de este documento que debe ser de revisión obligada de las personas interesadas en mejorar cada vez más la relación médico-paciente y prevenir el conflicto en la práctica profesional de atención a la salud.

LA ATENCIÓN A LA SALUD:

¿CONFLUENCIA ENTRE LA CIENCIA, LA ÉTICA Y EL DERECHO?

Reflexiones personales

Entendemos la atención a la salud como un conjunto de elementos dedicados al cuidado del bienestar biofísico y mental de las personas, definición de salud consensada por la Organización Mundial de la

Salud, y la atención circunscrita a tres ámbitos: a) la prevención, b) la restauración y c) la rehabilitación.

Este esquema tradicional se percibe como un todo, donde en cada apartado no debería haber duda del quehacer que le corresponde. Sin embargo, esta percepción no es suficiente para la atención a la salud en nuestros días, ya que intervienen en forma indistinta diferentes actores del equipo de salud, como son los médicos de diversas especialidades y subespecialidades, psicoterapeutas, personal de enfermería, terapeutas técnicos para estudios de diagnóstico y gabinete, trabajadores sociales, entre otros.

A este esquema es necesario agregar la investigación biomédica, donde además la intervención de profesionistas y técnicos va más allá del personal médico y paramédico, ya que se requiere la aportación de diversas disciplinas científicas y tecnológicas; según los estudios que se realicen, se debe agregar la participación de la industria que solventa las investigaciones. La investigación se realiza en los tres ámbitos mencionados de la atención médica, en prevención, restauración y rehabilitación de la salud. En cada uno de ellos, se generan actualidades como en la prevención para la creación de vacunas, conocimiento de elementos nocivos que afectan a la salud y sus formas para evitarlas, procedimientos para el diagnóstico oportuno de enfermedades, etcétera; para la restauración, la gama de estudios es muy variada, ya que incluye la generación de medicamentos, técnicas quirúrgicas, implantes de órganos y tejidos, trasplantes, entre otras; y en la rehabilitación, que es muy importante para incorporar a las personas a su vida activa mediante la aplicación de tratamientos con técnicas innovadoras.

Estas primeras apreciaciones ayudan a tratar de responder al cuestionamiento que se hace: ¿Confluencia entre la ciencia médica, la ética y el derecho?

Si consideramos esta triada como componente para proporcionar una atención a la salud, que sea oportuna, suficiente y satisfactoria, pudiéramos decir que es la integración que no dejaría dudas de que así fuera, que es lo ideal. Sin embargo, estas ciencias, la médica, la ética y el derecho, cada una tiene sus propósitos, métodos y principios, que en ocasiones no son los mismos y entonces surge el conflicto, como es el caso de la atención a la salud.

La ciencia médica procura siempre mejorar sus procedimientos y busca nuevas alternativas de resolución a los problemas de la salud y como preservarla, llegando a extremos controversiales de ocasionar iatrogenias no deseadas, como es el caso de la cirugía experimental, que implica riesgos a las personas que se les aplica en el plano de la investigación, mismo caso es la administración de medicamentos de investigación terapéutica. Para minimizar los riesgos y daños que se pudieran ocasionar, es necesario tener en cuenta la responsabilidad de quienes realizan las investigaciones y de quienes aplican los tratamientos.

Por consiguiente, en la ciencia médica es necesaria la concurrencia de la ética y el derecho, de las que provienen los valores y principios para crear conciencia de responsabilidad y respeto a la dignidad humana.

Con el advenimiento de la bioética a principios de los años setenta, se reavivan los valores de la ética y se promueve la revisión del marco jurídico que reglamente la atención e investigación a la salud, entendido de manera general como el derecho sanitario, que se comprende en la legislación civil y en la Ley General de Salud.

A la ética general le corresponde crear conciencia en los médicos, para que los nuevos conocimientos científicos se apliquen con mesura y razonamiento, buscando el bienestar individual y de la sociedad en general.

No podemos pensar en la atención a la salud, sin la confluencia

entre la ciencia médica, la ética y el derecho sanitario, estos dos últimos en una visión orientadora del buen juicio de los prestadores de los servicios de salud. Si bien el avance no es al unísono, no es paralelo, llega a ser desigual, lo que no se debe interpretar como *conflicto*, sino que deben complementarse en su avance igualitario, a través de la concepción de esta triada para obtener la calidad en la prestación de los servicios de salud.

En el país, considerando la necesidad de establecer un organismo encargado del estudio y difusión de la bioética, se creó en 1992 la Comisión Nacional de Bioética, que actualmente es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, que tiene por objeto promover el estudio y observancia de valores y principios éticos para el ejercicio tanto de la atención médica como de la investigación en salud. Como órgano rector en bioética, esta comisión desarrolla acciones de confluencia con la ciencia médica y el derecho sanitario, como es el hecho de promover y en su caso de analizar las iniciativas de ley, tanto para la Ley General de Salud como para la legislación en general.

A manera de conclusión, podemos decir que en el campo de la atención médica y de la investigación científica del área de la salud, los *seres humanos* representan uno de los principales sujetos de estudio y resulta imprescindible *preservar* sus derechos, que es indispensable para el avance de los conocimientos científicos y tecnológicos, mismos que representan el cimiento para la generación e implementación de acciones y estrategias orientadas a atender y satisfacer las necesidades y demandas que en el renglón de la salud enfrenta la sociedad en general. Crear una cultura bioética significa incluir la cultura ética en la medicina asistencial, fomentar una actitud responsable por parte de los profesionales, para considerar las consecuencias de sus acciones y decisiones, así como el interés y compromiso por respetar la dignidad, la autonomía y los derechos de las personas.

RESPUESTAS A PREGUNTAS CLAVE

Manuel Ortega

PREGUNTA 1. Si ya una vez emitido el laudo, no se ejecuta el resultado del mismo, ¿tiene validez ante las instancias judiciales?

RESPUESTA: de manera muy general se debe señalar que hay dos formas para cumplimentar un laudo emitido por una Comisión de Arbitraje Médico, esto es:

I. De manera voluntaria por parte del prestador de servicios médicos —suponiendo que éste haya resultado con responsabilidad en el laudo—, supuesto en el cual se da cumplimiento ante la comisión que haya conocido del proceso arbitral, la comisión hace constar dicha situación y declara totalmente concluido el expediente de queja.

II. De manera obligatoria —cuando no se quiere cumplir de manera voluntaria con el resultado del laudo— a través de la vía civil, es decir, en la vía jurisdiccional, promoviendo un juicio ejecutivo ante el juzgado civil que resulte competente.

Por lo cual y como ya se asentó, por supuesto que tiene validez ante las instancias judiciales.

P 2. Si un paciente requiere un tratamiento para no llegar a la mutilación dental, y no se lo puedo proporcionar, ¿por qué la institución no lo solventa? ¿Yo soy demandada, qué debo hacer o en qué incurro yo?

R: por el tipo de pregunta supongo que se trata de un médico odontólogo, que trabaja en una institución pública, y que el servicio que requiere el paciente es de una especialidad que no tiene la institución. Bien, usted tiene la obligación de informarle al paciente cuál es su problema y cuál es el mejor tratamiento para su padecimiento (información suficiente, clara, oportuna y veraz), explicarle lo que usted y la institución le pueden ofrecer, y el paciente debe decidir libremente cuál tratamiento se debe llevar a cabo. Si el paciente decide por el tratamiento que usted no puede atender por la necesidad de la intervención de un especialista, es la institución (autoridad) quien tiene la responsabilidad de resolverle el problema al paciente, y usted de esta forma no tiene ninguna responsabilidad profesional en caso de ser demandado. Todo esto lo debe de comprobar con todas sus anotaciones necesarias en el expediente clínico (valoración, diagnóstico, estudios, justificaciones de la intervención del especialista, etcétera).

P 3. El buen juez por su casa empieza... ¿por qué no se aplican las normas de salubridad en los centros de salud que pertenecen a salubridad? y ¿por qué no los obligan a cumplirlas?

R: De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 4o. de la Ley General de Salud, son autoridades sanitarias indistintamente: I. El presidente de la república II.- El Consejo de Salubridad General; III.- La Secretaría de Salud; y IV.- Los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el del Departamento del Distrito Federal.

Esto conlleva a que dependiendo de las circunstancias de modo, tiempo y lugar, cualquiera de las autoridades sanitarias señaladas con antelación, en un momento dado pudiesen ejercer sus atribuciones como reguladores sanitarios en los centros de salud de la Secretaría de Salud de que se trate —de nivel federal o estatal—, por lo cual se trata de una cuestión de facto —hecho— el que no se cumplan en los

centros de salud con la normas oficiales que regulan la prestación de servicios médicos, así como la atención médica, debe ser igualmente sancionado, porque de derecho no existe impedimento alguno para que la propia Secretaría de Salud pueda ser obligada a cumplir con la normatividad vigente en la materia.

P 4. ¿Qué pasa con las obligaciones de los cirujanos plásticos, cuando ellos mismos se obligan a dar resultados? ¿Qué pasa en estos casos con la culpa?

R: Si algún cirujano plástico se obliga a dar resultados, definitivamente tiene que cumplir con lo que se obligó, y de no ser posible su cumplimiento, la legislación civil mexicana lo obligaría al pago de la reparación del incumplimiento (daño) y, en su caso, si se lograra acreditar, también al pago de perjuicios. El médico siempre tiene obligaciones de medios, mas no de resultados, solamente cuando el propio médico ofrece y garantiza el resultado está obligado a conseguirlos, es decir, el propio médico cambia las obligaciones de medios a obligaciones de resultados.

P 5. ¿Adónde podemos enviar las sugerencias para legislar también en defensa del médico?

R: En las constituciones políticas de cada uno de los estados que conforman la república mexicana, generalmente se encuentra plasmado el derecho de los ciudadanos de los estados a presentar iniciativas de leyes, esto por supuesto con los requisitos que se enuncian en las propias constituciones y a través de los congresos de los estados. Por tanto, se sugiere enviar en el caso particular a la Comisión de Salud del Congreso del Estado de Jalisco las iniciativas de ley que se consideren pueden beneficiar el ejercicio de la práctica médica en ese ámbito territorial.

De igual manera, se considera que las asociaciones y colegios médicos son importantísimos foros para proponer, analizar, discutir y enviar a través de su conducto iniciativas de leyes a los congresos de los estados.

P 6. No es falta de conocimiento de nuestros legisladores, pues tienen asesores, es la primordialidad de intereses partidistas.

R: Respecto a la legislación de la bioética y el derecho sanitario, es una realidad que ni los legisladores ni los mismo asesores (que la mayoría de ellos tienen) tienen la preparación y los conocimientos suficientes para crear y reformar las leyes necesarias (sobre todo cuando éstas son consecuencia del desarrollo tecnológico en donde se ven involucrados juicios o valores morales y que afectan de una u otra forma la salud del ser humano). Si a esto se le añade que en nuestro país existen o están involucrados diferentes intereses partidistas, vemos que con mucha frecuencia se adquieren posturas demagógicas que complican y retardan más los consensos que se requieren, dificultando el proceso legislativo.

P 7. Considerando rápidos los cambios culturales, educativos, científicos, tecnológicos, etcétera, no podrían considerarse hoy día obsoletos y anticuados el Derecho Sanitario de 1973 y la Ley General de Salud de los años ochenta².

R: En primer término, habría que decir que todo cuerpo normativo tiene que ir acorde con la realidad cambiante so pena de quedar obsoleto, sin embargo, se considera que a la Ley General de Salud vigente —1984— se le han ido efectuando las reformas que los tiempos han requerido, sin querer decir o pretender que sea una norma perfecta, ya que no existen normas perfectas sino perfectibles. En realidad, en muchos de los casos hace falta en el país la aplicación

de la ley, porque de nada sirve tener una norma perfecta si no se va a aplicar.

Ahora bien, en donde se considera que no se ha legislado lo suficiente —por no usar otro apelativo—, es en el rubro de establecer un código de bioética, ya que a pesar de que ha habido muy buenos proyectos por hacerlo, todo se ha quedado en proyectos, y es importante contar con dicho cuerpo normativo.

P 8. ¿Puedo impugnar a un perito médico legal sobre el acto médico por no ser experto en el mismo?

R: Técnicamente es posible, ya que por regla general los peritos deben tener título en la ciencia, técnica o arte al que pertenezca el punto sobre el cual ha de oírse su parecer —máxime en cuanto al acto médico que eminentemente es una ciencia—. De no tener un título en la materia, no podríamos hablar que es un experto en cuanto al acto médico y esto sería una causa fundada para impugnar su dictamen y descalificar su opinión como valor probatorio para el juzgador en el momento que éste emitiera su resolución.

P 9. ¿Cómo es que si el demandado pagó daño civil, debe pagar daño moral, por qué doble condena? Se acepta que es anticonstitucional pero legalmente se hace y se demanda por daño físico y moral. ¿Qué hacer como médico demandado para evitar esto?

R: Si se ha producido un daño —en el caso particular de un paciente o usuario de servicios médicos por parte de un prestador de servicios de salud—, un principio general de derecho establece que todo aquel que cause un daño a otro tiene obligación de repararlo. Bajo dicho contexto, el concepto de daño está relacionado con el de perjuicio: todo daño —deterioro, destrucción, sufrimiento— provoca un perjuicio, es decir, una pérdida patrimonial.

En la legislación de nuestro país existe la figura de la responsabilidad civil —obligación de indemnizar los daños y perjuicios causados— en el caso particular de la prestación de servicios médicos, por lo cual y de darse dicho supuesto, la actuación médica se ha efectuado sin la intención de dañar, pero se ha producido un daño en perjuicio de otro, que da lugar a una indemnización por responsabilidad civil, pero nunca debe darse la figura de la responsabilidad penal.

¿Qué debe indemnizarse? Las legislaciones, la doctrina y la jurisprudencia son unánimes en el sentido de que la indemnización debe comprender el «daño emergente» y el «lucro cesante». Se denomina daño emergente a la pérdida efectivamente sufrida, evaluable con toda certeza; se llama «lucro cesante» a la ganancia que se dejó de obtener a causa del evento dañoso y que hubiere sido percibida, dentro de un cálculo razonable de probabilidades. Por ejemplo, el médico que incurre en mala práctica médica comprobada, en perjuicio de un futbolista con contrato vigente, debe resarcir el daño (daño emergente) —si esto es posible— y la pérdida de ganancia que deja de percibir el futbolista por el incumplimiento de su contrato (lucro cesante).

Por otra parte, entrar al rubro de la indemnización por daño moral es muy complejo, ya que el daño moral es la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, en su consideración social o laboral a causa del hecho dañoso. Hipótesis muy difícil de demostrar en la práctica médica, pero que de hacerlo, por supuesto que tendría que indemnizarse y en ningún momento se estaría en el supuesto de una doble condena, sino de una indemnización en términos de nuestra legislación civil vigente.

P 10. ¿Por qué si el médico, aunque cobra la consulta, diagnóstica y no le atina a curar, el paciente no le reclama y busca a otro?

R: Quiero entender con esta pregunta por qué el paciente no le reclama al médico por no haberlo curado, y bueno, el médico tiene la obligación de poner al servicio de sus pacientes todos los conocimientos y pericias a su alcance (obligaciones de medio y que son siempre exigibles), pero no tiene la obligación de conseguir siempre buenos resultados, es decir, de curar siempre a sus pacientes. Sabemos que existe una serie de condiciones (variabilidad biológica) que el médico no puede conocer ni prevenir, y por lo tanto, no tiene la certeza del resultado final. La obligación del médico de obtener buenos resultados es cuando el mismo médico ofrece el buen resultado (obligaciones de resultados), es decir, el propio médico cambia sus obligaciones de medio a obligaciones de resultados. Por último, en la parte final de la pregunta, dice: «buscar a otro», al respecto, el paciente tiene todo el derecho de buscar una segunda opinión, o las que sean necesarias para su satisfacción, como lo señala el numeral 7 de la Carta de los Derechos Generales de las y los Pacientes.

P 11. Qué responsabilidad o culpa se puede atribuir a la Secretaría de Salud, al no supervisar constantemente los centros contra las adicciones que operan sin cumplir con la norma 028 y los derechos universales de las personas usuarias de dichos centros.

R: Como se dijo en la respuesta a la pregunta número 3, la Secretaría de Salud es una de las autoridades sanitarias que existen en México, y al tener tal carácter y no cumplir con las atribuciones que le son conferidas en la materia, en primer lugar, tiene una responsabilidad de carácter administrativo y posiblemente —en su caso— responsabilidad de carácter penal, pero para poder determinar perfectamente el tipo de responsabilidad que pudiese llegar a tener, primero se tendría que ver un caso concreto con todas sus circunstancias de modo, tiempo, lugar y personas involucradas.

P 12. ¿Es recomendable la contratación de un seguro para protección de demandas? ¿O la contratación de seguros incita al paciente a demandar por cualquier tratamiento?

R: Sí se recomienda la contratación de un seguro, siempre y cuando se trate de un seguro que cubra la responsabilidad civil, que en su caso pudiera llegar a tener un profesional de la salud, ya que dicho seguro en su caso lo ampara —dependiendo de la suma asegurada— para cubrir indemnizaciones por daños y perjuicios.

También existen seguros de asistencia y asesoría legal, que no se recomienda contratar, ya que sólo cubren en general los rubros de asistencia legal, pero no los de la responsabilidad civil.

P 13. ¿El arbitraje médico a quién apoya? ¿Al paciente o al dentista, si los dos tienen sus razones y ninguno quiere perder?

R: El arbitraje médico no apoya ni al profesional de la salud ni al paciente, sino que a través de su arbitraje se pretende conocer la verdad de lo que ocurrió durante la atención médica u odontológica (mediante la evaluación por pares, es decir, por especialistas en la materia en discusión). Con ello se emite un laudo, que es la resolución definitiva al problema, ya sea a favor del profesional de la salud, donde se demuestra que no existe mala práctica o responsabilidad profesional, o a favor del paciente, donde se demuestra que sí existe mala práctica o responsabilidad profesional.

P 14. ¿Cómo afrontar a Derechos Humanos si está contra el médico?

R: Por regla general, las atribuciones de las comisiones de derechos humanos en nuestro país se reducen a proteger los derechos fundamentales de todos los seres humanos; en el caso particular, velar o ser el órgano garante por medio del cual se cumpla con el derecho a la protección de la salud de los habitantes de este país. No se puede

decir que la comisión esté en contra del médico, porque finalmente los médicos también están en su caso protegidos por dichas comisiones. Generalmente sucede que en el caso de los médicos que prestan sus servicios a nivel institucional, continuamente son requeridos o sujetos a procedimientos por parte del ombudsman, esto por presuntas deficiencias en la prestación de servicios médicos. Sin embargo, en muchos de los casos ni siquiera se refiere a la atención médica, sino a deficiencias de las instituciones públicas que prestan servicios médicos en nuestro país, y que por regla general se deben a carencias de tipo presupuestal, insumos, personal y saturación de los servicios médicos.

La parte medular para afrontar los requerimientos de las comisiones de derechos humanos es apegarse a lo establecido en la Ley General de Salud en cuanto a la atención médica, y observar las distintas normas oficiales mexicanas con que deben cumplir los profesionales de la salud, ya que si cumple con lo anterior y existen otro tipo de deficiencias a nivel institucional, no son, en todo caso responsabilidad del médico, sino de la institución.

P 15. ¿Cuál es el punto medular que separa el derecho sanitario de las otras ramas del derecho? Me pueden dar un ejemplo respecto a qué circunstancias de hecho y/o actos jurídicos regula el derecho sanitario?

R: Desde el punto de vista sistemático, una disciplina jurídica adquiere autonomía o se separa de las otras ramas del derecho al reunir tres elementos:

- a) una metodología propia,
- b) un cuerpo de doctrina especial,
- c) y una legislación suficiente y sistemática.

Tal es el caso del derecho sanitario, que cuenta con los tres elementos. Al derecho sanitario corresponde desentrañar la naturaleza y

los alcances de los diversos actos jurídicos inherentes a la atención a la salud en los rubros siguientes:

- acto médico,
- acto sanitario,
- acto de asistencia social,
- legitimación del acto biomédico,
- consentimiento bajo información,
- legitimación de los programas públicos,
- la disposición del cuerpo humano,
- el contencioso sanitario,
- la responsabilidad sanitaria.

P 16. ¿Existe en México el estudio de la especialidad del derecho médico, impartida como tal en alguna universidad o facultad de derecho en el país?

R: Desafortunadamente en México a la fecha aún no existe ninguna maestría o estudio de postgrado que aborde el derecho médico o derecho sanitario; los españoles, argentinos y chilenos, a la fecha ya lo manejan a nivel de postgrado. Sin embargo, se tiene entendido que la Universidad Anáhuac del Sur en la Ciudad de México ha efectuado algunos diplomados en los cuales se ha abordado el derecho sanitario.

Es importante destacar que algunas universidades están empezando a contemplar dentro de su currícula la materia de derecho médico o derecho sanitario o alguna materia en la que se vea la introducción al derecho en la prestación de servicios de atención médica.

P 17. ¿Qué libro o fuente bibliográfica nos pueden recomendar, que trate esta rama especial del derecho en México?

R: Algunos de los textos que se pueden consultar son los siguientes:

- Arellano González, Martha (2005), *Manual ético-legal de la práctica médica*. México: Alfil.
- Casa-Madrid Mata, Octavio (2005), *La atención médica y el derecho sanitario*. México: Alfil.
- Ramírez López, Alejandro José (2003), *Derecho a la salud*. México: Sista.
- Soberón Acevedo, Guillermo (1983), *Derecho constitucional a la protección a la salud*. México: Porrúa.
- Tena Tamayo, Carlos y Octavio Casa-Madrid (coords.) (2006), *Medicina asertiva, acto médico y derecho sanitario*. México: Alfil.

CAPÍTULO III

EL MANEJO DEL CONFLICTO MÉDICO-PACIENTE EN EUROPA

INTRODUCCIÓN

Guillermo Suro Cedano

Una de las principales características del mundo de este nuevo siglo es su estrechamiento y la disipación de sus fronteras. Los modernos sistemas de comunicación nos permite vivir en tiempo real lo que sucede en las más remotas latitudes, sin que para ello tengamos que hacer un esfuerzo mayor que encender nuestros equipos electrónicos y pagar la suscripción o cuota correspondiente.

En el campo de la medicina, conocemos sus avances, que se dan a conocer todos los días, generando mayores perspectivas de nuevas tecnologías que permiten afrontar patologías que anteriormente pocas oportunidades concedían a los afectados.

Pero si bien los avances de la tecnología médica permiten nuevos tratamientos, también nos enfrentamos como una conclusión casi inevitable, que el médico se preocupa más por el aprendizaje y adiestramiento en el uso de la moderna tecnología que en la atención integral del paciente, lo que da lugar al enfriamiento de la relación con éste. El paciente con toda la información a su alcance como nunca antes, se convierte en un «experto» en el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, reclamando del médico mejores niveles de atención y la utilización de las nuevas tecnologías, como si ellas por sí mismas fueran la panacea para resolver los problemas patológicos.

En este entorno advertimos que el enfriamiento de la relación médico paciente da lugar a conflictos legales costosos y desgastantes para ambos, y advertimos la necesidad de conocer los diferentes criterios de solución a los mismos en las más diversas regiones y culturas del mundo.

Por ello, es muy importante conocer la experiencia que se presenta en este capítulo sobre la forma de resolver el conflicto médico paciente en Europa, desglosado magistralmente por el doctor en derecho Juan Siso Martín, experto español muy destacado internacionalmente en este campo y cuyos conceptos y experiencias seguramente nos serán de gran utilidad para dimensionar nuestra situación doméstica, aprovechando los precedentes que a la luz del derecho comparado pudieran darnos la pauta para encontrar soluciones a los conflictos que en este campo se llegan a presentar en nuestro país. Sin embargo, se debe entender que no todas las soluciones externas podrán ser aplicables en nuestra realidad social, económica y jurídica.

LA RESOLUCIÓN DEL CONFLICTO MÉDICO-PACIENTE EN EUROPA

Juan Siso Martín

EL CONFLICTO MÉDICO-PACIENTE. PLANTEAMIENTO PREVIO

La exigencia de conflicto ocasional por la prestación asistencial, respecto del conjunto de los profesionales sanitarios, es una constante histórica. El motivo no es otro que la grave trascendencia de su quehacer, al actuar sobre nuestros bienes más preciados: la salud y la vida. Este asunto es uno de los más relevantes en el campo del derecho médico en razón de la frecuencia de sus actuaciones (millones de actos clínicos diarios) y a la creciente repercusión económica de las indemnizaciones.

Otra peculiaridad importante, en materia de responsabilidad sanitaria, es la constante presencia del riesgo en la actividad que sirve de causa a la misma. En cualquier otra actividad pública, la presencia del riesgo es ocasional (descarrilamiento de un tren, hundimiento de un edificio e incluso un posible exceso en la actuación de las fuerzas de seguridad), mientras que en la práctica asistencial acompaña a cada decisión y a cada acto, con la connotación antes expresada de que, además, recae sobre nuestros bienes más queridos.

Todas estas cuestiones se analizan con criterios de una disciplina en constante expansión y que no es otra que el derecho médico. Por

Juan Siso Martín. Subdirector general de la Consejería de Sanidad y Consumo,
Organismo Defensor del Paciente en España

ello, la acción de cuantos profesionales actúan en este medio se refiere a la actividad asistencial, nuclear y esencial, y por ello el análisis de responsabilidad ha de ir referido de primera mano a ella, precisamente. Se hace necesario para todos los profesionales conocer los elementos jurídicos que sustentan su actividad y las bases legales de la profesión, las «reglas del juego» en definitiva.

El escenario sanitario ha cambiado de forma notoria en los últimos tiempos. Hemos pasado del enfermo asistido por su médico de cabecera, al paciente tratado en un hospital altamente tecnificado; del moribundo en su lecho al enfermo conectado en una UCI a medios artificiales de supervivencia (hasta más allá, muchas veces, de donde el propio enfermo y su dignidad hubieran deseado). El público asiste atónito al hecho de que la ingeniería genética pueda introducir correcciones a la naturaleza, o a que se hagan regates a la propia muerte en el concreto terreno de los trasplantes. La muerte se considera como un fracaso (cada vez es menos frecuente oír respecto de un enfermo el calificativo de «desahuciado») y no obtener una curación se estima sinónimo de descuido o desatención. Todo ello conduce a una exigencia permanente de resultados hacia una medicina despersonalizada, por parte de un paciente que ya no deja sitio a la fatalidad o a la resignación, y que reclama a una administración sin rostro.

El incremento de las reclamaciones por supuestos daños sanitarios es un hecho evidente que puede ser atribuido a diversas razones de índole médica (medios terapéuticos de mayor peligrosidad, por ejemplo), o a argumentos de naturaleza legal (jugosas expectativas económicas de las indemnizaciones o una interpretación objetiva de la exigencia de la responsabilidad).

Esta exigencia de responsabilidad no ha sido, sin embargo, una constante histórica dirigida a la administración sanitaria como sujeto responsable del daño al ciudadano. En un principio, la administra-

ción ni siquiera respondía por los daños que causaba a través de sus empleados, ya que imperaba el principio de irresponsabilidad, bajo el criterio de que el rey (el Estado personificado, en definitiva) no podía equivocarse. Más adelante se admitieron algunos supuestos de culpa indemnizable, atribuyendo su repercusión económica al empleado público y no a la administración pública de la que dependía aquél. Un poco más adelante se admitió, por fin, la responsabilidad de la administración, pero bajo la forma de subsidiaria, es decir, cuando un empleado suyo, declarado responsable de un daño, resultase insolvente. En la actualidad, la situación es la de considerar la responsabilidad directa de la administración; es decir, que el particular perjudicado se dirige contra ella y ésta está obligada a responder en primer término, con independencia de la solvencia o insolvencia de su empleado declarado responsable del daño.

UNA DISTINCIÓN ESENCIAL

En los Estados Unidos se dice que acaecen todos los años entre 44 mil y 98 mil muertes debidas a errores médicos. Errar es humano (decía San Agustín), pero ¿cómo es posible tanto error? La explicación es conceptual: allí se considera fallecimiento por error médico no sólo al ocasionado por error, diagnóstico terapéutico o debido a negligencia o impericia, sino también a aquel que se deriva de la fatalidad o de la no obtención de unas expectativas terapéuticas de una medicina que se cree omnipotente.

Se parte de la falsa ecuación: actuación médica = curación, a la que se añade: no curación = indemnización. Esta interpretación del ejercicio de la medicina como obligación de resultados ha penetrado nuestra cultura y conduce a una lamentable visión de culpabilidad del ejercicio de la práctica asistencial, que como reacción produce conductas abstencionistas de los profesionales (ante situaciones proble-

máticas) o medicina defensiva (en supuestos de riesgo desconocido, por ejemplo).

El profesional sanitario ha venido amparándose, tradicionalmente, en el hecho de que la medicina no es una ciencia exacta, y en que no puede ser sancionado por un fallo cometido persiguiendo el interés del paciente.

Esta es, en efecto, la clave. Tener el bien del paciente como guía, añadiendo en la actuación, además, la diligencia debida. La correcta aplicación de la responsabilidad sanitaria habrá de castigar una desatención o una negligencia respecto de un paciente, pero no impondrá castigo (o indemnizará) cuando el daño (sin incurrir el profesional en las conductas anteriores) se derive de la fatalidad o de un resultado no esperado a la luz del estado actual de la ciencia médica, así como cuando el paciente esté obligado a soportar el daño. Este planteamiento general admite escasas excepciones.

FORMAS DE EXIGIR DE RESPONSABILIDAD

En el ámbito legal español, puede exigirse a los profesionales sanitarios responsabilidad por sus actuaciones en los siguientes campos:

- Responsabilidad civil: Se fundamenta en la obligación general de reparar los daños y perjuicios ocasionados por una conducta culpable o negligente. Se basa en el principio general de no causar daño a otro y puede alcanzar a cualquier persona por su simple condición de ciudadano (una maceta que cae desde un balcón, por ejemplo).
- Responsabilidad patrimonial: Surge cuando la administración pública causa, a través del personal a su servicio, un daño a un ciudadano, el cual no tenía deber jurídico de soportar. Esta última precisión excluye supuestos como las expropiaciones forzosas o las multas.

- Responsabilidad corporativa: Se exige en los casos de infracción de los patrones deontológicos bajo los cuales ha de ser ejercida la profesión médica, debido a la necesidad de garantizar unos mínimos niveles de ética en el desempeño de aquélla. Su ámbito de exigencia son los colegios profesionales a través de las comisiones deontológicas.
- Responsabilidad profesional: Se ciñe al campo disciplinario, en el que la entidad responsable de la asistencia exige al personal que de ella depende responsabilidad por acciones u omisiones indebidas de aquéllos.
- Responsabilidad penal: Surge por la comisión de un ilícito penal (delito o falta) bien de forma dolosa o bien de manera culposa; es decir, mediando intención o simple descuido por parte del sujeto. Es frecuente que a esta responsabilidad venga asociada la civil subsidiaria, que puede, no obstante, tener existencia autónoma.

Una vez expuestas las diferentes categorías de responsabilidad, vamos a ver en qué forma puede un profesional de la medicina, según su concreta situación personal, verse afectado.

- a) Un profesional libre: Puede verse implicado por las vías civil, corporativa y penal, pero no por la patrimonial (al no depender de la administración) ni por la disciplinaria (al carecer de relación de dependencia laboral).
- b) Un profesional sanitario al servicio de un centro privado: Tampoco podrá verse afectado por el cauce patrimonial (por la misma razón antes expuesta), aunque sí por el profesional o disciplinario, así como por el civil, corporativo o penal.
- c) Un profesional dependiente de la sanidad pública: Puede verse afectado por todas las formas expuestas, excepto por la vía civil en la que ya no puede ser demandado bajo la vigente normativa.

Puede ser implicado en la vía corporativa con base en su relación colegial. Puede alcanzarle el cauce profesional en esta exigencia de responsabilidad, en cuanto a su condición de trabajador por cuenta ajena; puede ser demandado, además, en el campo penal por acciones u omisiones en este ámbito. Pero también puede verse afectado por la responsabilidad patrimonial, pues aunque (tras la reforma legal) no puede ser demandado directamente en esta vía, si incurrió en culpa o negligencia grave que motivaron una indemnización, la administración le exigirá el reembolso del importe pagado por ella.

Interesa resaltar que la responsabilidad puede ser exigida, como ha quedado expuesto, a través de diferentes vías y procedimientos, pero siempre desde una orientación bifronte:

- Responsabilidad objetiva: Se basa únicamente en la existencia de un daño sufrido por un paciente, por un lado, y una acción u omisión indebidas del medio sanitario, por otro lado, así como relación de causalidad entre ambos elementos.
- Responsabilidad subjetiva: Tiene su fundamento en una acción u omisión culpable del medio sanitario y el daño ocasionado al paciente por tal motivo.

En ambos supuestos de responsabilidad habrá de ser probado el daño, pero además, en el primer caso la prueba se centrará en el nexo causal, mientras que en el segundo girará sobre la acción u omisión culpable.

FORMAS DE SOLUCIÓN DE LOS CONFLICTOS

Se admiten dos grandes categorías de instrumentos de atención de los conflictos que los pacientes y usuarios pueden tener con el medio sanitario: soluciones judiciales y extrajudiciales. Veamos.

Solución judicial

Admite en España las siguientes variantes: civil —social o laboral— Administrativa —penal. La elección de la vía a utilizar depende de varios y complejos factores, pero pueden resumirse en dos: quién ha sido el causante de daño y cuál será la estrategia procesal a seguir. Es de notar el uso desmedido de la vía penal por diversas razones: mayor simplicidad, mayor rapidez, mejor acceso a la prueba y el valor añadido (en mentalidad de muchos demandantes) de que, aun cuando no se gane el pleito, siempre el profesional se lleva la llamada «pena de banquillo» o aflicción de comparecer ante los tribunales y verse en entredicho a nivel profesional y social.

Ventajas: se le atribuyen la de una mayor solidez jurídica en sus decisiones y la posibilidad de acudir a un amplio repertorio de soluciones previas de los tribunales en casos similares al analizado (jurisprudencia).

Inconvenientes: lentitud, que produce desesperación, desgaste e incluso enconamiento y radicalización de la postura de las partes, que pasan con frecuencia de ser rivales a convertirse en auténticos enemigos. Es un instrumento de marcada rigidez y alto coste, por el asesoramiento médico y jurídico que requiere y la utilización frecuente de sucesivas instancias judiciales. Podemos añadir aquí el grave inconveniente, ya citado, del descrédito que le supone al profesional involucrado en estos procedimientos.

Solución extrajudicial

Se busca la salida al conflicto fuera del espacio judicial y puede hacerse en cualquiera de estas formas:

- **Mediación:** El mediador escucha a las partes en conflicto y expone los acuerdos y desacuerdos para que las partes tomen una decisión

- Conciliación: El conciliador ejerce la misma labor que el mediador, pero elabora una propuesta, que de ser aceptada por las partes se convierte en obligatoria para ambas por el acuerdo de sus voluntades.
- Arbitraje: El árbitro, oídas las partes y analizado el asunto, emite un laudo o decisión que es de aceptación obligada por las partes, que previamente han reconocido la autoridad del árbitro y el valor vinculante de su decisión.

Ventajas: En primer lugar su evidente agilidad, al no encontrarse ninguno de estos procedimientos en el rígido corsé de las normas procesales. Su economía es otro importante factor a destacar; es de notoria importancia, el hecho de que no tiene por qué situar en posición difícil al profesional, que se ve libre del «escaparate» judicial y mediático.

Inconvenientes: Se necesita un esfuerzo particular en todas las partes que intervienen: De las partes en conflicto, en el caso de la mediación y de éstas y del conciliador y el árbitro, en sus respectivas actuaciones, para lograr una proximidad y adaptación al caso concreto imprescindibles para una solución aceptable.

EL ASEGURAMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD

Por la mecánica del seguro el coste de la responsabilidad del asegurado (por un daño que cause a un tercero) se desplaza al asegurador mediante el pago de la prima. Esto ocurre en los seguros privados de índole personal (automóvil) y en los profesionales.

En este terreno concurren los seguros privados, suscritos por los profesionales, con los que ahora suscriben las distintas administraciones sanitarias con motivo del incremento de las reclamaciones, la judicialización de la responsabilidad y el elevado coste de las indemnizaciones.

Cobertura actual

No son, sin embargo, los dos aludidos sistemas los únicos instrumentos para lograr una cobertura económica de la responsabilidad. El aseguramiento puede obtenerse a través de:

- Pólizas individuales
- Colegios profesionales
- Centros sanitarios
- Administración pública

Las pólizas que se suscriben, es necesario precisar, son de responsabilidad civil y no patrimonial, con las lógicas diferencias al sustentarse la primera sobre la idea de culpa y excluirse, por tanto, de indemnización aquellos casos en los que dicha culpa no concurre.

La póliza no interfiere la responsabilidad de la administración que analiza y resuelve un caso en el que es demandada, declarando, en su caso, la responsabilidad en la que incurrió. Otra cosa es que desplace el pago del siniestro a la aseguradora. Lo que se transfiere, en definitiva, no es la responsabilidad sino sus resultados económicos.

Aseguramiento privado

El profesional que se decida por esta opción deberá de buscar una aseguradora que le preste un asesoramiento claro y eficaz, con una base, naturalmente, de solvencia económica acreditada.

Una vez elegida la compañía, habrá de perfilarse el seguro personal atendiendo a:

- Ajustar el seguro a la situación propia.
- Evitar duplicidad de costes y coberturas.
- Analizar la posible coordinación con otras coberturas.
- Para ello, en la oferta de la aseguradora deberá de analizar:
 - La cobertura temporal.
 - Exclusividad en la cobertura.

Existencia o no de franquicia y su cuantía.

Topes indemnizatorios

El primer extremo ha de analizarse cuidadosamente, para que, considerando la cobertura anterior, no se dejen periodos sin cubrir ni se pague dos veces un mismo periodo superpuesto. También es importante la cuestión de los topes, examinando sus diferentes variantes (por año, por víctima o por siniestro).

Régimen de concurrencia

La situación de concurrencia de las pólizas privadas con las públicas, en un principio, era bajo el régimen de subsidiariedad. Es decir, que actuaba primero el seguro privado y en su defecto (o por el exceso) se aplicaba el seguro público.

Actualmente, el sistema de concurrencia funciona bajo el principio de complementariedad, conforme al cual el seguro privado cubre aquellas áreas a las que el seguro público no alcanza. Ello ha ocasionado el lógico abaratamiento de las primas.

Aseguramiento público

Alcanza esta cobertura los aspectos siguientes:

- Responsabilidad profesional: Por el desempeño de la actividad de tal índole del personal dependiente de la administración sanitaria aseguradora.
- Responsabilidad de explotación: Deriva de la titularidad de los edificios e instalaciones y de los daños que de ello (distintos de los propiamente asistenciales) puedan derivarse, como la caída de una cornisa, por ejemplo.
- Responsabilidad empresarial: Se refiere a la siniestralidad que afecta al propio personal dependiente de la administración, en este caso como perjudicados.

La causa más frecuente de reclamación es el fallecimiento. Las especialidades más reclamadas son medicina general, traumatología y ginecología-obstetricia, quedando (contra lo que pudiera parecer) anestesiología o cirugía general con tan sólo 1 y 3 por ciento de las reclamaciones.

EL BAREMO DE INDEMNIZACIÓN DE DAÑOS SANITARIOS

No hay un criterio único a la hora de fijar la valoración de los daños en materia de responsabilidad sanitaria. Las indemnizaciones en las jurisdicciones civil, penal o social han sido determinadas bajo criterios discrecionales por el juzgador en cuantías extremadamente dispares, para casos muy similares, dependiendo de la jurisdicción e incluso del tribunal concreto que valorase el daño. En la jurisdicción contencioso-administrativa, actualmente esta cuantificación se hace con cierta uniformidad al aplicarse, para ello, con criterio analógico, el Baremo anexo a la Ley 30/1995, de indemnizaciones por el uso de vehículos a motor, que es objeto de actualización periódica de sus importes.

Se fijan, por el referido baremo, los importes indemnizatorios para los daños causados por accidentes de tráfico y es ajeno, por tanto, este instrumento a los daños derivados de responsabilidad sanitaria. Incluye indemnizaciones por muerte, lesiones, incapacidades o daños morales. La cuantía final se obtiene por aplicación de unas tablas que contienen las indemnizaciones básicas y unos factores personales correctores: edad de la víctima, ingresos que percibía, parentesco con los herederos (en caso de fallecimiento), convivencia anterior con aquéllos, etcétera.

La aplicación de este baremo, por los jueces, de forma vinculante tiene a su favor la objetividad y simplicidad que supone, pero surge, en contra, la dificultad siempre presente de ajustar las cuantías indemnizatorias a las concretas circunstancias del perjudicado por el

daño sanitario en su integridad y en aspectos que pueden no estar contenidos en el baremo.

Fernando Pantaleón, aduce, incluso, que lo que quebranta la igualdad es, precisamente, la propia existencia del baremo, pues éste tiene existencia solamente para los perjudicados por accidentes de tráfico, dejando en libertad a los jueces en el resto de los supuestos en los que el daño proviene de otras causas.

La actual situación, con la inquietud de los profesionales sanitarios por conocer los límites económicos de su actividad, demanda la necesidad de aplicar un baremo universal, esto es para cualquier clase de daños. De esta forma el margen de discrecionalidad de cada juez quedaría limitado a la flexibilidad en la aplicación del baremo universal. No debemos olvidar que la seguridad jurídica es un valor primordial en cualquier ordenamiento.

Las indemnizaciones procedentes de responsabilidad sanitaria son compatibles con cualesquiera otras que pudieran derivarse de seguros privados e incluso de pensiones de seguridad social, al proceder de relaciones jurídicas diferentes.

El momento de la valoración puede ir referido al de la producción del daño, al de la resolución estimatoria de la indemnización (en vía administrativa o judicial) o incluso al día del pago efectivo de aquélla. La Ley 30/1992 fija el momento del daño para determinar la valoración de aquél, si bien, con el objeto de que la indemnización no pierda poder adquisitivo, se prevé su revalorización hasta el momento del pago. Está previsto, incluso, el pago de intereses desde la resolución administrativa hasta el pago de la indemnización, siempre que entre ambas hayan transcurrido más de tres meses.

LA SOLUCIÓN DE CONFLICTOS SANITARIOS EN EUROPA

Existe en el continente europeo una gran variedad de sistemas y solu-

ciones a este asunto, con respuestas de muy diversa índole. Es preciso expresar, sin embargo, que la tendencia general es utilizar modelos de responsabilidad objetiva, en los que la indemnización es debida al ciudadano dañado por la sola concurrencia de dicho daño y una acción u omisión causal del medio sanitario. Existen, naturalmente, instrumentos de exigencia de responsabilidad de criterio culpabilista, pero son complementarios a este sistema objetivo general. Veamos algunos destacados ejemplos:

Países nórdicos: Dinamarca, Finlandia y Noruega

El denominador común de estos tres países citados es, como ya se viene apuntando con carácter general, el utilizar un sistema de responsabilidad sin falta u objetiva. Este aséptico modo tiene la particularidad de apartar al profesional de su consideración de objetivo de las demandas, hasta tal punto que, en dichos países, los profesionales sanitarios colaboran con el reclamante en la obtención de pruebas y elementos de valoración del asunto en litigio, e incluso en redactar la reclamación, si fuere preciso.

Suecia

Se cita separado del resto de los países nórdicos por el hecho de que, aun siguiendo idéntico criterio no culpabilista, utiliza un instrumento singular, conocido, precisamente, como «el seguro sueco», y a cuyo análisis vale la pena dedicar unas líneas. De amplísima cobertura y próximo al concepto del seguro de responsabilidad pretende cubrir, precisamente, la responsabilidad contractual (derivada de la obligación asistencial del sistema sanitario público), así como cualquier otra responsabilidad demandante de culpa o negligencia extracontractual, según expone el jurista Palou Bretones en un interesante trabajo sobre este seguro.

Resaltamos, a continuación, las características peculiares del referido seguro.

- Voluntariedad en la aceptación por parte del usuario, ya que éste puede, en caso de no aceptación, ejercer las acciones procedentes en el ámbito jurisdiccional.
- Presunción general de culpabilidad en la producción del daño, por parte del medio sanitario, cuando la acción u omisión causante de aquel daño procedan de dicho medio, estando atenuada la necesidad de probar la causalidad, por otro lado.
- Exención general de demostrar la concurrencia de dolo o culpa o negligencia graves en la producción del daño, por parte del sistema sanitario, siendo preciso, eso sí, probar la causalidad.
- El ámbito de la indemnización alcanza, además de los daños materiales, también los morales, pero excluye de su cobertura a los daños puramente psíquicos o mentales puros, es decir, que no sean consecuencia directa de una lesión o daño físico.
- Se excluye la indemnización, por principio, en el caso de que la actuación sanitaria no se haya apartado del método marcado en la guía de práctica clínica correspondiente, aprobada por el Comité Nacional de Salud o por el de Disciplina Médica. Tan inquebrantable es este principio, que se aplica aun cuando se aceptase que otro método de actuación hubiera sido válido o incluso más procedente.
- No son indemnizables las infecciones producidas por bacterias que ya portaba el propio paciente, sino las procedentes de fuentes externas al mismo.

En la visión estadística de este seguro llaman la atención, por una parte, el elevado número de reclamaciones, y por otro lado, el alto porcentaje de supuestos objeto de indemnización, si comparamos ambos parámetros con la póliza de seguro antes analizada respecto de España.

En el análisis de este sistema sueco, nos parece, quizás, su aportación más importante, el que recoge Antonio Palou. Evita la personalización e imputación subjetiva de los errores médicos para buscar un nexo causal que permita pagar una indemnización. Se trata de mejorar el sistema de prevención de riesgos de lesión o daños con bases objetivas y eficaces y no utilizando el sistema de agresión al profesional, que es susceptible de producir un efecto reactivo y pernicioso para el sistema, basado en la medicina preventiva.

Hoy el ámbito de cobertura del seguro sueco, para daños por lesiones derivadas de actuaciones sanitarias, cuenta con una amplísima cobertura, pues se han ido incluyendo los hospitales públicos, los privados, las clínicas particulares y profesiones sanitarias concretas (como los dentistas), quedando fuera del seguro, sólo los hospitales de dependencia militar. Con una dilatada experiencia el Parlamento Suceco aprobó, en junio de 1996, la ley de Daños al Paciente (The Patient-Damages ACT), que entró en vigor el 1-1-1997.

Suiza

La atribución de responsabilidad y, derivada de ello, la obligación de indemnizar, dimanar de la prueba del daño y la prueba causal de su origen y existencia, sin necesidad de que aparezca, ni siquiera de buscar, un culpable directo. Declarada la responsabilidad, sólo queda fijar la cuantía indemnizatoria, cuestión que en este país se atribuye a equipos de expertos en valoración del daño, constituidos al efecto.

Alemania

Utiliza el mismo criterio acerca del origen de la responsabilidad e idéntico modo de valoración del daño, a través de equipos de expertos. Tiene, sin embargo, un sistema más depurado que el suizo, pues introduce ciertas matizaciones. En los asuntos de especial gravedad, exige

la inversión de la carga de la prueba, es decir, en lugar de exigir al demandante la prueba del daño y su origen, es el medio sanitario quien habrá de probar que no causó el daño al ciudadano perjudicado. Para corregir, por otra parte, los abusos indemnizatorios, se establecen criterios limitativos para valorar los daños inmateriales.

Inglaterra

Este país ha desarrollado un interesante y depurado sistema de exigencia de responsabilidad que opera en varios tramos sucesivos. Cuando un ciudadano ha sufrido un daño sanitario sólo quiere mostrar su desacuerdo por la atención recibida, utiliza los siguientes instrumentos:

- Reclamo ante el director o responsable del primer nivel asistencial en el que se han desarrollado los hechos objeto de dicha reclamación.
- En caso de no obtener respuesta satisfactoria en el nivel anterior, se solicita una revisión extrajudicial independiente, a realizar por órganos específicos.
- Si el ciudadano no ve satisfechas sus pretensiones, deberá de presentar una reclamación formal para abrir el procedimiento correspondiente.

Los ciudadanos también pueden acudir al llamado «defensor de los Servicios Sanitarios» o a las asociaciones de Víctimas de accidentes médicos, que ofrecen, todos ellos, asesoramiento y colaboración independiente.

Francia

El sistema de exigencia de responsabilidad tiene dos ámbitos claramente diferenciados. Cuando la orientación se dirige a responsabilidad por culpa, buscando e inculcando a una persona responsable, se

utiliza la vía judicial. En el caso de que la opción sea la de responsabilidad objetiva, existe un particular instrumento en este país, para evaluar e indemnizar al ciudadano perjudicado por un daño sanitario. Se trata de la ONIAM (Oficina Nacional de Indemnizaciones). Con una sede central en París y oficinas repartidas por el territorio nacional francés, reciben las reclamaciones indemnizatorias y bajo el aludido sistema objetivo analizan las reclamaciones de los ciudadanos en su concreto ámbito de competencia.

España

Como se expresó al comienzo de este texto, coexisten en este país el sistema culpabilista de exigencia de responsabilidad con el de orientación objetiva. De forma sintética se puede decir que cuando se reclama a un profesional concreto se utiliza el primer sistema, bajo las formas deontológica, disciplinaria e incluso penal, mientras que cuando la reclamada es la administración sanitaria, la forma de elección es la de responsabilidad objetiva. Debe de recordarse el abuso que en España se hace de la vía penal, por las razones que ya quedaron expresadas en su momento.

El uso de la vía extrajudicial, a través de la mediación, la conciliación o el arbitraje, no ha logrado arraigo entre los españoles, siempre empeñados en judicializar las reclamaciones sanitarias, aún conscientes de los evidentes inconvenientes de esta vía. Han existido intentos notables de introducir la vía extrajudicial en los colegios profesionales, como sucedió, en primer lugar, en el de Médicos de Vizcaya. Los pacientes reclamantes veían, algunas veces, planear la sombra del corporativismo, al buscarse la solución al conflicto sanitario en la casa médica, lo que llevó, en Madrid, a buscar dicha solución en casa jurídica e intentándose, también sin demasiado éxito, en el Colegio de Abogados. En este último llegó a constituirse, incluso, la llamada Cor-

te de Arbitraje, de eficacia ciertamente limitada, al estar el sistema sanitario público excluido normativamente de la posibilidad de utilizar el sistema arbitral.

Se utilizan, sin embargo, otras vías extrajudiciales de reclamación como son las oficinas de los Defensores del Pueblo o de los Defensores de los Pacientes. Todas ellas son instituciones de naturaleza pública y actuación gratuita. Existe un defensor del pueblo nacional y hay otro de carácter territorial en las principales comunidades autónomas. No existe un defensor del paciente nacional, sino defensores territoriales, actualmente en Madrid, Extremadura, La Rioja e Islas Baleares. También se tratan, muchas veces, a través del tejido asociativo de pacientes, instrumento que está cobrando particular relieve en los últimos años.

CONCLUSIONES

1. La tendencia común es la consideración de utilizar como vía preferente la de la responsabilidad objetiva o sin culpa.
2. Con dificultades de desarrollo en algunos países, sin embargo, la atención se dirige a las soluciones extrajudiciales de los conflictos.
3. Cuando se trata de examinar la responsabilidad bajo criterio objetivo, la atención recae en la prueba del nexo causal y no en la de la culpa, como sucede al analizar el conflicto bajo criterio culpabilista.
4. Según el principio probatorio general, quien afirma algo ha de probarlo, es decir, rige la prueba directa. En los casos de daño desproporcionado y similares, se invierte la carga de la prueba y es el medio sanitario quien debe demostrar lo correcto de su actuación.
5. La utilización de los criterios objetivistas en la resolución del conflicto sanitario deja a un lado al profesional y de esta forma,

al no sentirse atacado, reduce considerablemente el ejercicio de la medicina defensiva por parte de aquél.

Todo cuanto antecede debe de descansar en estos principios:

- El daño sanitario existe y ocasionalmente debe de ser indemnizado a quien lo ha sufrido.
- La indemnización, para ser adecuada, debe de ser rápida en su obtención, sencilla de determinar y suficiente en su cuantía.
- No es necesario ni conveniente implicar al profesional en una reclamación sanitaria, pudiendo obtener la satisfacción de la pretensión del ciudadano de una forma objetiva.
- Ha de fomentarse, bajo este criterio objetivo, el uso de fórmulas extrajudiciales, más sencillas, incruentas y económicas que los tribunales.
- Conviene desarrollar instrumentos complementarios, que aportan seguridad jurídica y tranquilidad a todas las partes que intervienen en un conflicto sanitario. Se trata de la existencia y aplicación, por una parte, de un baremo de evaluación del daño y de la concurrencia de un sistema eficaz y suficiente de aseguramiento, por otra parte.

El derecho es un instrumento ordenador de la convivencia de las personas y uno de los asuntos que más puede afectar a un ciudadano es vivir un conflicto relativo a su salud. De ahí el empeño e interés de los gobiernos y de los legisladores por arbitrar criterios y modos de solución del conflicto sanitario, en cualquier parte del mundo.

COMENTARIO AL ARTÍCULO ANTERIOR Y REFLEXIONES PERSONALES SOBRE LOS MEDIOS DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Ernesto Garabito García

En la aparición de problemas legales derivados de la práctica médica, ejerce una influencia destacada el notable cambio que ha ocurrido en la relación entre el facultativo y el paciente. Juega un papel importante en la multiplicación de las demandas judiciales el deterioro de esta relación. Se ha visto influenciada por el avance tecnológico que ha despersonalizado la asistencia médica y la eliminación del médico de familia, propiciando que la confianza que unía al médico con su enfermo tienda a desaparecer en virtud de los vínculos que ahora existen entre el paciente y las empresas de medicina prepagada, obras sociales, entidades asistenciales y médicos; y por qué no decirlo, las actitudes de médicos sin moral o sin vocación, así como la crisis del sistema público de salud.

Por otro lado, como lo señaló el doctor Juan Siso Martín, cierto es que el quehacer médico ha tenido una intensa evolución, el avance científico y tecnológico en medicina cuenta con numerosas implicaciones en diversos ámbitos, y consecuentemente en el campo del derecho, con la elaboración de ordenamientos jurídicos y la creación de tribunales o instituciones específicas para dirimir las controversias so-

Ernesto Garabito García. Magistrado del Supremo Tribunal de Justicia del Estado de Jalisco.

bre cuestiones médicas, dando origen a la creación del dedecho médico, cuyo objeto es estudiar las relaciones sociales derivadas de la prestación de servicios de salud y el ejercicio de la medicina, que implica, como se dijo en este panel, la responsabilidad de actuar sobre nuestros bienes más preciados: «la salud y la vida».

El individuo ha adquirido más conciencia de sus derechos y consecuentemente se ha convertido en un ser más demandante y exigente.

En los mismos términos se refiere el doctor Sergio García Ramírez en su obra *La responsabilidad penal del médico*, al señalar que «se debe considerar el extraordinario desenvolvimiento de la ciencia y la técnica en el ámbito del quehacer médico, que plantea arduos problemas y riesgos, que antes no se advertían o se aceptaban con resignación, sobre todo en los países que cuentan con sistemas sanitarios desarrollados».

Esto ha provocado que nos estemos enfrentando a diversos conflictos respecto a la responsabilidad que puede surgir de la práctica médica, y que generalmente se tienen contemplados dentro del campo de acción de las instituciones encargadas de la procuración, administración y aplicación de la justicia.

También es cierto que existen casos en que los usuarios o sus familiares, carentes de conocimientos médicos suficientes, generan apreciaciones subjetivas infundadas sobre los servicios que reciben, responsabilizando injustamente al personal de salud de haber cometido alguna conducta en perjuicio del paciente.

La globalización de los servicios de salud, su tecnificación, la necesidad de equipos multidisciplinarios para la atención de un determinado padecimiento y el aumento de la población cubierta por las instituciones de salud, han deteriorado la adecuada interrelación personal y la comunicación médico-paciente, por lo que en ocasiones, aunque se otorgue una atención correcta y bien fundamentada, el

paciente que no ha sido debidamente informado, considera al equipo de salud responsable de las complicaciones propias de la enfermedad que padece o de secuelas inevitables, con la consecuente desconfianza en las instituciones y en el personal de salud. Esta desconfianza es uno de los factores que explican el número creciente de demandas y quejas contra los servicios de salud pública y privada, lo cual puede constatarse en las instituciones encargadas de atenderlas, como son: las jurídicas o las comisiones de derechos humanos, con consecuencias negativas tanto para el paciente como para el prestador de servicios, y con poco impacto sobre la mejoría de la calidad de los mismos.

La situación provocada por un número creciente de demandas jurídicas contra los médicos, con la finalidad de obtener beneficios económicos para el demandante y su equipo legal, han provocado una práctica de la medicina defensiva y costosa, por las altas primas de seguros que deben pagar tanto los médicos por responsabilidad profesional, como los usuarios en seguros de gastos médicos. Respecto a la atención de denuncias por el sistema judicial, pueden existir casos en los que el análisis es incompleto por no tomar en cuenta las consideraciones técnicas propias de la profesión médica, así como para dictar sentencias a través de peritajes no especializados en la amplia gama de padecimientos y esquemas de tratamiento que, en la actualidad, son altamente complejos y sufren transformaciones constantes.

Muchas de las inconformidades son atendidas por instancias que no cuentan con los elementos técnicos necesarios para fundamentar sus dictámenes. El estado mexicano recurrió a una figura que es tan antigua como el derecho mismo, la conciliación y el arbitraje, para resolver el conflicto médico-paciente. Por lo anterior se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), a la cual se ha dotado de plena autonomía técnica para actuar como mediador en términos de amigable composición, asegurando a usuarios y a prestadores de servi-

cios que su actuación estará caracterizada siempre por la ética, la imparcialidad y la justicia, lo cual se garantiza a través de un minucioso análisis y resolución de las controversias que conozca emitiendo opiniones, acuerdos y laudos.

Y al igual que en España, como lo señala nuestro primer ponente, también se da en nuestro país, en donde en el ámbito legal puede exigirse a los profesionales de la medicina la responsabilidad civil para la reparación de los daños y perjuicios ocasionados por una conducta culpable o negligente; la responsabilidad patrimonial a personal del servicio de la administración pública; responsabilidad penal por la comisión de un ilícito; responsabilidad civil y responsabilidad por el daño moral, que constituyen las soluciones judiciales.

Además, la falta de acceso a la justicia, y que ésta se cumpla en forma pronta y expedita ha hecho que se abra una alternativa, fuera del ámbito del poder judicial, y crear organismos para darle mayor credibilidad, transparencia, celeridad e imparcialidad, a la resolución de algunas cuestiones relacionadas con la responsabilidad profesional del médico, adoptando los medios alternos de resolución de conflictos (soluciones extrajudiciales). De este anhelo nació la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed).

Entre los mecanismos que utiliza la Conamed y en el caso de nuestro estado, la Camejal, para resolver las controversias derivadas de las quejas presentadas por los usuarios de los servicios médicos, se encuentran: orientación, gestión, mediación, conciliación y arbitraje.

La mediación. Consiste en un medio alternativo para la solución de conflictos, mediante el cual uno o más mediadores, quienes no tienen facultad de proponer soluciones, intervienen únicamente facilitando la comunicación entre los mediados en conflicto, con el propósito de que ellos acuerden voluntariamente una solución que ponga fin al problema total o parcialmente.

La conciliación. Mediante la cual una persona neutral interviene facilitando la comunicación entre los participantes en el conflicto, para allanar sus diferencias, proponiendo recomendaciones o sugerencias que ayuden a lograr un convenio que ponga fin al conflicto total o parcialmente.

El arbitraje. Procedimiento mediante el cual las partes someten a la decisión de un tercero la solución de la controversia, quien da su opinión y la resolución del conflicto mediante un laudo.

A la fecha, la creación de estas comisiones ha demostrado ser un mecanismo eficiente para la resolución más rápida de este tipo de conflictos, y también ha favorecido a los profesionales médicos, a la relación médico paciente y a la calidad de los servicios médicos.

RESPUESTAS A PREGUNTAS CLAVE

Juan Siso Martín

PREGUNTA 1. ¿Cómo logra España una relación cordial entre las coaliciones de pacientes crónicos y el Ministerio de Sanidad?

RESPUESTA: Es una larga historia de las figuras asociativas de pacientes. Comenzaron como meros grupos de autoayuda para sus asociados, es decir, con funciones exclusivamente internas. Su desarrollo y acreditación las convirtió, más adelante, ennexo de enlace (interlocutores) con las autoridades sanitarias y por fin, en el momento actual, ya tiene la consideración de partícipes en el diseño y seguimiento de políticas sanitarias; hay que decir que menos de lo que sería deseable. Su origen y evolución ha tenido notas comunes con los de los sindicatos de trabajadores, en los tres pasos mencionados.

P 2. ¿En qué proporción se detecta la distanasia en España?

R: La distanasia, en nuestro país, en su estricta acepción de prolongar innecesariamente el tratamiento de un enfermo abocado a una muerte cierta y próxima, está fuera de patrones de conducta legal y deontológicos. Incluso en alguna de las leyes sanitarias se prohíbe lo que llaman el *retraso innecesario de la muerte*. Debo de decir que ocasionalmente pueden darse casos de aplicación de la misma bajo lo que se ha dado en llamar *obstinación terapéutica o ensañamiento o encarnizamiento terapéutico*. A veces puede ser difícil, no obstante, fijar el límite preci-

so entre la obligación hipocrática de preservar la vida y no incurrir en esas conductas.

P 3. ¿Qué papel juega la «queja médica» en la evolución de la calidad de los servicios

R: Un papel esencial. Profesionales y organizaciones que actuamos en el campo de los derechos ciudadanos hemos conseguido que los centros sanitarios valoren la reclamación, no como una molestia, sino como una oportunidad de mejora, la posibilidad de detectar un *punto caliente* del sistema. Tratamos de que el instrumento queja sea un elemento normal inserto en el funcionamiento del sistema sanitario. Hay un dicho aquí: *de 10 pacientes insatisfechos sólo uno se queja*. Tratamos de fomentar que se quejen los 10. Los nueve que no se quejan impiden conocer fallos del sistema y además, normalmente, critican el servicio recibido, con lo cual añaden el perjuicio de la antipublicidad.

P 4. ¿Qué papel ha jugado la prensa en el público para provocar la demanda contra los médicos?

R: Los medios de comunicación pueden ejercer una labor positiva (información), pero también otra negativa (intoxicación). Lamentablemente no es infrecuente esta última, bajo distintas formas: emitiendo noticias sensacionalistas, propagando temor en la población sobre fallos sanitarios e incluso realizando juicios mediáticos de los profesionales sanitarios. No beneficia a los ciudadanos, tampoco, la continua difusión de los avances de la medicina y progresos técnicos, que propicia una percepción omnipotente de la ciencia y convierte sucesos inevitables en errores a juicio de la ciudadanía.

P 5. En España, ¿ante qué organismo hay que acudir para que se re-

suelva un conflicto sanitario de manera extrajudicial y a través de la mediación?

R: España tiene una tradición secular de uso de los tribunales para dirimir los conflictos de los pacientes con el sistema sanitario. Existen dos ámbitos: medicina pública y medicina privada. En la primera se utiliza la reclamación administrativa ante la autoridad sanitaria y después, en su caso, la demanda judicial. En la segunda, se intenta un acuerdo entre el paciente perjudicado y el medio sanitario, y en caso de disconformidad, también se acude a la vía judicial. Hay algunos intentos de órganos de mediación que no han tenido demasiado éxito: Colegio de Médicos de Vizcaya o Colegio de Abogados de Madrid, por ejemplo. He de decir que un obstáculo importante para los acuerdos son las aseguradoras, que se resisten a reconocerse responsables, sin condena judicial.

P 6. Aquí en México los hospitales patronos (por ejemplo, IMSS) entregan a sus médicos (empleados) a la justicia cuando hay reclamaciones. ¿En España pasa lo mismo?

R: No, aquí el sistema de responsabilidades de los profesionales sanitarios es bien distinto y en términos generales disponen de una buena protección por la Administración Pública Sanitaria. Conforme a la actual legislación, la responsabilidad tiene el carácter de directa, es decir, cuando un médico público es exigido de responsabilidad la reclamación, en vía administrativa, no puede dirigirse a la persona de éste, sino que ha de hacerse a la administración de la que depende, quien hará las averiguaciones internas que procedan. Si el pago de la indemnización que, en su caso, se pague al paciente tiene por causa una culpa o negligencia grave del profesional, la administración pedirá a éste el importe pagado. Otra cosa es la vía penal, en la cual sí que puede el ciudadano dirigirse directamente contra el profesional. Pero

aquí también está éste protegido, pues la administración responde subsidiariamente en los casos de delito. Sobre todo este sistema la administración tiene suscritos seguros de muy amplia cobertura en todos los centros sanitarios públicos para las responsabilidades económicas en que puedan incurrir los profesionales.

P 7. ¿Qué tanto ha afectado la ley 41 de autonomía del paciente en España, en la calidad de los servicios de salud?

R: Ha supuesto una aportación altamente positiva por diversas razones. En primer lugar, es la primera disposición del máximo rango normativo, específica e íntegramente de derecho sanitario en España. Por otra parte, se sustenta su articulado sobre los valores más relevantes de usuarios y pacientes: dignidad, autonomía, intimidad y confidencialidad. Todos ellos derechos de rango fundamental. Todo ello ha introducido en la cultura del sistema sanitario la importancia de esta temática.

P 8. ¿La ley 41 de autonomía del paciente en España, se ha prestado a la práctica de la medicina defensiva?

R: La práctica defensiva se encuentra en el medio sanitario lamentablemente practicada por algunos profesionales ocasionalmente. El motivo se encuentra en la situación creciente de las reclamaciones sanitarias. El profesional se siente inseguro y refuerza su posición de una forma que cree le defiende. La medicina defensiva, sin embargo, le perjudica, pues ya en sí misma su práctica es contraria a patrones legales, éticos y deontológicos, añadiendo responsabilidades a una eventual conducta culpable por otros motivos. También perjudica al sistema por el encarecimiento de la asistencia y a los pacientes de doble manera: les somete a pruebas innecesarias y a veces agresivas, por una parte, y por otra al utilizarse recursos escasos el dirigirlos a la prác-

tica defensiva puede suponer sustraerlos del uso de quien verdaderamente los necesita.

P 9. ¿Cuáles son las quejas más recurrentes de los pacientes en España?

R: Fundamentalmente todas aquellas que tienen su motivo en fallos estructurales del sistema: demoras asistenciales, escasez de recursos, desorganización asistencial, etcétera. La mala práctica, en sí misma, como negligencia o impericia, no tiene tanto peso en reclamaciones como pudiera parecer. Aumenta el número de quejas, de un tiempo a esta parte, por falta de información o información defectuosa al paciente, por sentir, por parte de éste, violentada su intimidad o por quebrantamiento de la confidencialidad que se le debe. Todos ellos derechos recogidos en la más reciente normativa.

P 10. ¿Qué pasa en Inglaterra en esta materia, hay legislación como en España para procesar al paciente?

R: En ese país hay un curioso sistema de reclamaciones que es, en algún modo, parecido al español. Se presenta la reclamación en un primer nivel y de no obtenerse respuesta alguna (o no siendo la respuesta la deseada por el reclamante) se procede a la revisión independiente del asunto encausado. Hay mecanismos paralelos de defensa de los pacientes y usuarios de la sanidad.

P 11. ¿En toda institución sanitaria de España hay un lugar o instancia específica para quejarse de un acto médico?

R: En todos los centros sanitarios de primer nivel (direcciones de área o gerencias, así como hospitales) hay una unidad específica de recepción y trámite de reclamaciones, así como de información a los usuarios. Recibe el nombre de Unidad de Atención al Paciente. No obstante, las quejas y reclamaciones pueden ser presentadas en cual-

quier centro sanitario, sin perjuicio de que la resolución corresponde a las citadas unidades adonde es enviado el documento. Existen documentos normalizados para las reclamaciones.

P 12. ¿Cuál es la responsabilidad de un estudiante de medicina que producto de una negligencia cause un daño en el paciente? Son alumnos de los dos últimos años de su carrera.

R: Este es un asunto sin definición legal concreta en España. Puedo decirle que yo, personalmente, lo he estudiado y como resumen participarle mis conclusiones:

Hay tres campos de responsabilidad para el personal médico en formación, conectados, lógicamente, con los diferentes ámbitos de sus competencias:

- Asuntos que deben de atender solos, sin tutela de médicos responsables de ellos.
- Aquellos otros que deben de atender tutelados
- Asuntos que no pueden acometer ni tutelados.

La responsabilidad en el primer caso corresponde solamente al único interviniente. En el segundo, a cada uno según su actuación (al médico en formación por sus propios actos y al médico tutor por el ejercicio de la supervisión). En el tercer caso correspondería responsabilidad al médico en formación por el sólo hecho de intervenir en un asunto que no le corresponde y al médico tutor por haber permitido, en su caso, la intervención de quien no es competente para ello.

P 13. ¿Está asociado el porcentaje de quejas médicas con el nivel socioeconómico y la zona geográfica donde viven los demandantes?

R: En algún modo sí. El nivel socio, económico del reclamante medio no es alto y ello por diversas razones. Quien tiene más cultura se defiende sólo y actúa por su iniciativa y medios ante el sistema sani-

tario, y quien tiene más dinero utiliza servicios «de pago» como abogados o representantes legales. Además, concurre el hecho de que las personas del mayor nivel citado suelen contar con seguros privados de asistencia y por ello en caso de disconformidad derivan a sus específicos servicios de reclamaciones las eventuales quejas.

P 14. ¿Empíricamente se sabe que los pacientes de bajos recursos se quejan menos y sufren más iatrogenias médicas?

R: No, no existe una evidencia a este respecto. Ni el porcentaje de reclamaciones ni el del daño iatrogénico están, necesariamente, condicionados por esos factores. La diferencia que marcan los bajos recursos, o al menos una de ellas, está citada en el párrafo anterior.

CAPÍTULO IV

EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA MEDICINA Y EL CONFLICTO MÉDICO-PACIENTE

INTRODUCCIÓN

Pedro de Alba Macías
Roberto Becerra Zavala

El ejercicio profesional de la medicina ha sufrido cambios muy importantes en las últimas décadas, planteando nuevos retos a los profesionales que se dedican a esta disciplina.

Estos cambios han estado condicionados por una serie de factores, tales como los grandes avances científicos y tecnológicos, que han aportado, y continúan aportando, nuevos y más precisos métodos de diagnóstico así como recursos terapéuticos cada vez más eficaces, haciendo, en contrapartida, más compleja la práctica profesional. Esto ha originado, entre otras cosas, la necesidad de que los profesionales de la salud conformen equipos para la atención de los pacientes.

Lo anterior ha traído como consecuencia que muchos pacientes tengan que ser hospitalizados, ya que requieren de tratamientos que no pueden ser realizados en el consultorio, generando una necesidad creciente de camas-hospital, con el consiguiente aumento en los costos de atención.

Otro factor importante lo constituye el cambio de paradigma en la relación médico-paciente, el cual ha transitado de una relación de tipo paternalista, hacia una relación en que la autonomía del paciente

Pedro de Alba Macías. Médico conciliador de la Camejal.

Roberto Becerra Zavala. Abogado conciliador de la Camejal.

cobra relevancia, al grado de que, en última instancia, es él quien toma las decisiones en el cuidado de su salud.

El advenimiento de las especialidades y sub-especialidades, constituye otra característica de la práctica profesional actual, apareciendo cada vez nuevas especialidades en la medida en que los avances en los conocimientos o la aparición de nuevas tecnologías, reclama del profesional nuevas habilidades o destrezas.

El esfuerzo de los gobiernos por llevar a los sectores más desprotegidos económicamente, los beneficios de la atención a la salud, ha originado la creación de instituciones de seguridad social o de corte asistencial, en las que el personal de salud que labora en ellas, en lugar de cobrar honorarios a los pacientes que atiende, cobra un salario a la institución que lo contrató.

Los medios masivos de comunicación, a los que tiene acceso un segmento cada vez mayor de la población, difunden con frecuencia creciente, información relacionada con el área de la salud, pero, por desgracia, en gran parte, está fuertemente condicionada por intereses comerciales o de corte sensacionalista, que desorientan en lugar de orientar, creando expectativas falsas sobre la capacidad de la medicina actual.

A poco que se reflexione sobre lo anteriormente expuesto, se podrá uno percatar de que la posibilidad de surgimiento del conflicto médico-paciente, o en forma más amplia, del prestador del servicio de salud-paciente, puede originarse en uno o en varios de los ítems mencionados, si el prestador del servicio de salud no tiene el cuidado suficiente para evitar que las desventajas de esta nueva forma de ejercicio profesional prevalezcan sobre las evidentes ventajas que ofrece.

Desde una perspectiva de tipo preventivo, se hace necesaria una reflexión que posibilite identificar los factores de riesgo que puedan condicionar el surgimiento de un conflicto entre el prestador de servi-

cios de salud y el paciente, buscando elevar la calidad de la atención prestada, ya sea en la medicina privada o en la institucional, siendo ésta una tarea que compete tanto a los prestadores de servicios de salud en forma individual como a los colegios y a las instituciones, cada uno en su ámbito respectivo.

El conflicto médico-paciente se puede generar en cualquier momento y en cualquiera de los ámbitos en que esta relación se da, tanto en la medicina privada como en la institucional, ya sea en el paciente ambulatorio u hospitalizado, pudiendo traducirse en una queja, de éste último, ante las instancias correspondientes.

En el Estado de Jalisco, un porcentaje importante de la población es atendida por la medicina privada, requiriendo muchos de ellos de hospitalización, por lo que la Comisión de Arbitraje Médico del Estado ha considerado que puede ser de interés, tanto para los profesionales que ejercen la medicina privada como para los directivos de los hospitales, conocer las inconformidades con la atención recibida y que se tradujeron en la presentación de una queja ante esta instancia.

Durante los seis y medio años de vida de la Camejal, se recibieron 372 quejas de pacientes atendidos en hospitales privados, de los cuales 290 habían sido sometidos a algún tratamiento quirúrgico y 81 a tratamiento médico.

42 por ciento de las quejas recibidas no llegó a la audiencia conciliatoria, siendo los principales motivos, la falta de interés de alguna de las partes o el desistimiento de la queja, pero de las 181 quejas que llegaron a la audiencia de conciliación, ésta se logró en 63 por ciento de los casos.

La pretensión de los quejosos expresada durante la ratificación de la queja, en su gran mayoría, fue de una compensación económica, sin embargo, cinco de ellos sólo pedían una explicación y uno solicitó continuar la atención. El tipo de acuerdo conciliatorio a que llegaron

las partes fue, en once casos, la continuación de la atención médica en 14 los quejosos se declararon satisfechos con la explicación recibida y 109 llegaron a un acuerdo de tipo económico, con cantidades diversas que surgen de la negociación de las partes entre lo pretendido por el quejoso y lo que el profesional motivo de queja ofrece como un apoyo a su paciente, con el ánimo de concluir amigablemente el conflicto, pero asentando siempre que ello no implica nunca su aceptación de responsabilidad de mala práctica.

De la visión panorámica del ejercicio de la medicina actual, esbozado inicialmente, se han seleccionado algunos aspectos para un análisis más puntual, para lo cual la Camejal solicitó la colaboración de seis destacados profesionistas, expertos en los temas seleccionados, quienes aceptaron contribuir con sus aportaciones para la integración de este capítulo.

Se parte de una revisión de lo que ha sido y lo que es actualmente la relación médico-paciente, para continuar, con una semblanza histórica sobre el ser y el quehacer de los hospitales en la cultura occidental y como han ido evolucionando, hasta adquirir las características que actualmente ostentan.

Posteriormente, el tercer artículo, proporciona información sobre la oferta de servicios hospitalarios en el estado de Jalisco, particularmente en el ámbito de la medicina privada, el tipo de servicios especializados que ofrecen, así como la congruencia con su capacidad de respuesta.

El siguiente tema se refiere a la usurpación profesional y el surgimiento de las llamadas «medicinas alternativas», las cuales constituyen un fenómeno cada vez más frecuente en el área de la salud que pueden generar conflictos, sobre todo cuando los resultados no son los esperados y se provocan daños a los pacientes; por otra parte, cuando las personas que no cuentan con título profesional o autorización para

ejercer una profesión reglamentada como es la medicina (u otras profesiones del ámbito sanitario) realizan ciertos actos con el fin de engañar al público que requiere de sus servicios, tales como ostentarse como profesionistas, sin serlo, o realizar actos propios de dicha actividad profesional, cometen el delito denominado «usurpación de profesiones». No obstante lo anterior, se presentan casos específicos que aún no están claramente definidos y que son motivo de conflictos entre los propios prestadores de servicios de salud, siendo esto último más frecuente en el campo de las especialidades y sub-especialidades, lo que ha causado que surja el término de intrusismo de especialidades, para abarcar esta particularidad.

Como podemos apreciar, los servicios de salud no están exentos de riesgos, sino por el contrario, existen diversos estudios en la literatura médica que revelan estadísticamente la posibilidad de que surjan complicaciones, aunque algunos no distinguen cuando se originan por impericias, negligencias o imprudencias.

La finalidad de contratar un seguro, es obtener una seguridad contra los riesgos que pueden presentarse y en el ámbito sanitario, ofrecer la certeza de que en caso de que sobrevenga una situación inesperada, como sería causar un daño de manera culposa, se tiene un instrumento jurídico que permite compensar de manera económica la eventualidad indeseada. Lo anterior ha motivado que aumente el interés de las personas físicas (médicos y otros prestadores del servicio de salud) como morales (hospitales) que prestan servicios de salud, en conocer la figura jurídica del seguro que los puede proteger. El más apropiado se conoce legalmente como seguro de responsabilidad profesional, el cual es importante distinguirlo de otros servicios legales que se ofrecen y que tienen características diferentes.

El artículo «Los seguros de responsabilidad profesional y el arbitraje médico», pretende ahondar de manera breve y sencilla en las

características que presenta el seguro de responsabilidad profesional en el ámbito de la salud, pero además, presenta de manera sucinta la función y atribución que tiene la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros (Condusef), particularmente los métodos alternos de resolución de conflictos que ofrecen, siendo de gran interés, ya que algunos de ellos (mediación, conciliación y arbitraje) son ofrecidos también por las comisiones de arbitraje médico, pero en distintos ámbitos de competencia, ya que éstos últimos conocen de conflictos derivados de la prestación de servicios de salud, en tanto la Condusef, conflictos derivados de la utilización o contratación de productos o servicios financieros, como podrían ser el incumplimiento de las condiciones pactadas dentro de un contrato de seguro.

Finalmente, el capítulo se cierra con una reflexión sobre el paralelismo entre la cultura de la queja y la calidad de la atención médica, lo cual permite tener una comprensión más nítida del ejercicio profesional de la medicina y del conflicto médico-paciente.

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LOS TIEMPOS MODERNOS

Alberto Lifshitz

*...Difícilmente pasa un día sin un avance científico importante.
Muchas de las enfermedades anteriormente fatales son ahora curables.
La gente vive más tiempo y más saludablemente que nunca.
Sin embargo, la insatisfacción de los pacientes con los médicos
nunca ha sido más importante. Aun cuando los médicos
son cada vez más capaces de curar las enfermedades
y prolongar la vida, el público se ha vuelto sospechoso, desconfiado,
receloso e, incluso, antagónico a la profesión...*

*...La profunda crisis de la medicina, según yo creo,
está relacionada sólo parcialmente con los costos excesivos,
ya que el problema trasciende lo económico.
Desde mi punto de vista, la razón básica
es que la medicina ha perdido su rumbo, sino es que su alma.
Un pacto implícito entre médico y paciente,
santificado por milenios, está rompiéndose...*

Bernard Lown (1999)

INTRODUCCIÓN

La medicina moderna se siente orgullosa de sus avances en diagnóstico y tratamiento, sustentados en la aplicación del conocimiento cien-

Alberto Lifshitz. Director General de Coordinaciones de los Institutos Nacionales de Salud.

tífico, tanto referido al funcionamiento del organismo humano, como a sus connotaciones psicosociales y a las enfermedades que lo afectan. Pero conviene reflexionar que apenas en el último siglo y medio fue que aparecieron remedios realmente eficaces y que muchos de los que se utilizaban en otras épocas hoy han sido desechados por inútiles. Como ejemplos están las sangrías, catárticos, sanguijuelas, pócimas, ventosas, sudoríficos, enemas y muchos otros que han dejado de tener vigencia por haberse descartado su eficacia, al menos para los casos en que se utilizaban y con los criterios de la medicina científica. Sin embargo, la medicina clínica tiene por lo menos unos 2500 años, lo que ilustra la paradoja de una larga supervivencia de una profesión a pesar de que utilizó por muchos años métodos hoy en día considerados ineficaces. La explicación tiene que ver tanto con el ubico y misterioso efecto placebo, como con la no menos mágica tendencia de muchas enfermedades a curarse solas (*vis medicatrix naturae*), a partir de una capacidad de los organismos para repararse a sí mismos.

En esta supervivencia de la profesión ha tenido mucho que ver la habilidad de los médicos para relacionarse con el paciente y su familia, en la medida en que su figura se constituye en un poderoso placebo y en que, en tanto que las enfermedades se autolimitan, el médico infunde confianza, consuelo, apoyo y ejerce una vigilancia sobre eventuales complicaciones (Castañeda, 2000). Pero la relación entre médico y paciente también influye en los desenlaces favorables al propiciar la colaboración de los enfermos en la atención de sus padecimientos, estimular la esperanza y al construir lazos afectivos que se relacionan con la terapia psicológica. A partir de la relación médico-paciente el primero obtiene información verbal y no verbal, construye una relación terapéutica y prepara el terreno para una eficiente asesoría.

La visión que se ha tenido de esta particular interacción ciertamente ha ido cambiando con el tiempo, y las conductas contemporá-

neas de ambos personajes están obviamente determinadas por esa historia y por las modificaciones de las condiciones sociales (Jinich, 1997). El propósito de este escrito es analizar las circunstancias de la relación médico paciente en la actualidad, sus determinantes sociales y la evolución de los roles relativos de cada uno.

LA INTERPRETACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Médicos y pacientes han discurrido por diversas interpretaciones de la enfermedad y sus remedios. Esta particular relación interpersonal se ha visto favorecida cuando las visiones individuales coinciden, y obstaculizada cuando difieren. Aun hoy en día, el médico que es capaz de entender el modelo de salud y enfermedad del paciente y trabajar con él en la consecución de logros en salud, tiene más probabilidades de éxito terapéutico. En la asimetría que ha caracterizado la relación entre médicos y pacientes ha contribuido sin duda la desigualdad en las representaciones que en la mente de ambos tienen la enfermedad y la salud.

LAS VIVENCIAS ELEMENTALES

Pedro Laín Entralgo (1964), el pensador español fallecido hace pocos años, consideraba que todos los pacientes, unos más y otros menos, experimentan una serie de vivencias que modulan su relación con los demás, incluyendo por supuesto a sus médicos. La primera de ellas es la *invalidéz*, todo enfermo es, en mayor o menor medida, un inválido en tanto que no está en posibilidad de desempeñar todas las actividades que realizaba antes de enfermar, ya sea en razón de síntomas discapacitantes o de riesgos de transmitir el mal que lo aqueja. Una segunda vivencia la denomina *molestia*, y se relaciona con la condición desagradable de la mayor parte de los síntomas. Es a partir de este tono afectivo que las expresiones morbosas tienen un carácter biológi-

co protector, en la medida en que para aliviarlas el enfermo busca la ayuda del médico. Todo enfermo siente también la *amenaza*, en tanto que la enfermedad puede ser el inicio de una serie de complicaciones que conduzcan a la discapacidad permanente o hacia la muerte. En cierto modo, el paciente percibe la espada de Damocles sobre su cabeza y, dependiendo de su personalidad, puede adicionar a sus síntomas la angustia o el miedo. Laín denomina *succión por el cuerpo* a una especie de abstracción que el enfermo suele hacer de cuanto le rodea y no está relacionado con su condición de doliente; la atención se centra en su cuerpo, si no es que en el órgano dañado. Todo paciente experimenta la *soledad* aunque esté rodeado de familiares y amistades, dado que ninguno de ellos comparte totalmente con él las vivencias correspondientes. Todos tienen la visión de *anomalía* en la medida en que, por lo menos mientras dura el trastorno, son anormales comparados con el resto de la población. Los enfermos también tienden a utilizar su enfermedad como *recurso*, dado que mientras están enfermos se puede justificar que no cumplan con sus responsabilidades sociales o familiares; gracias a la enfermedad pueden faltar a la escuela o al trabajo, son particularmente atendidos y consentidos por sus familiares y amigos.

EL CARÁCTER PUNITIVO DE LA ENFERMEDAD

La concepción de la enfermedad como castigo tiene sus raíces en épocas primitivas. Aunque Laín no lo menciona, entre las vivencias de los enfermos una muy frecuente tiene que ver con la culpa, con sentirse responsable de lo que ha ocurrido o, por lo menos, preguntarse por qué ha sido castigado con tales males si no ha tenido comportamientos tan inconvenientes. La visión del médico no se ha liberado de esta idea, pues el conocimiento de los factores de riesgo con alguna frecuencia se ha utilizado para culpar a las víctimas. Aun hoy en día se

tiende a culpar a los pacientes que sufren pancreatitis o gota por su falta de moderación en el comer y el beber, a los de cáncer pulmonar por no haber podido dominar el tabaquismo, a las mujeres con cáncer uterino o mamario por su indisciplina para el escrutinio, a los de enfermedad coronaria por sus estilos de vida inconvenientes, incluyendo tabaquismo, sedentarismo e incorrecciones en la alimentación; la enfermedad hepática crónica como castigo a la vida licenciosa, y hasta el resfrío por no haberse cubierto adecuadamente al pasar del calor al frío. Dos enfermedades han sufrido en nuestra época especialmente esta implicación culpable: las infecciones por virus de la inmunodeficiencia humana y la obesidad. En el primer caso, todos los intentos por desculpabilizarlas no han sido totalmente exitosos. Muchas personas, incluyendo personal de salud, la siguen identificando como una consecuencia del sexo contra natura y un castigo a la promiscuidad, mientras que la obesidad y el sobrepeso, visualizados como un atentado a la salud y a la estética, se han llenado de connotaciones culposas en términos de intemperancia alimentaria, glotonería y pereza física para realizar ejercicio.

PECULIARIDADES DE LA ÉPOCA CONTEMPORÁNEA

La relación médico-paciente se ha desarrollado en otras épocas históricas en condiciones muy diferentes a las actuales; muchas de las reglas, supuestos, aspiraciones y deseos alrededor de esta relación se generaron en periodos en que la sociedad tenía otras características, y lo que perdura a través de la historia tiende a idealizarse aunque no se adapte perfectamente a lo que se está viviendo. Es muy evidente que la época que vivimos tiene peculiaridades que inciden necesariamente en la relación médico-paciente y que conviene describir someramente.

En primer lugar se trata de una época en la que el desarrollo científico y tecnológico es francamente acelerado. Muchas verdades de ayer

han dejado de serlo, los métodos y procedimientos se vuelven anticuados rápidamente, los artefactos van siendo sustituidos conforme se vuelven obsoletos. La tecnología ha adquirido preponderancia en la atención médica en la medida en que amplifica el poder de los sentidos del médico y ofrece alternativas mejores para la atención de las enfermedades, pero también se ha significado por su interposición entre médico y paciente, por contribuir a elevar los costos de la atención médica, sustituir al médico en algunas de sus funciones tradicionales, tecnificar al médico, las enfermedades y la muerte, y propiciar la parálisis operativa de los profesionales en cuanto se carece del recurso tecnológico.

Pero también la de hoy es una sociedad más participativa y exigente, que pelea por sus derechos, se organiza, critica y exige, y esta condición se expresa en mayores demandas y reclamaciones y en comportamientos diferentes de los pacientes.

La informática no sólo ha favorecido que los médicos tengan acceso a la información actualizada, sino también los pacientes, aun cuando carezcan de las habilidades para discernir entre la información científica y la promocional, entre la válida y la superflua. Los pacientes de hoy hacen uso de este acceso y exigen a sus médicos que se les prescriba o se les realice lo que leyeron en internet. Por otro lado, gracias a la informática y a las telecomunicaciones ha sido posible la telemedicina, y la consulta electrónica, las que pueden ser bastante impersonales.

El movimiento de la bioética, por su parte, ha sometido a revisión todo el cuerpo de conocimientos de la ética médica, incluida la ética clínica (Lifshitz, 2005), de tal manera que hoy se cuestionan conceptos tan arraigados como el paternalismo, el no dañar como primer principio de ética médica, las condiciones de la enseñanza médica y de la investigación, la prolongación artificial de la vida, la fertilización in vitro y la eugenesia.

Otro movimiento mundial contemporáneo es el de la medicina basada en evidencias, que pone en tela de juicio la intuición, la experiencia no sistematizada y las opiniones, y en cambio revalora el conocimiento científico como sustento básico de las decisiones médicas.

Como nunca, los costos de la atención médica y, en general, su financiamiento, se han reconocido como puntos críticos para el éxito terapéutico. En otros tiempos, los costos se supeditaban a otros valores; ahora, aunque estrictamente los siguen haciendo desde el punto de vista conceptual o filosófico, no se puede ejercer la medicina sin una conciencia clara de los costos. Más aún, sólo lo que es negocio tiene probabilidades de sobrevivir.

La organización de la atención médica también ha cambiado y los médicos no hemos sabido insertarnos armónicamente en estas nuevas condiciones. El modelo liberal de pago de bolsillo y pago por evento está dejando de ser prevaleciente y ahora predominan los sistemas de aseguramiento, en los que el médico se tiene que plegar a las condiciones de las compañías.

También se aprecia una tendencia a generalizar la certificación, ya sea de productos o de servicios, que incluye a los médicos, los hospitales y las escuelas de medicina por lo menos, como una garantía de calidad para el público.

También como nunca, las aportaciones transdisciplinarias se han multiplicado. Muchos de los avances provienen de disciplinas ajenas a la medicina, con lo que se exige de médicos y pacientes una mayor apertura y un acecho de lo que ocurre en otras áreas.

Podrían considerarse otras características, como el crecimiento de las medicinas alternativas, la desconfianza sistemática, particularmente en todo lo que representa la autoridad, el asesoramiento no profesional, la publicidad dirigida directamente a los pacientes o al público, la automedicación y la autoprescripción, el autocuidado de la

salud, las epidemias modernas, la transición hacia la enfermedad crónica y la comorbilidad, la medicina ambulatoria, el ocaso del hospital, etcétera.

LAS EXPECTATIVAS

La relación entre médicos y pacientes está matizada por lo que cada uno de ellos espera del otro. Por mucho tiempo los médicos esperaban del paciente tan sólo obediencia ciega, que depositaran en ellos, sin crítica, toda la confianza, sin cuestionamientos ni recelos, y era el médico el único que tomaba decisiones. Hoy lo que se espera del paciente es mucho más: que identifique la necesidad de solicitar atención médica, y que decida si es urgente o programada, o bien si puede resolverse con una asesoría telefónica. También se espera que seleccione la atención que desea recibir, científica o alternativa, profesional o del dependiente de farmacia o de un familiar, amigo o estudiante de medicina; que elija al médico que quiere que lo atienda; que decida si acepta o no los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se le proponen y, en su caso, que colabore para su realización; que siga las indicaciones del médico (adherencia terapéutica); que aceche la aparición de efectos adversos y que los reporte a su médico; que vigile la evolución de la enfermedad y le reporte a su médico sus observaciones; que de algún modo vigile también la actuación del médico contribuyendo así a la regulación social de la práctica. Del médico se espera que tenga la competencia técnica y humanitaria debida, que explique, escuche, responda, aliente, respete, considere las peculiaridades individuales del paciente, sus limitaciones intelectuales, culturales y económicas, tome en cuenta sus aprensiones, temores, prejuicios, valores y principios, y que se adapte a ellos.

Entre las nuevas responsabilidades de los médicos ante una sociedad diferente, además de las decisiones tradicionales relacionadas

con el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, hoy se espera que explore las expectativas del paciente y su familia, de tal manera que si son razonables, trate de satisfacerlas y si son excesivas, las acote desde el principio. Los medios de comunicación han creado expectativas excesivas que el médico debe conocer y, en su caso, delimitar; explicarle al paciente con claridad cuáles son los límites de la ciencia y cuáles los personales o institucionales. También se espera que no sólo atienda las demandas del paciente, sino sus necesidades, que no se limite a los síntomas iatrotópicos, sino que atienda una visión integral de la salud. Aun el clínico tiene responsabilidades con la salud pública, ya no digamos la notificación o el aislamiento, sino la salud familiar y el futuro de la descendencia del paciente. Debe identificar el grado de competencia del paciente, lo cual no siempre es sencillo, para decidir si puede ejercer su autonomía y si es capaz de contender con su enfermedad. El médico de hoy en día debiera tener la capacidad de seleccionar el modelo de relación médico-paciente que mejor armonice con el caso en cuestión, entender el más amplio contexto de la práctica profesional, procurar conocer el modelo de salud-enfermedad del paciente y trabajar con él en la consecución de logros en salud, utilizar las nuevas tecnologías pero en favor del paciente, incluyendo la asesoría telefónica o electrónica, la telemedicina, la robótica, y perfeccionar las habilidades de comunicación

LOS MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Aun ahora, se pueden distinguir diversos modelos de relación médico-paciente que tienen sus orígenes en la visión social histórica de la práctica profesional. El más arraigado y más antiguo es el modelo *tradicional*, también conocido como *hipocrático*. Este modelo se sustenta en una visión paternalista, en que el médico toma las decisiones por el paciente y desde luego siempre en su favor (Soriguer-Escofet, 1999). A

éste último no se le concede la capacidad de participar en las decisiones en razón de que es un ignorante del saber médico y de que su capacidad para tomar decisiones ecuanímes está limitada porque él mismo es el sujeto de la decisión y no puede liberarse de la subjetividad. Este paternalismo puede ser relativamente apacible o bonachón, o bien francamente autoritario; habría que reconocer que para muchos pacientes éste es el modelo preferido, a pesar de que no toma en cuenta sus opiniones.

El modelo *contractual* (usuario-prestador) parte de la idea de que la relación médico-paciente se sustenta en un contrato, no necesariamente explícito, mediante el cual cada uno adquiere obligaciones y compromisos. El primero que falle puede sufrir la reclamación del otro, si no es que alguna sanción que en el caso de las que generan los pacientes puede ser algún tipo de demanda penal o administrativa, y en el caso de los médicos, castigos más sutiles, como son la referencia o contrarreferencia del enfermo, su exclusión o la prescripción de ciertos procedimientos particularmente molestos o incómodos. Este modelo tiende a predominar en muchas de las instituciones contemporáneas y en la visión de muchos médicos y pacientes, al grado que en la jerga de la administración ya no somos médicos sino prestadores de servicios de salud, y los pacientes son usuarios de los mismos servicios, y si bien permite repartir tareas y transparentar un tanto las responsabilidades, no suele favorecer las relaciones afectivas que ambos quisieran y que forman parte de un legado ancestral que ha permitido la supervivencia de la profesión.

En el modelo *económico* se asume que se trata de una relación comercial (consumidor-proveedor), en que uno paga (de alguna manera) por un servicio y el otro tiene la obligación de prestarlo en proporción a dicho pago. Ciertamente, el paciente ha adquirido comportamientos de consumidor en tanto que puede elegir tanto la modali-

dad terapéutica, al médico, al hospital y al laboratorio; consulta una segunda o una tercera opinión, confirma en los textos que lo que prescribió el médico es correcto, compara ofertas, elige paquetes, etcétera.

Algunas variantes de los modelos anteriores incluyen el *legalista* (cliente-profesionista) y el *ingenieril* (lego-científico). Con la creciente participación social surgen modelos más interactivos, como puede ser el *consensual*, en el que se alcanzan acuerdos convencionales, y el *colegial* o *de asociación*, en el que el médico y paciente son colegas, uno experto en enfermedades y sus tratamientos, y el otro en su padecimiento, y entre ambos buscan la mejor solución. Si bien este último parece la mejor alternativa para una sociedad moderna, lo cierto es que muchos pacientes —y muchos médicos— no están dispuestos a adoptarlo o no se sienten preparados para ello. Hoy en día, se exige a los médicos que seleccionen el modelo que más armoniza con las características de su enfermo y que intenten desarrollarlo lo mejor posible.

UN MERCADO IMPERFECTO

A partir del auge del liberalismo, se llegó a plantear la conveniencia de dejar la relación médico-paciente al juego del libre mercado, que los médicos compitieran por los pacientes y que sus percepciones se ajustaran a esta capacidad de atenderlos a satisfacción de los enfermos (clientes). Se habló de que los pacientes eligieran a su médico aun en los ámbitos de la medicina social, de que el pago fuera por captación y que la medida de calidad estuviera centrada en la satisfacción de los usuarios. Pero ha resultado que el mercado de los servicios de salud es un mercado imperfecto, al menos para alcanzar logros sanitarios. El énfasis en la prevención se pretendió resolver con la capitación y hasta se habló de mejores pagos a quienes mantuvieran a su población adscrita más sana.

Este mercado imperfecto se puso de manifiesto al constatar el comportamiento de muchos usuarios que, al elegir a su médico optaban por el más complaciente, el que no los presionara para que dejaran de fumar o beber, quien no los sometía a régimen alimenticio especial, condiciones que no siempre son propicias a la salud. Más aun, hubo quienes seleccionaban al más guapo o al mejor presentado, y siempre ha habido la tendencia a deslumbrarse con los diplomas, sobre todo si están en inglés, sin considerar que hoy en día pueden fabricarse en la propia computadora. Igualmente, la influencia de la publicidad convierte a los médicos y los remedios mejor promovidos en los más elegidos, al margen de la competencia técnica, la calidad farmacéutica o la eficacia probada. De aquí el auge de los medicamentos milagrosos y de algunas alternativas terapéuticas no suficientemente probadas en cuanto a su eficacia.

LOS DESAFÍOS

Para el médico contemporáneo, las responsabilidades tradicionales se ven adicionadas de otras que no parecían tan importantes en otras épocas. A más de ganar la confianza del paciente y los familiares, de lograr su colaboración, identificar su competencia, expectativas, deseos, temores y aprensiones, tiene que tener la capacidad de seleccionar e implementar la mejor alternativa existente para el caso en cuestión, entender el más amplio contexto de la práctica profesional, incidir no sólo en la salud individual sino en la familiar y la pública, cuidar los recursos económicos de los pacientes, adaptarse a sus limitaciones, considerar sus preferencias, contestar las preguntas, explicar las medidas higiénicas y dietéticas con amplitud, reconocer sus propios límites, solicitar las asesorías pertinentes y hacer las referencias oportunas, comunicar adecuadamente sus opiniones, respetar las decisiones de los pacientes, acompañarlos aun en los desenlaces fatales y aceptar auténticamente la responsabilidad de su atención.

BIBLIOGRAFÍA

- Castañeda, G. (2000), *El arte de hacer clientela*. México: JGH.
- Jinich, H. (1997), *El paciente y su médico*. México: JGH.
- Lain-Entralgo, P. (1964), *La relación médico-enfermo: historia y teoría*. Madrid: Alianza Editorial.
- Lifshitz, A. (2005), «La revolución de la bioética. Su influencia sobre la ética médica». En O. Rivero-Serrano y M. Tanimoto (coords.), *El ejercicio de la medicina en la segunda mitad del siglo XX*. México: Siglo XXI.
- Lown, B. (1999), *The lost art of healing. Practicing compassion in medicine*. Nueva York: Ballantine Books.
- Soriguer-Escofet, F.J.C. (1999), «Cuando el médico decide por el paciente». En Couceiro A: *Bioética para clínicos*. Madrid: Tricastela.

SER Y QUEHACER DEL HOSPITAL ACTUAL

Ignacio Villaseñor Urrea

BIENVENIDOS LOS QUE SUFREN

Es un lugar común el considerar al hospital como un ámbito concebido para curar y que, tal parece, su origen se remonta a los albores de la civilización; sin embargo, tengo al respecto una objeción fundamental. El hospital como tal surge en Europa durante el medioevo y no era, desde ningún punto de vista, ni un medio de cura ni había sido concebido para curar. Sostengo la hipótesis que este hecho es el punto preciso de donde se desprenden todas las determinantes que están señalando, aquí y ahora, la estructura y el quehacer del hospital terapéutico actual. Es desde entonces cuando se fundamenta como institución social, ciertamente muy disfuncional, que sin embargo sirve de cimiento a la práctica médica, es decir, a la respuesta de la sociedad a la exigencia social de conservar un cierto estado de salud que al menos permita a los diferentes sistemas mantener y reproducir sus modos de producción.

Dicho de otro modo, el hospital es una construcción epígona del aparato ideológico dominante de legitimación histórica del poder médico; poder que hoy por hoy, parece ser ya indiscutible, y que lejos

Ignacio Villaseñor Urrea. Jefe del Laboratorio de Salud Pública. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara.

de retroceder, con el paso del tiempo ha venido avanzando hasta constituirse en un elemento del control ubicuo en todos los sectores sociales de nuestros países de occidente.

Partiendo, pues, de la idea de que en la historia del cuidado del enfermo en Occidente hubo en realidad dos clases bien diferenciadas de atención; que nunca se superponían, en ocasiones se encontraban, pero siempre diferían en lo fundamental; esto es, los cuidados médicos por una parte y los cuidados hospitalarios por otra.

El hospital como una institución sobresaliente e incluso esencial para la vida urbana del medioevo europeo no constituía de ninguna manera una institución médica, ya que en esa época la medicina era una profesión no hospitalaria si se define como la intención de curar el enfermo mediante una intervención directa del profesional médico, frente al hospital, en donde la intención era mantener lejos del paisaje urbano la miseria de la enfermedad al tiempo que se rogaba al creador misericordia para sus siervos en desgracia. Esta atención dual hace posible comprender a cabalidad la trascendente innovación que en el siglo XVIII representó la introducción de la medicina al hospital, lo que dio origen al hospital médico terapéutico de nuestra época.

Antes de esta innovación, el hospital era en esencia un espacio de asistencia a los pobres, al tiempo que los separaba y excluía del resto de la población; el pobre como tal, necesitaba asistencia, y como enfermo era portador del contagio y por tanto un potencial propagador de las tan temidas epidemias. En suma, era pues, un peligro que amenazaba principalmente las áreas urbanas de la Europa medieval. El personaje ideal del hospital previo al siglo XVIII no era precisamente un enfermo que había que curar, sino un pobre ya moribundo, es decir, una persona que exigía asistencia tanto material como espiritual, que debía recibir rápidamente los últimos auxilios y los últimos sacramentos; tal era la función esencial del hospital predieciesesco en Occidente.

Decíase entonces con razón, que el hospital era un lugar para ir a morir. El personal hospitalario no estaba destinado a curar al enfermo, sino a conseguir su propia salvación; era un personal caritativo que estaba en el hospital para hacer obras de misericordia que le garantizaran la salvación eterna; por consiguiente, la institución servía para salvar el alma del pobre en el momento de su muerte y también la del personal que lo cuidaba; ejercía entonces una función trascendental en el proceso de tránsito de la vida a la muerte en la salvación espiritual, más que material; al tiempo que cumplía también con la función de separar a los individuos peligrosos para la salud de la población general.

Válgame ahora la aclaración que esta misericordiosa obra tenía también desde entonces su lado diabólico; debido al carácter individualista y privado de las fundaciones de caridad, se dio pie a la aparición de abusos, especialmente hacia fines del alto medioevo, en que no era nada raro que se malversaran los fondos de los hospitales y se transformaran éstos en negocios de la iglesia para el beneficio de los clérigos influyentes. Con frecuencia, los hospitales acababan siendo asilos para ancianos o casas de huéspedes para gentes sanas, esto motivó que las autoridades eclesiásticas, conscientes de la ya demasiado notoria corrupción, tomaran medidas palmarias para restituir al hospital su propósito original.

Así fue que en el año 1311 el papa Clemente V promulga el decreto *Quia Contingit*, —A quién corresponda—, que exigía a todos los administradores de hospitales jurar, so pena de condenación, desempeñar su cargo con honestidad, salvaguardando la propiedad a ellos confiada y presentar ante el obispo de la diócesis un informe anual de las cuentas del hospital a su cargo; y en este mismo tenor, diez años después, el obispo de Ofenburg ordenó al administrador del hospital de su jurisdicción *recibir sólo a enfermos y a inválidos pobres y prohibir la*

entrada de holgazanes sanos que podían ganarse la vida por sus propios medios —desde luego que este ordenamiento exceptuaba a todo aquel que podía solventar sus gastos y que por tanto no significaba distracción de la hacienda hospitalaria.

Pese a todas estas buenas intenciones, la decadencia del sistema hospitalario continuó y a partir del siglo XIII, a medida que las ciudades europeas prosperaban y la naciente burguesía se enriquecía rápidamente y por tanto se hacía cada vez más poderosa; las autoridades civiles se independizan de la dominación eclesiástica y subordinan el poder de la iglesia al hacerse cargo de las actividades que ésta había desempeñado durante los mil años previos. Si bien los monjes y monjas continúan proporcionando la atención de enfermería, la autoridad civil del municipio se hace cargo de la institución hospitalaria; además de que, si en el pensamiento medieval los pobres, los débiles y los enfermos eran considerados indispensables para la salvación de quien practicaba una obra de caridad, en la realidad objetiva era un estímulo a la mendicidad y sobre todo legitimaba la aceptación del mendigo como una necesidad de la sociedad, enfoque totalmente opuesto a la filosofía de la recién llegada Reforma de Calvino.

Los idearios de los humanistas, especialmente el de Juan Luis Vives, pugnaban por la eliminación de toda forma de mendicidad, la organización eficiente de las instituciones de asistencia pública y la unificación de todas las instalaciones y recursos existentes en manos de las autoridades laicas, fueran municipales o de alcance nacional, quedando desde luego incluidos los hospitales.

A este respecto, es ejemplar el manifiesto de Simon Fish en Inglaterra en 1529, contenido en su famoso opúsculo llamado *A Supplicacyon for the Beggars* —Súplica de los Dolientes— en donde se señala «...¿Pero cuál es la solución para nosotros, pobres, enfermos, lisiados y adoloridos? ¿Hacer muchos hospitales?; no, por cierto, mientras más,

peor, porque invariablemente nuestra suerte dependerá exclusivamente de las barbas de los curas...». Este autor propone como solución expropiar al clero y pasar los hospitales y las instalaciones relacionadas con ellos a manos del rey.

Por lo que hace a la medicina, durante todo el medioevo, ninguno de los elementos que la integraban y le servían de justificación le permitieron ser una práctica hospitalaria, pues su característica más destacada era su acendrado individualismo; individualismo por parte del médico a quién sólo se reconocía como tal en la medida en que aprobaba la iniciación que garantizaba la propia corporación médica y que comprendía fundamentalmente un conocimiento de los textos y la transmisión de recetas más o menos secretas o públicas; es decir, su actividad se basaba en la transmisión de indicaciones y no en las experiencias que hubiera adquirido, asimilado e integrado; de ahí que la experiencia hospitalaria no tenía ningún lugar en la formación ritual del médico de esta época.

Toda vez que su intervención giraba en torno al concepto de crisis, el médico observa al enfermo y a la enfermedad desde sus primeros signos para descubrir el momento en que se produciría la crisis; crisis que se daba en el momento en que dentro del enfermo se enfrentaban su naturaleza sana y el mal que lo aquejaba. En esta lucha, el médico analizaba los signos para pronosticar la evolución y favorecer hasta dónde de fuera posible, el triunfo de la salud y la naturaleza sobre la enfermedad. En la cura participaban tres actores, la naturaleza, la enfermedad y el médico, dónde este último era el pronosticador, el árbitro y el aliado de la naturaleza en contra de la enfermedad; esta especie de batalla sólo podía darse en una relación individual entre el médico y el enfermo; de este modo, la idea de una larga observación que permitiera hacer generalizaciones y registrar los elementos particulares que se hacía en el seno de los hospitales, para el médico carecía en absoluto de valor.

DEJAD QUE LOS ENFERMOS SE ACERQUEN A MÍ

Fue hasta 1486, cuando en Nuremberg, se contrata por primera vez un médico para atender especialmente al nuevo hospital del Espíritu Santo, ejemplo que difunde a otras comunidades en los albores del siglo XVI, al descubrirse; como sucedió en Estrasburgo por el año de 1515, que la atención médica hospitalaria acortaba las estancias y por tanto disminuía los gastos de la institución. Este hecho iba a tener consecuencias extraordinariamente fructíferas en los siglos siguientes, al abrirse las puertas de los hospitales al poder médico; transformando de paso la concepción de la medicina, con la introducción del aprendizaje a los pies del enfermo, al lado de su cama, inaugurándose así la llamada enseñanza clínica en Leyden en 1626.

Por lo que toca a las flamantes colonias españolas de ultramar, los acontecimientos lógicamente se precipitaron ante la emergencia que representó el súbito ensanchamiento de los dominios del rey. Así fue como entre 1531 y 1608, en tan sólo setenta y siete años se establecieron en la Nueva España ciento cuarenta y tres hospitales típicamente de pobres y al más puro estilo medieval, con la única diferencia que de este lado del Atlántico se llamaron de indios, y los que además de las características que mencioné para los hospitales europeos, fueron también lugares en donde. «...se instruía a los naturales en cuestiones religiosas y se les administraban los sacramentos...»

En lo tocante a la medicina, vale aclarar que por los años de la conquista de México, España se encontraba a la vanguardia entre los países de Europa en lo que se refiere a la intervención estatal en la práctica profesional, pues, desde 1422, había instituido un tribunal llamado del protomedicato; organismo estrictamente gubernamental que, al margen de las universidades y gremios médicos, otorgaba la aprobación para el ejercicio profesional a quienes deseaban practicar la medicina. Esto obligó al Ayuntamiento de la Ciudad de México a

nombrar un protomédico desde el año de 1527, aunque el tribunal como tal haya sido instituido por real cédula más de cien años después, en 1646, lo que se explica por la necesidad que el aparato virreinal tenía de no permitir la expansión de la práctica a los criollos y mestizos, puesto que ello hubiera representado una amenaza a la hegemonía española en el poder.

Las atribuciones del tribunal del protomedicato exigían al aspirante un examen práctico en el hospital, lo que forzó a la universidad a establecer, por primera vez, cursos dentro de los hospitales. En las constituciones de Palafox de 1649 se señaló la obligatoriedad que tenían los aspirantes a médicos de asistir a las disecciones humanas en el Hospital Real de Indios al menos tres veces por año mientras duraban sus estudios.

Considero un grave error pretender que la técnica médica, como tal, haya sido la causa de la transición del hospital medieval a la institución médica que se desarrolla durante el siglo XVII y se consolida en el XVIII en todo el mundo. A mi manera de ver, esta transformación surge de una tecnología, válgame el término, fundamentalmente política: *la disciplina*; no quiero decir con esto que la disciplina se haya inventado hasta entonces, pues es evidente que ha existido desde la más remota antigüedad; ejemplo de ello es la legión romana, el monasterio del medievo o el esclavismo colonial; sino que, sostengo que la disciplina se elabora en principios fundamentales a partir del siglo XVII y se presenta como la expresión más acabada del mercantilismo que invade a los países de Occidente durante el siglo XVIII.

Siempre se habla con largueza y admiración de los descubrimientos tecnológicos y científicos del siglo de las luces, pero poco se ha analizado esta trascendental invención técnica que fue la disciplina como una nueva forma de gestión para gobernar al hombre, controlar sus multiplicidades y utilizarlas a su máxima capacidad. Se mejoró así el

efecto útil de su trabajo, gracias a este sistema de poder que permite primero controlarlo y luego apropiarse de su valor excedente.

Es este control del trabajo y esta apropiación del valor excedente lo que define con precisión indiscutible al naciente capitalismo mercantil, que se mantiene hasta hoy en día como el modo de producir dominante en nuestros países de occidente y mantiene a su servicio la técnica de la disciplina en cuatro áreas muy precisas:

Primero: La disciplina es un arte de la distribución espacial de los individuos, que a través del análisis del ámbito laboral coloca a los cuerpos en espacios individualizados permitiendo su clasificación y sus combinaciones.

Segundo: La disciplina no ejerce su control sobre el resultado de una acción, sino sobre su desenvolvimiento.

Tercero: La disciplina es una técnica de poder que encierra un concepto de vigilancia perpetua y constante de los individuos, no basta con observarlos de vez en cuando o ver si lo que hicieron se ajusta a las reglas, es preciso vigilarlos durante todo el tiempo que se realice la actividad y someterlos además a una pirámide permanente de vigilantes, y

Cuarto: La disciplina supone un registro exacto y continuo: anotaciones sobre el individuo y transferencia de la información en escala ascendente, de suerte que a la cúspide de la pirámide de vigilantes no se le escape ningún detalle, acontecimiento o elemento disciplinario.

Así, la disciplina es, pues, un poder de la individualización cuyo instrumento principal es el examen y la vigilancia permanente y clasificadora, que permite distribuir a los individuos, juzgarlos, medirlos, localizarlos; en una palabra, utilizarlos al máximo. Es precisamente la introducción de esta técnica al confuso espacio hospitalario, lo que permitió que el médico se convirtiera en el personaje central del hospital, a la vez que se transforma el concepto de medicina que entra a formar parte del sistema epistemológico dominante en las ciencias

dieciochescas, que prefiguran la enfermedad como un fenómeno natural. Dicho de otro modo, la enfermedad pasa a formar parte de la naturaleza que ejerce una acción particular sobre el individuo; de modo que la perspectiva de la curación está ahora dirigida por una acción médica que ya no se encamina a la enfermedad propiamente dicha, como en la medicina de la crisis, sino que se orienta hacia el medio ambiente, esto es el aire, el agua, la temperatura, la alimentación, etcétera; por consiguiente, al ajustarse los procesos de desplazamiento de la intervención médica y la aplicación de la disciplina, aparece el hospital médico y terapéutico que conocemos ahora, en el que se puede, señalar tres características distintas que lo definen.

Primero: La localización del hospital y la distribución interna del espacio. La ubicación del mismo en el espacio urbano se empieza a calcular a la luz de esta nueva medicina del ambiente; se le ubica fuera del centro de las ciudades, para evitar el contagio por los miasmas y las aguas contaminadas, y al interior la distribución se modifica para evitar en lo posible la transmisión de la enfermedad; creándose en torno a cada uno de los enfermos un pequeño medio espacial individualizado, específico y modificable según las características del paciente.

Segundo: La transformación del sistema de poder en el seno del hospital. Desde el momento en que el hospital se concibe como un instrumento de cura y la distribución del espacio se convierte en elemento terapéutico, es el médico quien asume la responsabilidad principal de la organización hospitalaria, desplazando para siempre el poder del personal administrativo-religioso. Nace así el personaje del médico del hospital que antes no existía. Recuérdese tan sólo que previo al siglo XVIII los grandes médicos se dedicaban en exclusiva a la consulta particular y adquirían prestigio gracias a ciertas curaciones espectaculares que lograban, y quienes contrataban las comunidades religiosas para sus hospitales eran generalmente lo peor de la profesión. La emi-

nencia médica que finca su prestigio en la experiencia hospitalaria fue, pues, una creación del siglo XVIII.

Esta inversión del orden jerárquico en el hospital con la ocupación del poder por el médico cristaliza de manera epígona en el ritual de la visita. Ese desfile ceremonial encabezado por el médico de toda la jerarquía del hospital, y donde participaban ayudantes, alumnos, enfermeras, etcétera ante la cama del azorado enfermo que se cosifica en los reglamentos hospitalarios desde entonces, en los que se indica dónde debe colocarse cada persona, que la presencia del médico debe anunciarse con repiques de campana, que la enfermera debe estar a la puerta con el cuaderno de notas en la mano, siguió vigente y todavía a mediados del siglo XX, sonaba una campana cuando el médico venía cruzando la calle para entrar al Hospital Civil de Guadalajara.

Tercero: La organización de un sistema de registro permanente y, en la medida de lo posible, completo, de todo lo que ocurre. Esto empieza con la identificación del enfermo al colocarse una ficha a los pies de la cama con su nombre y padecimiento y se extiende a la captación estadística de ingresos, altas, diagnósticos, médicos tratantes, etcétera; además, permite la confrontación de la experiencia con estos registros para averiguar qué tratamiento es más satisfactorio, qué médico tiene más éxito, qué epidemias pueden darse en las diferentes salas y muchos hechos más. Esto hace del hospital ya no sólo un lugar de curación, sino también de registro de experiencias, y lo más importante, de adquisición de conocimientos, como sucedía desde 1785 en el Hôtel Dieu de París. De este modo la institución hospitalaria pasó a ser el venero más fértil del saber médico, lo que se afirma en la década de 1780 a 1790, la formación normativa del médico en el hospital como requisito indispensable para la enseñanza. Desde entonces, se entiende por clínica la organización del hospital como lugar de excelencia para la capacitación y la transmisión del saber médico dominante.

Estos tres hitos: registrar, capacitar y acumular conocimientos ofrecen a la medicina un inmenso campo de observación que resulta en la apropiación como objetos de saber por parte del médico, el individuo y la población; el individuo, al ser observado, vigilado, conocido y curado y la población general al permitir la comparación de los registros hospitalarios con los de otras instituciones de otras regiones. Esto posibilita la intervención médica en los individuos y las poblaciones simultáneamente; lo que, creo yo, define, sin lugar a dudas, las práctica médica de nuestros días.

TOCA EL VUELO DE MI TÚNICA Y SERÁS SANADO

En la década de 1920, la adopción de la asepsia, la anestesia efectiva y la introducción de los primeros antimicrobianos, hizo descender espectacularmente la mortalidad hospitalaria, con lo que la población considera, en forma definitiva al hospital, como una institución en donde los enfermos se curan mucho mejor que en el hogar, al tiempo que gana terreno como lugar de enseñanza ya no sólo estrictamente para el médico. Es así como en la primera mitad del siglo XX culmina el desarrollo de una serie de servicios anexos a la medicina y a la enfermería, como son el trabajo social, la nutrición y la administración general, lo que provoca un crecimiento acelerado del personal no médico en los hospitales, con el consecuente aumento de los gastos de operación; además de surgir nuevas situaciones que no tienen mucho que ver con el interior del hospital, como son el desarrollo de una estructura burocrático-sanitaria y una intervención cada vez más señalada del aparato estatal, especialmente en lo referido al financiamiento y construcción de hospitales.

Por otra parte, se modifican también las relaciones orgánicas al interior de la institución, las que sufrieron alteraciones que las volvieron inestables. La cuestión deja de estar entre los administradores en-

cargados y los médicos solamente, sino que ahora aparece en escena un nuevo actor muy importante a partir de la segunda mitad del siglo XX; esto es, los consumidores de servicios hospitalarios organizados, llámense como se llamen, a quienes hay que tener muy en cuenta y dejar satisfechos en la medida de lo posible. Esto lleva a una división del trabajo hospitalario más explícita y a la necesidad de una administración más eficiente y más responsable; para el médico esto significó integrarse a un equipo de trabajo institucional, una perspectiva que para la mayoría de estos personajes es altamente desagradable ya que, aunque el grado de control que esto ejerza sobre su actuación puede ser variable, su práctica hospitalaria estará bajo el juicio permanente de muchos otros, además de sus colegas de profesión, quienes habrán de valorar permanentemente su desempeño, creándole al médico problemas relacionados con la eficiencia y racionalidad administrativa de productividad y responsabilidad, al quedar convertido el hospital en una auténtica industria médica, en la que la atención curativa es el objetivo primordial de la institución, y en la que todas las disposiciones se ven guiadas por normas científicas y técnicas que giran en rededor de las necesidades de una racionalidad orgánica y económica indiscutible.

Como toda empresa, el hospital actual tiene un fin en su organización, es decir, una razón de ser, sin embargo considero que es un grave error asignarle un solo fin, puesto que el hospital contemporáneo constituye un prototipo de organización con fines muy complejos; es un hotel y una escuela y también un laboratorio y un lugar para el tratamiento médico. Así pues, los hospitales están proyectados para proporcionar cuidados médicos a los enfermos, al mismo tiempo que son el campo de aprendizaje principal donde los médicos noveles adquieren una experiencia valiosa y además se dedican recursos considerables a la investigación. No tengo claro cuál de estos propósitos es

el más importante, aunque por razones tradicionales y humanitarias se diga que su objetivo principal es la asistencia a los enfermos.

Es precisamente en este punto donde empiezan los desacuerdos, ya que en la medida en que se desprenden de estos propósitos genéricos una serie de objetivos secundarios, el trabajo del personal adscrito al hospital empieza a especializarse exageradamente, al tiempo que surgen verdaderos entrenamientos en la percepción que se tiene de la organización. Es por ello que dar la mejor atención posible al menor costo podrá ser considerado como un objetivo ideal para los administradores, pero para el médico-profesor este factor perderá importancia en tanto que su interés mayor será el de aceptar a los enfermos como material didáctico para los estudiantes, y los casos raros para su lucimiento como eminencia.

UNO DE USTEDES HABRÁ DE TRAICIONARME

Al interior de la estructura hospitalaria se señalan tres grupos significativos: el personal médico, la administración y los empleados no profesionales. Desde el punto de vista de los objetivos puros del hospital, pudiera parecer extraña la omisión del paciente como parte de otro grupo significativo; sin embargo, justifico esta omisión por dos razones fundamentales: primera: El enfermo no llega a aprender nunca los modelos culturales de la institución, por lo que no participa activamente en la vida del hospital; su papel es pasivo e introvertido y toda su acción se centra en su propósito de mejorarse tan rápidamente como le sea posible; y segunda: Con la tecnología actual, al reducir mucho la duración media de la estadía del enfermo, el hospital no alcanza a convertirse en una institución de custodia.

Por estas dos razones actualmente ya no es posible que surja una cultura del enfermo, como ocurría anteriormente en los hospitales de tuberculosos, los lazaretos o los manicomios, o como aún se da en

otras instituciones de asistencia prolongada, como por ejemplo los asilos de irrecuperables o las prisiones. Mientras los pacientes están hospitalizados, no son del hospital, sino que sólo constituyen un grupo de referencia para quienes forman parte de la estructura institucional.

Estos grupos, los médicos, los administradores y los empleados no profesionales, se yuxtaponen y lógicamente, como sucede siempre que hay yuxtaposiciones, surgen conflictos de poder. Aunque tanto el personal médico como el administrativo no va a negar nunca que su fin primario es la asistencia de los enfermos, participan además de muchos otros objetivos menores que abonan el campo del conflicto; aunque, sin duda, existen algunas zonas de poder que están perfectamente demarcadas y reconocidas. Un administrador no le dirá a un médico qué terapéutica debe emplear y un médico no intervendrá en la integración del sistema contable de la institución. Debido a la naturaleza carismática de su autoridad y el prestigio de su posición dentro de la jerarquía hospitalaria, la influencia del médico va más allá de la esfera de su competencia estricta y en un momento dado podrá influir sobre el administrador para señalarle cuáles deben ser los gastos más importantes, por ejemplo.

El territorio en disputa, en el que tanto el personal administrativo como el médico tienen interés y autoridad sobrepuestos y en donde realmente surge el conflicto, se encuentra en todas las áreas de la organización hospitalaria y se reduce a ese ubicuo axioma de la llamada relación costo-beneficio. Por un lado se encuentra el administrador, que pretende reducir al máximo los costos, aunque, por lo menos en los hospitales estatales, no sepa a ciencia cierta para qué; y por el otro está el personal médico, que considera al hospital como un ambiente ideal para efectuar ciertos trabajos asistenciales que, a su manera de ver, deben ser juzgados por su eficiencia clínica y no por su costo. En este ambiente ocupa un lugar destacado, que le da ventaja al

médico, la tan traída y llevada obligación del hospital de enseñar aprendices. Esto requiere mantener un buen número de camas ocupadas por periodos largos, generalmente con pacientes indigentes, que lejos de tributar ganancias originan grandes gastos.

A menudo se insiste, en una forma que me parece demasiado simplista, que este conflicto se resolvería si el administrador fuera médico; sin embargo, esto no sucede así, pues en primer lugar los médicos no gustan de una dedicación exclusiva a las labores administrativas, aunque estén dispuestos a una dedicación parcial, siempre que no interfiera con su función principal, es decir, la clínica, privada o no, y la enseñanza o la investigación. Esto ocasiona como es evidente, que el médico resulte un malísimo administrador; y si por excepción se llegara a dedicar en forma total a las tareas administrativas, de inmediato será considerado por sus compañeros de gremio, en el mejor de los casos, como una especie de traidor que ha cambiado de bando. Es frecuente que se le considere también como un frustrado o fracasado que no pudo con la actividad clínica y tuvo que convertirse en un burócrata desprofesionalizado.

El segundo problema relacionado con este conflicto de intereses es la lucha que se da entre la autonomía profesional y el control burocrático. Como consecuencia de su saber, el médico siente ser el único competente para tomar decisiones sobre la asistencia a los enfermos y, por otra parte, dada la profesionalización de la medicina, sólo los médicos pueden controlar a los miembros de su profesión. Estas dos situaciones, junto con el crecimiento del hospital actual, al que, como ya lo mencioné, se le han agregado servicios hasta el absurdo, hacen que aumente exageradamente la burocratización; lo que, necesariamente, va a tropezar con la autonomía funcional del médico, que se opondrá con todas sus fuerzas, a cualquier control burocrático sobre su actividad.

Con esto no quiero decir que el médico ejerza un control absoluto sobre los miembros de su propio grupo; antes bien, yo diría que este control es bastante laxo, pues está demostrado que aunque el prestigio y credibilidad de los médicos dependen en gran medida de las referencias personales y se asume que la terminación de los estudios y la calificación, más o menos estricta de las corporaciones, son pruebas suficientes de su competencia, una vez dentro del trabajo hospitalario, las normas de la práctica profesional son tales, que nadie evalúa el trabajo de otro, ni ofrece opiniones no solicitadas. En los hospitales de paga sólo se piden opiniones en la medida que el bolsillo del paciente lo permite, y en los hospitales del sistema las opiniones sólo sirven para diluir la responsabilidad del tratante y los comités evaluadores sólo existen en el gráfico de organización que cuelga de la pared del despacho del director.

Este es un punto clave en las discusiones que se dan en torno a la autonomía profesional. Las infracciones y las desviaciones de lo que se considera una correcta práctica médica, nunca se sancionan, pues a lo más se formulará alguna advertencia que ni siquiera es considerada como reprimenda, por parte de algún colega, generalmente del mismo rango o, en el mejor de los casos, por uno más viejo y prestigiado, que llamarán la atención del transgresor acerca de su comportamiento.

En estos casos raramente interviene el director médico, que siempre estará más dispuesto a utilizar su influencia personal para controlar a los médicos bajo su supervisión que a utilizar la autoridad formal que su cargo le confiere. Basta observar cómo a los médicos muy pocas veces se les aplican las sanciones reglamentarias, tales como descuentos al salario, extrañamientos por escrito o actas administrativas, y cuando esto sucede, en los hospitales oficiales, nunca desembocan en un cese, a menos que medie alguna rivalidad entre el médico involucrado y los mandos superiores de decisión burocrática administrativa.

En suma, creo que los esfuerzos para controlar el trabajo de los médicos en el hospital, especialmente en los de sistema, no son sólo un procedimiento burocrático molesto y legitimador del cobro del salario, sino que es también, y en una buena medida, un escrupuloso afán por llenar un vacío de poder genuino que ha sido producido por las peculiaridades del sistema de práctica profesional de los médicos altamente sobreestimada por ellos mismos, lo que los ha vuelto incapaces de tolerar otra regulación como no sea la que el propio grupo médico señale.

Este estatus profesional de los médicos, reconocido por toda la sociedad, ha contribuido a que a otras profesiones relacionadas con la atención hospitalaria se les otorgue un cierto reconocimiento también. Así, el personal llamado paramédico, como enfermeras, laboratoristas y trabajadores sociales, han manifestado sus aspiraciones en esta dirección y han incrementado su estatus mediante actividades escolarizadas, como son los estudios de posgrado y los programas de prácticas o residenciaturas a las que ahora se empiezan a sumar los administradores de hospitales. Esto ha llevado a otro conflicto de poder, debido a que estos grupos adoptan prerrogativas profesionales que antes eran monopolio de los médicos, haciendo que éstos se replieguen y se resistan a abdicar, negándose a legitimar las demandas de las ocupaciones aspirantes. Todo esto se abona debido a que ni el público en general, ni la gran industria hospitalaria contemporánea han concedido el reconocimiento profesional al personal no médico; es por eso que el paciente seguirá aceptando mansamente todo lo que el médico le diga y descargará toda su desesperación sobre el personal de enfermería o el técnico. La queja más común del paciente hospitalizado no es precisamente porque el médico sea un ignorante irresponsable, sino porque la enfermera no atinó a la vena al primer golpe; del mismo modo que el propagandista del laboratorio farmacéutico buscará, con una pacien-

cia digna de mejor causa, al médico para presentarle un nuevo medicamento o mostrarle al jefe del servicio las bondades de un aparato novedoso, asumiendo, pues, de entrada, que quien tiene la última palabra en esta decisión es el médico. Hasta la fecha, creo que estos maestros de la propaganda todavía no se equivocan.

En el hospital contemporáneo se da una gran división del trabajo, que conduce a la estratificación del personal en pequeños grupos de jerarquías de estatus basadas en el grado de destreza y su relación más o menos directa con el enfermo. Esta rigidez en la estratificación conduce a un bloqueo en la movilidad, es decir, pone límites a los posibles progresos en un grupo especializado.

En el hospital actual, es cierto que con el tiempo alguien puede elevarse desde un nivel de subordinado a jefe de una sección o director de un departamento, aunque ello signifique sólo salvar una o dos posiciones, pero a condición que sea dentro del mismo grupo jerárquico. No se puede cambiar desde una especialidad a otra más prestigiosa sin cursar un estricto aprendizaje escolarizado adicional, cosa que no sucedía hasta hace relativamente poco tiempo. De este modo, el técnico de laboratorio no puede ser ascendido a patólogo, la enfermera a médico o el electricista a ingeniero de mantenimiento; aunque muchas veces sepan más y sean más hábiles que el propio miembro del grupo de estatus superior.

Al menos desde mi punto de vista, esta limitación de oportunidades de ascenso seguirá siendo la causa principal de los continuos cambios del personal subordinado en los hospitales, que se marchan en busca de mejores horizontes y dejan sus puestos a disposición de personas menos capaces. Por otra parte, es también causa de la baja moral de quienes no pertenecen al grupo médico, ya que a este personal de menor jerarquía se le exige que tenga un compromiso ideológico con oportunidades limitadas; en otras palabras, se les exige que

sacrifiquen sus ambiciones personales a los fines de la organización hospitalaria sin brindárseles ninguna esperanza de acceder a mejores niveles de funcionamiento o de ingresos económicos.

Por lo que toca al enfermo, es decir al paciente hospitalizado, debido a su padecimiento, es dependiente y por tanto incapacitado para tomar sus propias decisiones. Esto convierte en el sujeto hacia quien y para quien hay que hacer las cosas si se espera su recuperación. Así pues, se espera que el paciente sea el recipiente pasivo de los cuidados médicos; por lo que, y por causa de esta misma pasividad y por la lógica de la práctica de los médicos, el personal del hospital le considera como objeto, de modo que el enfermo al ingresar al hospital se convierte tanto biológica como socialmente en un caso; caso al que habrá que manejar de acuerdo con conceptos de categorías. Dicho de otro modo, de cosas, más que de entidades actuantes dentro de un todo social y biológico; por esto, los enfermos hospitalizados tienden a ser los objetos de los procedimientos médicos, acciones que se han legitimado en virtud de criterios universales de la ciencia médica, de donde se desprende que, pese a la importancia que se le concede al ideal de una asistencia continua y personalizada, en el hospital actual la interacción entre el enfermo y el personal médico y auxiliar es por episodios y siempre orientada a la ejecución de maniobras específicas, lo que niega la oportunidad al paciente de experimentar sentimientos compartidos en los manejos que le son impuestos.

No puedo negar la validez del hecho de que el hospital resuelve el problema agudo del enfermo, y por tanto una vez elaborado el diagnóstico e instalado el tratamiento, el paciente se recuperará y reanudará sus roles normales sin ninguna otra ayuda, ya que el trabajo social o los servicios de rehabilitación en sus funciones no médicas, sólo se requieren en forma excepcional. Sin embargo, vale tomar en cuenta que en la asistencia hospitalaria estricta, participa una gran canti-

dad de personal con muy diversos grados de profesionalización y especialización, que están sujetos a una dirección autocrática establecida a lo largo de una cadena de mando que se organiza mediante una jerarquía burocrática, por lo que las comunicaciones entre el personal adquieren un carácter formal y por escrito, lo que hace innecesario un entendimiento completo por parte de cada uno de los trabajadores de la naturaleza de las tareas de los demás. En la medida en que se reconozca la división estratificada del trabajo y se señalen claramente las órdenes, no se requiere más intercambio entre los miembros del personal; todo esto, si bien deja constancia indeleble de las indicaciones y reportes de cada quien, en el gran hospital contemporáneo, redundando en una paralización funcional que alarga inútilmente las estancias del paciente y, lo peor de todo, le usurpa definitivamente, tanto al enfermo como a su familia, la posibilidad de comprender claramente la realidad de su padecimiento y el propósito de las maniobras terapéuticas que se le imponen, las que, como es muy bien sabido de los médicos, muchas veces están dirigidas más a satisfacer los afanes exhibicionistas y de autoafirmación de los profesionales que a beneficiar realmente al enfermo.

Estas tres características sobresalientes del hospital actual, a saber, primero: su doble sistema de autoridad, por un lado basada en principios burocráticos con su consecuente poder racional y legal y por otro, el de la organización del personal médico basado en líneas de prestigio, escolarización y de gremios con un poder fundamentalmente carismático, producto de la monopolización del saber y la práctica por parte del médico; segundo: su gran división del trabajo, que limita las oportunidades de desarrollo del personal al bloquear su movilidad, y tercero: su naturaleza autoritaria, que mantiene una rígida estructura en las comunicaciones que redundando en la reducción del enfermo a su categoría, negándole su característica fundamental de

sujeto de relación social. Esto hace necesario buscar un nuevo concepto del sentido de la hospitalización en nuestro tiempo

ANTES DE QUE EL GALLO CANTE ME HABRÁS NEGADO

Para esto, es preciso señalar que el modelo hospitalario contemporáneo prevé un conjunto de supuestos respecto al proceso de la enfermedad, los fines que tiene el cuidado de los enfermos y las expectativas que se tienen acerca del rol del paciente hospitalizado, ya que es obvio que la opinión que tendrá un paciente sobre su experiencia en el hospital depende solamente del grado de concordancia entre el tipo de atención que esperaba recibir y la que en la realidad recibe, pues la presencia de la enfermedad significa diferentes cosas para cada persona, pero finalmente la enfermedad tiene en común que termina por desorganizar las relaciones sociales establecidas de quien la padece. Esta situación se torna extremosa y exagerada en el ámbito hospitalario, y se concreta a través de tres mecanismos susceptibles de analizarse.

Primero: El hospital es un ambiente extraño para el enfermo, tiene sonidos, olores y aspectos a los que normalmente no se está acostumbrado; se siente un aire de urgencia impersonal con médicos y enfermeras que se mueven rápidamente de un lado para otro. Existe además la ancestral ansiedad y recelo de que el hospital es un lugar a donde se va a morir, o en el mejor de los casos, el estar hospitalizado significa que la enfermedad es grave, ya que solamente se hospitalizan los que están muy enfermos; sin embargo, yo considero que es mucho más importante que estos problemas, la interrupción de los roles habituales del paciente, especialmente la separación de la familia y del trabajo.

Al ser la enfermedad un asunto intensamente personal, requiere respuestas de tipo personal tanto como de apoyo por parte de la familia y de la comunidad, en forma de una preocupación solidaria y ayuda eficaz, lo que no puede darse cuando el enfermo es apartado de

su grupo al ser admitido al hospital en donde se encuentra privado no sólo de estas respuestas primarias, sino además expuesto a una serie de interacciones con otros individuos con características muy impersonales, como son el comportamiento científico de los médicos y enfermeras.

A menudo, se argumenta que el personal de servicio de un hospital no debe involucrarse en la dinámica del enfermo, con el pretexto de que se pierde objetividad científica en perjuicio del tratamiento, que se puede ser víctima de manipulaciones afectivas por parte del enfermo, convirtiéndose entonces el médico en servidumbre y el paciente en dictador. A mi manera de ver, esto carece de un fundamento sólido que lo sustente, y la realidad es que este trato aséptico y distante que se le dispensa al paciente hospitalizado no es otra cosa que la manifestación objetiva del ancestral poder del médico sobre la vida y la muerte de los enfermos, poder que, al modernizarse la sociedad, permitiendo en buena medida una desmitificación de esta imagen de ser omnipotente, hace que el médico defienda a ultranza su monopolio sobre el saber terapéutico, que ha dejado de ser un sano consejo, para convertirse en una orden, ubicua e indiscutible, al interior del espacio hospitalario.

Segundo: Un aspecto muy peculiar del estatus de los enfermos, es que tienden a ser despreciados por la cúpulas burocráticas de los grandes hospitales, en especial cuando el hospital constituye sólo una parte, siempre la que gasta más dinero sin producir ingresos económicos, de alguna organización más amplia que proporciona otros servicios como pueden ser prestaciones económicas o de tipo social. Tal es el caso de los hospitales del sistema de seguridad social o de asistencia pública, a diferencia de los hospitales de iniciativa privada, en donde el enfermo es el más sumiso pagador de cuentas, tan sumiso que cuando alguno se inconforma por los cobros exagerados o por las atencio-

nes deficientes y entabla una demanda, se convierte en segura noticia de primera plana.

En las instituciones oficiales, los enfermos son considerados sujetos devaluados aun antes de ingresar al hospital, es decir, están incapacitados para el trabajo, son viejos o están locos; en una palabra, son vistos como una pesada carga por los altos funcionarios administrativos, consecuentemente, se justifica y se legitima la manipulación de grandes grupos de pacientes, sin tomar en cuenta sus deseos más allá de las asambleas de juntas directivas, que tienen representantes de los derechohabientes a través de controlar sus comportamientos, estructurar sus actividades según las necesidades de la organización, otorgándoles un trato impersonal, justificado por las razones científicas de la lógica médica y de aislarlos del resto de la sociedad y su familia.

Tercero: La legitimación del manejo irrestricto del enfermo, se da también al interior del espacio hospitalario, diría yo que mediante tres mecanismos muy evidentes; el de desnudamiento, valgáseme el término; el de control de medios, y el de restricción de la movilidad.

Cuando un enfermo ingresa al hospital, lleva consigo su propia cultura, es decir, sus creencias, sus actitudes, sus valores y relaciones sociales, además de sus pertenencias meramente materiales, como su ropa; pero sobre todo, y de manera muy destacada, lleva puesta una reputación y un respeto que le han capacitado para presentarse ante el mundo. Sin embargo, lo primero que se le hace es desnudarlo, pero no sólo literalmente, lo que no discuto es necesario para un adecuado diagnóstico y tratamiento, porque también junto con la ropa se le despoja, con la misma facilidad, de todos sus símbolos personales reduciendo su estatus al de uno de tantos, lo que facilita, ahora sí, el ejercicio irrestricto del poder médico, quien ya tiene ante sí al más desvalido de los seres, un enfermo desnudo de sí mismo y tirado en una cama sin la más mínima posibilidad de defensa.

El mecanismo de control de medios se materializa en la esfera de la información. Como ya lo he señalado, la propia condición de la institución hospitalaria dificulta las vías de comunicación entre el personal; pero como mecanismo de control del enfermo, se da cuando se le priva a éste de toda información acerca de los acontecimientos del hospital, pero muy especialmente los que se refieren a su propio estado. La queja más común del enfermo hospitalizado no es tanto que le moleste la venoclisis o que las sábanas de su cama estén sucias; sino ese ubicuo «no me han dicho nada» que agudiza la frustración que le provoca el ver que la magia médica no produce resultados aparentes. Ignorar los resultados de las investigaciones y lo que piensa el médico es mantener una angustiosa incertidumbre acerca de las perspectivas sobre la vida y la salud de este hospitalizado.

El tercer mecanismo, la restricción de la movilidad, es ese confinamiento a una zona de la que el enfermo no puede salir sin el permiso explícito del personal, y que, ciertamente, permite a los tratantes saber dónde se encuentra cada paciente, pero también hace que sea el personal médico el que determine con quién se va a relacionar el enfermo; en otros términos, qué tipo de contacto social va a establecer, dónde lo va a establecer y hasta dónde va a llegar. Esta limitación de la movilidad contribuye también, en buena parte, a señalar aún más el estatus de enfermo, en la medida en que le separa de los que están sanos, e incluso de otros pacientes, que quizás podrían aliviar un poco su situación ayudándole a hacer más llevadera la opresión del personal médico.

Las consecuencias de estos mecanismos de control son como un asalto al concepto que el paciente tiene de sí mismo, ya que, como es bien sabido, la opinión que tenemos de nosotros mismos procede, por una parte, de la interpretación que damos a los sentimientos que nos muestran los demás, y por otra, de nuestra manipulación sobre los

objetos culturales y situaciones sociales que nos capacitan a presentarnos a los demás bajo el aspecto más favorable. En el caso de un paciente al que se le ha privado de sus objetos más entrañables y de su capacidad de influir sobre lo que ocurre, además de recibir una respuesta meramente formal del personal médico cuando espera una relación mucho más simpática, su percepción de sí mismo como persona se deteriora, dando lugar a un proceso de despersonalización que se va a sumar a las prácticas burocráticas del hospital, resultando necesariamente en esa tan traída y llevada deshumanización de la atención médica en las instituciones contemporáneas.

Este hecho se disfraza de muchas maneras con la vana intención de suavizarlo un poco, y es así que a veces se le llama al enfermo por su nombre de pila o se escriben conmovedoras notas de evolución que empiezan como cuentos de hadas, pero que definitivamente nunca concluyen con el clásico «fue feliz y tuvo muchos hijos». En el trasfondo de todo este trato, el personal médico sigue diciendo desde su altar y como surgido de entre los vivos y los muertos: «venid a mí, que yo habré de curarlos y no su familia ni su sociedad».

ARREPIÉNTANSE PECADORES

Otro punto que vale destacar, es lo que se refiere a los resultados objetivos de los procesos hospitalarios, y aquí me atrevo, sin temor a equivocarme, a sostener que son muy poco significativas las ventajas que representan los hospitales más complejos por sobre los más modestos en términos de resultados finales.

Para esto basta observar que entre más grande y complicado es un hospital, más largas son las estadías, más exámenes de laboratorio se practican y más medicamentos se prescriben; sin embargo, la proporción de enfermos que se curan y que no se curan o se mueren varía poco. En un instituto de los llamados de excelencia, el promedio de

estadía puede triplicar el de un hospital general, el número de exámenes practicados por enfermo quintuplicarse y los medicamentos prescritos multiplicarse al infinito; con las obvias consecuencias de un crecimiento sin límites de los costos y procedimientos de toda índole que no redundan en una clara ventaja para el paciente.

Si esta postura pudiera parecer exagerada, se explica fácilmente cuando se introduce al análisis de los servicios hospitalarios las variables del mercado de aparatos y medicamentos. Es cierto que los medicamentos realmente efectivos datan de las primeras tres décadas del siglo XX. Los antimicrobianos, los hormonales sintéticos y los psicofármacos, por ejemplo, han sido introducidos a la terapéutica recientemente, y cada vez en presentaciones más puras y más efectivas. Los nuevos materiales han venido a revolucionar la cirugía al disminuir espectacularmente su mortalidad y secuelas incapacitantes, y los aparatos electrónicos han refinado y simplificado grandemente el diagnóstico y algunos tratamientos; sin embargo, todo esto no explica a cabalidad ni la cantidad de recursos humanos y económicos que actualmente se requieren para el manejo de un paciente hospitalizado, ni mucho menos la pretendida efectividad que estas prácticas tienen en términos de salud pública en una realidad como la de los países dependientes.

Este indiscutible, y a la vez destacado desarrollo de la tecnología médica, se da a la par que el auge de los grandes consorcios productores de fármacos y aparatos y ello desde luego no es casual. Si se parte de un concepto incontrovertible como es el de que la realidad se construye socialmente, entonces la realidad de la práctica hospitalaria actual es la que la propia ideología dominante ha creado, lo que me lleva necesariamente a señalar, que existen muchas realidades que obviamente están en conflicto; conflicto que habrá de desfogarse en el terreno de la negociación, por no decir de la lucha, en donde las ga-

nancias son las cabezas de playa y la práctica médica, el territorio en disputa.

De este modo se explica por qué, si hace poco tiempo se requería sólo de un aparato de rayos X, ahora el médico en el hospital no es capaz de integrar un diagnóstico si no dispone de una tomografía axial, hecho en el que no discuto que tiene un peso la precisión diagnóstica, pero definitivamente es mucho mayor el que se refiere a la ganancia del fabricante, que de este modo se asegura un mercado basado en la ley que dice que ante un estancamiento de la demanda hay que estimularla artificiosamente a través de diversificar la oferta.

Lo anterior ha redefinido en nuestros países de América Latina el ser y el quehacer del espacio hospitalario, es por eso que sostengo que en estos tiempos que corren, la atención hospitalaria es más que nunca la expresión histórica de la correlación de poderes y por tanto de contradicciones, que se están dando permanentemente al interior de las formaciones sociales. Es así como la actual crisis del capitalismo, que se manifiesta en su forma más acabada en las posturas neoliberales y posmodernas, se debe entender como la ruptura de una continuidad, resultante de un proceso de acumulación de hechos que operan cuestionando la viabilidad de un proyecto de sociedad que ha afectado al hospital al capturarlo, junto con el sistema sanitario completo, como una parte más de esta crisis.

BIBLIOGRAFÍA

- Benítez, José, R. (1975), *Los hospitales y los médicos de Nueva Galicia durante el virreynato de la Nueva España*. Guadalajara: Colegio Internacional.
- Bosk, Charles, L. (1979), *Forgive and Remember*. Estados Unidos: University of Chicago Press.
- Buchan (1871), *Medicina doméstica*. Paris: Librería de Rosa y Bouret.

- Dayant, Charles (1974), *Plaidoyer pour une antimédecine*. Paris: Presses de la Cité.
- Flexner, A. (1910), *Medical Education in the United States and Canada*. Estados Unidos: The Carnegie Foundation Press.
- Foucault, Michel (1976), «La crisis de la medicina o la crisis de la anti-medicina». En *Educación, medicina y salud*, vol. 10, núm. 2.
- (1977), «Historia de la medicalización». En *Educación, medicina y salud*, vol. 11, núm. 1.
- (1978), «Incorporación del hospital en la tecnología moderna». En *Educación, medicina y salud*, vol. 12, núm. 1.
- (1970), *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI.
- (1975), *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.
- (1978), *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Hipócrates (1981), *Aforismos*. México: Premia.
- King, Lester, S. (1979), *The Philosophy of medicine. The early eighteenth century*. Estados Unidos: Harvard University Press.
- Lero (1865), *Medicina curativa*. Paris: Librería de Garnier Hermanos.
- López, Gregorio (1727), *Tesoro de medicina*. Madrid: Imprenta de Juan de Ariztia.
- M.Coe., Rodney (1973), *Sociología de la medicina*. Madrid: Alianza editorial.
- Mousson-Lanauze (1910), *Del empirismo hacia la razón*. Paris: Imprenta Midy.
- Muriel, Josefina (1991), *Hospitales de la Nueva España*. México: UNAM.
- Navarro, Vicente (1983), (comp.) *Salud e imperialismo*. México: Siglo XXI.
- Navarro, Vicente (1978), *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona: Grijalbo.
- Pollack, Jean Claude (1971), *La medicina del capital*. Madrid: Fundamentos.

- Rosen, George (1985), *De la policía médica a la medicina social*. México: Siglo XXI.
- Rostand, Jean (1966), *Introducción a la historia de la biología*. Madrid: Península.
- Santoscoy, Alberto (1897), *Historia del Hospital Real de San Miguel, Epoca Colonial*. Guadalajara: Imprenta del *Diario de Jalisco*.
- Sigerist, Henry (1974), *Historia y sociología de la medicina*. Bogotá: Guadalupe.
- Testa, Mario (1989a), *Pensamiento estratégico y lógica de programación*. Washington: OMS-OPS.
- (1989b) *Pensar en salud*. Buenos Aires.
- Thalamy, Alice (s/f), *La medicalisation de L' Hôpital*. Mimeo.
- Varios autores (1989), *Análisis de las organizaciones de salud*. Washington: OPS.

LA OFERTA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS ESPECIALIZADOS Y SU CONGRUENCIA CON LA CAPACIDAD DE RESPUESTA

Tomás Campos Gómez

La atención médica hospitalaria en Jalisco en los últimos diez años ha tenido un avance considerable, sobre todo con base en la medicina privada. La creación de nuevos hospitales, la adecuación, el crecimiento y modernización hace que exista mayor amplitud en las posibilidades de atención, sin embargo, no podemos dejar de reconocer el gran esfuerzo que se realiza en el sector público y social.

El crecimiento en este sector (servicios de salud), se ha enfocado a las necesidades detectadas de los pacientes, de los médicos que buscan atender y solucionar los problemas de las enfermedades; la especialización busca diferenciar los servicios que ofertamos dentro de los hospitales no sólo con el factor humano, sino todo lo referente a la infraestructura y equipamiento dentro de los hospitales.

Si entendemos que este proceso de modernización impacta directamente en «la cultura de la medicina», en donde la información, la comunicación (revistas, periódicos, internet, foros, ONG, etcétera) ha crecido de manera verdaderamente importante, provocando un mayor conocimiento y exigencia en los momentos de verdad, pero lamentablemente en muchas ocasiones no con la veracidad y certeza requerida.

Tomás Campos Gómez. Presidente de la Asociación de Hospitales Particulares de Jalisco, A. C.

Como principio de orden y de ética, todas las instituciones deben establecer sus actividades en apego a la Ley General de Salud, a los reglamentos establecidos y a las normas oficiales mexicanas aplicables en la materia de servicios de salud por lo tanto, me permitiré hacer algunas citas al respecto.

Los hospitales son corresponsables ante las autoridades de que los médicos que realizan actividades dentro de las instituciones muestren los documentos que demuestren su capacidad profesional, como son título de médico general, título de especialidad y cédulas ante la Dirección General de Profesiones, Certificado ante el Consejo de la Especialidad correspondiente y en su caso ante aAsociaciones y colegios médicos.

Se le define como hospital al establecimiento público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que tenga como finalidad la atención a enfermos que se internen para fines diagnósticos, tratamiento o rehabilitación. Esto implica que se debe tener la estructura dentro del hospital con los recursos humanos y técnicos que se describen en el programa médico (mismo que se debe presentar ante salubridad) y que se define como: el documento que establece el planteamiento del objetivo general y específico del establecimiento de atención médica, sus funciones y enumera las actividades médicas a realizar o que se realizan en el establecimiento.¹

El Sistema Nacional de Información en Salud (Sinais) define al hospital de especialidades, como aquel establecimiento reservado principalmente para el internamiento en una cama censable con fines de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes que padecen

¹ Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000. Los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

enfermedades específicas o una afección de un aparato y sistema o bien, reservado para el diagnóstico y tratamiento de condiciones que afectan a grupos de edad específicos. En esta clasificación, incluye el número de hospitales que cuentan con más especialidades de las cuatro básicas o que tienen una sola especialidad: como por ejemplo los centros oncológicos, los hospitales pediátricos.

En algunas instituciones se tienen consultorios de atención médica especializada que pueden ser público, social o privado, que tiene como fin prestar atención médica especializada a través de personal médico con autorización de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública y por organismos competentes de Certificación de Especialidades.

Se ha tenido también un crecimiento en los centros de atención de cirugía ambulatoria, ya sea como un local exclusivo para ello o dentro de las instalaciones de los hospitales y se denomina a los procedimientos de cirugía mayor que deben realizarse en salas de cirugía y que por no haber producido invalidez, afectación o modificación de los parámetros de las funciones vitales del paciente en la valoración postoperatoria inmediata; requiere únicamente de hospitalización en cama no censable y ser dados de alta en un lapso no mayor a 24 horas, a partir del ingreso a la unidad quirúrgica.²

Esto nos habla de la obligación y responsabilidad que se tiene en los hospitales de cumplir con los lineamientos regulatorios establecidos, siendo responsabilidad de los propietarios y/o directivos de los mismos, el cumplimiento. Del mismo modo los médicos especialistas deben de conocer los alcances y limitaciones de la institución, todo esto con el fin de otorgar una atención médica segura y de calidad.

² Norma Oficial Mexicana NOM-205-SSA1-2002. Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.

Como se puede observar, existe un marco definido sobre los servicios hospitalarios especializados. La parte interesante es aquello que podamos entender como capacidad de respuesta en relación con la demanda de servicios por los pacientes y con la congruencia de lo que se hace; en este sentido, es inevitable recurrir a los datos estadísticos que nos pueden aproximar a la realidad. Compartiré con ustedes unos datos del estado de Jalisco, enfocados a la medicina privada, como referencia del caso.

- 27 por ciento de la población fue atendida por la medicina privada (ENSA 2000). De ésta, 35 por ciento eran derechohabientes de alguna institución.³
- 32 por ciento de la población de 18 y más años utilizó servicios privados (encuesta de satisfacción por los servicios de salud en México).
- En el año 2006, los egresos hospitalarios fueron 556 416, de los cuales de los hospitales del sistema público y social fueron 405 974 (72.96%) y por parte de los hospitales privados fueron 150 442 (27.03%).
- Se tienen identificados 653 consultorios dentro de los hospitales privados, de los cuales, 51 por ciento corresponde a atención de especialidad, esto es, 333 consultorios.

En los hospitales se realizan actividades de especialidad, según la definición antes mencionada (Sinais). Dentro de la capacidad de respuesta se tienen un número importante de prácticas especializadas que pueden ser atendidas en la medicina privada. La congruencia es en apariencia difícil de evaluar, porque no existen indicadores directos; sin embargo, por el porcentaje de egresos registrados en el año 2006

³ Conferencia «Medicina Privada Plan Estatal de Desarrollo». Dr. Arturo Muzquiz P. Director de Planeación de la Secretaría Salud Jalisco, abril 2008 AHPJ.

Hospitales en Jalisco, 2006

<i>Hospitales</i>	<i>Generales</i>	<i>Especializados</i>
Público y social	39 (69.64%)	17 (30.35%)
Privados	163 (86.24%)	26 (13.75%)
Hospitales privados en Jalisco	Total	
Establecimientos	189	
Camas censables	3 005	
Camas no censables	677	
Salas de expulsión	185	
Quirófanos	357	
Consultorios	653	

Fuente: INEGI Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares, 2006.

Distribución de camas por hospitales privados

<i>Número de camas</i>	<i>Número de hospitales</i>
1 a 4	31
5 a 9	66
10 a 14	39
15 a 24	27
25 a 49	17
50 o más	9

Fuente: INEGI Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares 2006, en el Capítulo 5 «Salud», tomo I del *Anuario Estadístico*, Jalisco, edición 2007, pp. 295 - 459.

<i>Concepto</i>	<i>Total</i>
Egresos hospitalarios	150 442
Cirugía	26 968
Gineco obstetricia	35 591
Medicina interna	22 446
Pediatría	7 343
Otros	58 094
Defunciones hospitalarias	1 300
Defunciones fetales	199

Fuente: INEGI Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares 2006, en el Capítulo 5 «Salud», tomo I del *Anuario Estadístico*, Jalisco, edición 2007, pp. 295- 459.

<i>Servicios de hospitalización otorgados en establecimientos particulares</i>	<i>Total</i>
Procedimientos médicos quirúrgicos	84 774
Cesáreas	24 620
Vasectomías	337
Salpingoclasias	1 398
Otras intervenciones quirúrgicas	58 419
Partos atendidos	13 829
Nacidos vivos ¹	38 710
Abortos	3 432
Consultas de planificación familiar ²	12 720

¹ Comprende: nacidos vivos de partos o de cesáreas.

² Comprende: primera vez y subsecuente.

Fuente: INEGI Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares 2006, en el Capítulo 5 «Salud», tomo I del *Anuario Estadístico*, Jalisco, edición 2007, pp. 295- 459.

<i>Cinco principales diagnósticos de egreso según sexo</i>	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Embarazo, parto y puerperio	42 769	na	42 769
Enfermedades del sistema digestivo	16 455	7 714	8 741
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	11 842	6 622	5 220
Enfermedades del sistema respiratorio	10 633	5 338	5 295
Enfermedades del sistema circulatorio	10 026	4 861	5 165
Resto de los diagnósticos	54 594	22 755	31 839
<i>Total</i>	<i>146 319</i>	<i>47, 290</i>	<i>99 029</i> <i>(67.7%)</i>

Nota: La denominación de los diagnósticos corresponde a los capítulos establecidos en la lista de tabulación para la morbilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10 a. revisión.

Fuente: INEGI Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares 2006, en el Capítulo 5 «Salud», tomo I del *Anuario Estadístico*, Jalisco, edición 2007, pp. 295- 459).

equivale a 27.03 por ciento (150 442 egresos). Esto concuerda con el dato del año 2000, que 27 por ciento de la población fue atendida por la medicina privada la según Encuesta Nacional de Salud del año 2000, siendo relevante que 35 por ciento eran derechohabientes de alguna institución.

La cantidad de instituciones de salud en el estado de Jalisco representan un porcentaje importante de los servicios que existen en México para la atención de los pacientes; sin embargo, no estamos ajenos al fenómeno de la concentración en la ciudad de Guadalajara y la zona conurbada. Es de considerar que la demanda de los servicios

<i>Concepto</i>	<i>Total</i>
Consultas externas	667 738
General	221 842
Especializada ¹	375 265
De urgencia	60 289
Odontológicas	8 715
Medicina preventiva	1 627
Procedimientos de diagnóstico realizados ²	1 196 254
Procedimientos de tratamientos aplicados ³	107 087

¹ Comprende: consultas gineco-obstétricas, pediátricas, de cirugía, de medicina interna y de otras especialidades

² Comprende: análisis clínicos, anatomía patológica, electrodiagnóstico, endoscopia, imagenología, radiología, ultrasonido y de otros estudios.

³ Comprende: diálisis, fisioterapia, inhalo terapia, quimioterapia, radioterapia, rehabilitación y otros servicios.

especializados son cada día mayores y esto se debe al crecimiento de la población, los cambios de la morbilidad, la mejoría en los métodos diagnósticos y de la demanda de servicios especializados por conocimiento de la población a través de diferentes medios.

Hay todavía mucho por hacer en la identificación de los servicios que se pueden ofrecer y de la capacidad de respuesta por parte de los hospitales públicos y privados, es trabajo de todos los que participamos en esta noble profesión.

LA USURPACIÓN PROFESIONAL EN LA PRÁCTICA MÉDICA DE ESPECIALIDAD

Ever Arturo Rodríguez Arias

Usurpación: Delito que consiste en apoderarse de un derecho que corresponde a otra persona.

La usurpación en medicina tiene raíces culturales profundas; necesarias y útiles en algunos casos, como por ejemplo el personaje de la partera que ha ayudado a través de la historia a miles de mujeres en su parto ante la inexistencia del médico en áreas rurales; la enfermera que en ausencia temporal del médico o pasante de medicina, hace sus funciones, atendiendo a los pacientes y recetando medicamentos, según su experiencia. En algunas situaciones, la usurpación no tiene los justificantes anteriores y a pesar de ello es aceptada por nuestra sociedad y autoridades, un ejemplo lo constituyen los expendedores de medicamentos en farmacias, quienes a diario sugieren medicamentos a personas que se los solicitan y que no ponen en duda sus conocimientos, aceptando sus consejos y asumiendo riesgos que pueden afectar su salud

Existen causas que predisponen para este fenómeno y quizá las de mayor relevancia son:

- Aspectos culturales.
- Problema de economía.
- Distribución de profesionales.

Ever Arturo Rodríguez Arias. Director Hospital Country 2000.

ASPECTOS CULTURALES

Cadena cultural de la usurpación



En esta cadena se ejemplifica cómo un paciente, ante una patología, recurre inicialmente a la automedicación que otras ocasiones le brindó resultados positivos. Al ocurrir lo contrario a lo esperado, solicita opinión a otros personajes, posteriormente se auxilia en la medicina alternativa y finalmente ante la persistencia del problema de salud, acude con el profesional de la medicina, sin haber meditado la pérdida de la oportunidad y el incremento del riesgo

PROBLEMA DE ECONOMÍA

Este aspecto se presenta por el gasto que representan los honorarios médicos, los posibles estudios de laboratorio y gabinete, la adquisición de medicamentos; sumando lo anterior no debemos soslayar la afectación al bolsillo del paciente

DISTRIBUCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA

En Jalisco cerca de 3 millones de personas se encuentran sin acceso a servicios de salud. La tasa de médicos por mil habitantes es de 1.5,

contrario a otras tasas como las de Uruguay, con 3.5. De acuerdo con la tasa actual, Jalisco ocupa el lugar número 14 a nivel nacional. Ante la falta de fuentes de trabajo, un alto porcentaje (18%) de los médicos recién egresados laboran en áreas diferentes a las de su profesión, y el mayor porcentaje de médicos ejercen profesionalmente en la zona metropolitana

Son conocidos los personajes no médicos que en algunas ocasiones realizan actos de usurpación, entre algunos de ellos se encuentran:

- Los homeópatas no médicos.
- Los yerberos.
- Los optometristas que realizan el examen de la función visual.
- Los fisioterapeutas que ocupan el espacio de los médicos fisiatras.

- Los peluqueros y esteticistas que hacen actos médicos como la inyección de colágeno o la realización de maquillajes permanentes.

- Los psicólogos que medican.
- Los ingenieros, sociólogos, antropólogos, etcétera que pretenden hacer psicoterapias.

- Los despachadores de medicamentos en farmacias.

Y así existen otros personajes como con los hueseros, espiritistas, cromoterapeutas, aromaterapeutas, etcétera.

La usurpación desde un punto de vista particular debe de abordarse en dos vertientes:

1. ¿No es problema de salud pública, establecer estrategias educativas que disminuyan su frecuencia?
2. ¿Es un problema de salud pública, aplicar la ley existente? Y aquí surgen otras interrogante, ¿Se solucionaría aplicando lo tipificado en nuestra legislación? ¿Existe en Jalisco suficiencia de personal para efectuar la vigilancia, supervisión y prevención del delito?

La usurpación profesional es un término ubicado en el ámbito jurídico, particularmente en el derecho penal. En Jalisco está contemplado en la siguiente disposición jurídica:

Código Penal del Estado del Jalisco. En ésta, se ubica en el Título Noveno denominado Falsedad, Capítulo VII designado como «Usurpación de Funciones Públicas o de Profesión y Uso indebido de Uniformes o Insignias», estipulándose en su artículo 170 fracción II:

Artículo 170. Se impondrán de un mes a tres años de prisión y multa de cien a trescientos días de salario mínimo:

II. *Al que*, sin tener título profesional o autorización para ejercer alguna profesión reglamentada, *expedidos por autoridad y organismos legalmente capacitados para ello, conforme a las disposiciones reglamentarias del artículo 5o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, incurra en cualquiera de los casos siguientes:

- a) Se atribuya el carácter de profesionista;
- b) Realice actos propios de una actividad profesional;
- c) Ofrezca públicamente sus servicios como profesionista; y
- d) Use un título o autorización para ejercer alguna actividad profesional, sin tener derecho a ello.

Cabe la pregunta a quienes vigilan el cumplimiento de las leyes. ¿Es necesario la presencia de uno o más o la totalidad de estos conceptos para efectuar una sanción?

En Jalisco, al responsable de la comisión de alguno de los señalados en el artículo antes referido que, con motivo de éstos, ponga en riesgo o peligro la vida o la salud de personas, se le impondrán de tres a ocho años de prisión, independientemente de las penas que correspondan en su caso por los delitos de lesiones u homicidio

Existe un concepto que los abogados denominan «tipificar», que consiste en que la conducta debe coincidir exactamente con lo que

dispone la norma penal. Como podemos apreciar, podrían existir supuestos sencillos y otros no muy precisos.

En algunos casos, será claro el delito, cuando una persona que no es médico por no contar con el título o autorización expedida por la autoridad competente (Dirección General de Profesiones Federal o Estatal) realice cualquiera de los supuestos establecidos en el tipo penal de usurpación profesional, por ejemplo, atribuirse como médico o realizar actos propios de la profesión.

Generalmente quienes usurpan la profesión médica son muy cuidadosos para evadir la ley, ya que:

- a) No se hacen llamar médicos.
- b) No ofrecen sus servicios como tal.
- c) No se ostentan como médicos a través de placas, tarjetas, papel membretado, anuncios u otra forma de publicidad.
- e) No pretenden causar daño.
- f) Algunos disfrazan actividades, sin embargo, sí efectúan acciones médicas, como es la de escuchar al usuario, diagnosticar, prescribir fármacos del grupo IV y recomendar acciones dietéticas y de hidratación, específicamente los expendedores de medicamentos en farmacias públicas.

En resumen a lo expuesto anteriormente, existen diferentes alternativas para solucionar el problema que plantean personajes no médicos que ejercitan diferentes acciones de exclusiva competencia médica:

- Educación a la población;
- Accesibilidad a los servicios médicos;
- Distribución de médicos acorde a las necesidades;
- Aplicación de las leyes; o
- Seguir en un escenario inercial, sin ruidos, sin movimiento, invidentes, con serenidad y sigilosos.

Existe un término denominado intrusismo, que se define como «la realización de actos propios de una profesión por quien carece de la titulación académica correspondiente». Aclarando que no se encuentra nominado como tal en la Legislación Penal tanto Local o Federal, sin embargo, es el término que usaré en mi siguiente exposición, cuando un médico realiza procedimientos que competen a otro especialista.

Al igual que en la primer parte, inicio con una definición, en este caso deontología médica: conjunto de principios y reglas éticas que inspiran y guían la conducta profesional del médico

Con frecuencia se plantea la problemática de que ciertos médicos especialistas reclaman para sí el derecho de exclusividad para practicar determinados procedimientos. Así, por ejemplo, los radiólogos quieren ser los expertos únicos en las diferentes técnicas del diagnóstico de imagen, los anatomopatólogos reclaman el monopolio de la citología diagnóstica. Los cirujanos plásticos no aceptan que los especialistas en ONG efectúen determinadas cirugías de nariz; el médico oncólogo que el médico ginecoobstetra realice procedimientos mamarios; los endocrinólogos se preguntan por qué los cardiólogos tratan problemas de metabolismo. Así se pueden mencionar otros ejemplos que surgen entre médicos

Estos conflictos sobre territorios de competencia exclusiva no se dan sólo entre especialistas, sino también con médicos generales. Consecuentemente, quienes reclaman exclusividad, consideran que los médicos que realizan procedimientos sin un aval académico, cometen intrusismo intraprofesional, que debería ser sancionado.

En 1960, se creó la primera residencia de especialidad con afiliación universitaria que hubo en México, y parece ser el inicio del conflicto territorial entre especialistas que se observa tanto en la medicina privada como en la pública. Aparecen los primeros especialistas de

carrera y los médicos que durante años habían ejercido sus actividades de determinada rama de la medicina, demandaron por años y finalmente obtuvieron, que se les reconociera una especialidad que consideraron fue obtenida *de facto* o *de hecho* tras largos años de trabajo en instituciones públicas y que no se les concedía *de derecho o iure*.

Existen factores condicionantes que en determinado momento pueden favorecer el intrusismo:

- La demografía médica excesiva en grandes ciudades.
- Tendencia creciente a la subespecialización.
- Presencia de tecnologías innovadoras, que demandan rendimientos intensivos.
- Mentalidad de mercado que impone criterios económicos al ejercicio profesional.
- Protagonismo escénico.
- Búsqueda de notoriedad.
- Paciente, que desconocen quiénes son los verdaderos especialistas en esta área.
- Médicos que saben que no hay una normativa legal que les impida ejercer.

El análisis del intrusismo debe de abordarse con base en dos vertientes: aspectos jurídicos y aspectos éticos.

De los aspectos jurídicos

Aun cuando la problemática de estudio no se encuentra regulada por normas legislativas ni explicada por la jurisprudencia oportuna, es, sin embargo, susceptible de ser analizada según criterios de doctrina jurídica. ¿Cómo evaluar jurídicamente al profesional de la medicina que realiza un acto médico que, por decirlo así, es extraño al área de su actuación ordinaria, e invade un territorio que se supone propio de otra especialidad médica reconocida?

Tal situación pone en tensión la relación que existe entre competencia y titulación. Si el médico se aventurara en una área que, en principio, no le es familiar, y si su actuación resultara desafortunada o deficiente, podría juzgársele bien por falta de título, bien por falta de competencia. Y, en cualquiera de ambos casos, su actuación deficiente podría ser atribuida a una acción intencionada, a una acción imprudente o negligente, pero es inmune al delito de intrusismo.

El título es exigido por el estado como garantía remota de competencia y da por supuesta la competencia de quien está en posesión del título legítimo: no indaga más en ella.

Las normas jurídicas que regulan el ejercicio de la medicina no citan la existencia de fronteras que circunscriban el ejercicio de la profesión médica entre las diferentes especialidades. Indican que la posesión del título de licenciado en medicina habilita para la práctica profesional de la medicina

Sin pretender hacer intrusismo interprofesional, considero necesario hacer referencia a algunas citas jurídicas de análisis para la problemática que aquí se plantea:

Constitución Política Mexicana: Artículo 5º. «A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos. El ejercicio de esta libertad sólo podrá vedarse por determinación judicial, cuando se ataquen los derechos de tercero, o por resolución gubernativa, dictada en los términos que marque la ley, cuando se ofendan los derechos de la sociedad.

Nadie puede ser privado del producto de su trabajo, sino por resolución judicial. La ley determinará en cada estado, cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deban llenarse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo».

Ley para el Ejercicio de las Profesiones en el Estado de Jalisco. Artículo 3, inciso III. «Profesionista: es toda persona física que obtenga un título en los niveles de profesional técnico, normal, licenciatura, o posgrado, expedido por las instituciones educativas debidamente autorizadas o reconocidas por las autoridades competentes.

Artículo 10. «No podrán ejercer en el estado las profesiones a que alude el artículo 5º del presente ordenamiento, quienes hayan cursado estudios que necesitan para su acreditación alguno de los documentos a que se refiere el artículo 42 de esta ley o sus equivalentes, y que no obtengan previamente el registro y la cédula profesional correspondientes en los términos de ley, para el ejercicio de: abogado o licenciado en derecho, médico, arquitecto, biólogo, contador público, economista, farmacéutico, físico, químico, homeópata, ingeniero, licenciado en trabajo social, odontólogo, profesor Normalista, psicólogo, topógrafo, veterinario, zoólogo, enfermería y licenciados en educación, así como de las especialidades que deriven de éstas».

Ley General de Salud. Artículo 48. «Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias y en coordinación con las autoridades educativas, vigilar el ejercicio de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en la prestación de los servicios respectivos».

Artículo 79. «Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes».

Artículo 81. Las autoridades educativas registrarán los certificados de especialización en materia de salud que expidan las instituciones de enseñanza superior o las instituciones de salud reconocidas oficialmente.

Para el registro de certificados de especialización expedidos por academias, colegios, consejos o asociaciones de profesionales de las disciplinas para la salud, las autoridades educativas competentes solicitarán la opinión de la Secretaría de Salud. Si se tratare del registro de certificados de especialidades médicas o del registro de la recertificación de éstas, las autoridades ya señaladas también deberán solicitar la opinión del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas.

Artículo 271. Cualquier cirugía estética y cosmética relacionada con cambiar o corregir el contorno o forma de diferentes zonas o regiones de la cara y del cuerpo, deberán efectuarse en establecimientos o unidades médicas con licencia sanitaria vigente, atendidos por profesionales de la salud de conformidad con lo que establece el artículo 81 y se encuentren autorizados por la Secretaría de Salud conforme al reglamento correspondiente

¿Es la Ley General de Salud, del ámbito federal, la que debería precisar con claridad los límites de acción entre los especialistas o debe de ser la Ley para el Ejercicio de las Profesiones del estado de Jalisco, que es la reglamentaria del Art. 5º constitucional? Son cuestiones que no quedan muy claras y que en vez de clarificar, confunden. Asimismo, esta ley es muy clara al definir como documento probatorio para ejercer la especialidad el título profesional de posgrado como el documento que acredita estudios de especialidad o maestría posteriores a la obtención del título profesional. Dotando de facultades a la Dirección de Profesiones del Estado de expedir cédulas con efecto de patente para ejercer la especialidad y otorgarle competencias para efectuar inspecciones a los lugares de trabajo de los que se ostenten como profesionistas, a efecto de comprobar que cuentan con los requisitos y autorizaciones legales correspondientes en la materia y en su caso aplicar las sanciones en materia de profesiones conforme a las disposicio-

nes legales aplicables (quitarle el derecho de cobrar honorarios e imponerle una multa de 100 salarios mínimos) (artículos 42, 48 y 52).

En materia federal, la Ley General de Salud también coincide con las leyes locales en establecer que para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina... se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competente (art. 79).

Esta misma ley obliga a los prestadores de servicios médicos a poner a la vista del público y en los documentos y papelería que utilicen un anuncio que indique la institución que les expidió el título, diploma o certificado y, en su caso, el número de su correspondiente cédula profesional; caso contrario, se harán acreedores a una sanción de hasta dos mil salarios mínimos (arts. 83 y 419).

En la jurisprudencia actual, incluyendo lo dispuesto en la constitución, no se precisa tampoco la exclusividad de los especialistas sobre determinados actos médicos, o para prohibir su realización a facultativos no especialistas.

De los aspectos éticos

Deontológicamente, es un deber entre médicos el convivir y el respetar el ejercicio responsable de la profesión, ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza, y no ser limitados en el ejercicio de su quehacer médico, ejercido con algunos principios deontológicos:

La competencia. «El criterio decisivo para el ejercicio profesional responsable es hallarse en posesión de la competencia necesaria para realizar la correspondiente intervención médica».

El título de especialista confiere los derechos que señala la ley, pero no concede de por sí, y de modo indefinido, automático y perpetuo, la necesaria competencia. El médico especialista está éticamente

obligado a mantenerse al día, a no exceder su capacidad, no incurrir en errores de preparación o por exceso de confianza. Su título no le confiere inmunidad ante la negligencia o la falta de buen juicio. Ni tampoco confiere un derecho de explotación exclusiva de determinadas intervenciones médicas o el monopolio para intervenir sobre determinados territorios orgánicos.

El médico que, sin poseer el título de especialista, proyecta realizar una intervención que puede considerarse típica de tal especialidad, está obligado a considerar si posee realmente la competencia para hacerla y si está dispuesto a asumir la plena responsabilidad por las consecuencias de su actuación.

Deberes de un médico ante una situación de intrusismo:

- Considerar si posee realmente la competencia y en determinado momento poder demostrarla (no más, pero tampoco menos, de la que se exige a un médico competente y de conciencia).
- Si está dispuesto a asumir la plena responsabilidad por las consecuencias de su actuación.
- A comunicar tal situación a su paciente.
- Justificar su decisión ante su colegio y/o tribunales de justicia.

El buen conocimiento y la adecuada destreza. En principio, todo médico debe poder realizar los actos para los que ha adquirido la preparación debida y la destreza necesaria, no parece justo prohibir o dificultar a quien ha sido debidamente formado y puede demostrar su competencia, el ejercicio de las correspondientes intervenciones.

Existe una estrecha relación entre la frecuencia con que una intervención se practica y la calidad de la atención prestada.

El ejercicio de la medicina está basado en el conocimiento científico y la destreza técnica, de tal forma que existe una estrecha relación entre la frecuencia con que una intervención se practica y la calidad de la atención prestada.

Conocer los límites reales de su competencia. Un médico no tendrá problemas si une al buen juicio y habilidades técnicas, un trato humano y respetuoso de sus pacientes. No debe de olvidar que se expondrá a un riesgo profesional grave si, por haber actuado en áreas en las que no le sería fácil demostrar que ha adquirido la necesaria experiencia o justificar que posee la debida competencia, se derivaran consecuencias desafortunadas.

CONCLUSIONES

Es entendible el silencio legislativo y deontológico sobre la existencia y fijación de límites en procedimientos medico-quirurgicos entre especialidades médicas, pues éstas se fundan en criterios tan heterogéneos que hacen imposible cualquier delimitación racional y consistente de sus respectivos territorios particulares.

En principio, todo médico debe poder ejercer los actos para los que ha adquirido la preparación debida y la destreza necesaria. En la jurisprudencia actual, incluyendo lo dispuesto en la constitución, no se precisa tampoco la exclusividad de los especialistas sobre determinados actos médicos, o para prohibir su realización a facultativos no especialistas.

Carece de base deontológica la idea de que existe un derecho de propiedad exclusiva o territorial orgánica de los especialistas o sobre determinadas prácticas preventivas, diagnósticas o de rehabilitación. En la medida que los valores éticos y morales se van perdiendo, en esa misma medida se van presentando los problemas que se relacionan con las actividades profesionales de distintos especialistas. Actualmente el límite para el ejercicio profesional de especialistas es deontológico, y lo marca la conciencia y competencia del médico.

El título no le confiere a un médico inmunidad ante la negligencia o la falta de buen juicio o un derecho de exclusividad de determi-

nados procedimientos. Es claro que el médico que carece de un título de una especialidad se le prohíbe anunciarse como si fuera tal especialista y difundir publicidad que pudiera de algún modo crear confusión en el público acerca de su calidad profesional.

A ningún médico con destreza y conocimientos necesarios, se le puede impedir que los aplique en beneficio de sus pacientes, tenga o no el título de especialista. Eso no quiere decir que no existen límites al ejercicio médico. Es un derecho de los médicos a no ser limitados en el ejercicio de la profesión, pero ese derecho exige, en correspondencia, que la práctica médica ocurra con una base deontológica.

BIBLIOGRAFIA

Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC sobre las fronteras internas del ejercicio profesional. Los conflictos de límites entre médicos generalistas y médicos especialistas y de éstos entre sí. Principios éticos y deontológicos para dirimirlos. Publicada, como un documento abierto de trabajo, en OMC 56, febrero 1998. [www.\t «_blank» .unav.es/cdb/ccdomc86a.html](http://www.unav.es/cdb/ccdomc86a.html)

El intrusismo profesional y la mala práctica www.comb.es/cat/comb/secciones/metges_estetica/ponencies/Dr.JEmilioAnton

Orantes Ruiz, Octavio (2007), «¿Usurpación médica? El caso de los empleados de farmacia». En *Revista Conamed*, octubre-diciembre.

LOS SEGUROS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

David Rodríguez Pérez

Previo a abordar el tema, es indispensable establecer una serie de conceptos para poder arribar al fondo del contenido de los seguros de responsabilidad profesional. Bajo este aspecto, tendríamos que definir en primera instancia lo que la ley entiende como un contrato de seguro.

En ese contexto, el artículo primero de la Ley Sobre del Contrato de Seguros establece que es aquel donde la empresa aseguradora se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato. De dicha definición, se pueden advertir los siguientes elementos:

Una empresa aseguradora, es una institución debidamente autorizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito y supervisada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para actuar dentro de los ramos autorizados y regulada bajo la organización y funcionamiento de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Prima es la contraprestación u obligación del tomador de un seguro de liquidar a la compañía aseguradora, una determinada cantidad de dinero, es decir, el precio del seguro, haciendo la aclaración

David Rodríguez Pérez. Subdelegado Estatal de la Conducef en Jalisco.

que en caso que dicha suma no sea pagada dentro un plazo, señalado en la póliza o en la ley, el contrato de seguro cesará automáticamente a las doce horas del último día del plazo correspondiente.

Resarcir un daño o pagar una suma dinero. Es una obligación que se le impone a la institución aseguradora, a favor de un beneficiario o asegurado, que puede ser traducido en una cantidad de dinero, bajo el principio indemnizatorio, el cual consiste en el restablecimiento del patrimonio del afectado. Asimismo, el artículo 86 de la Ley Sobre el Contrato de Seguros determina que la empresa aseguradora responde solamente por el daño causado hasta el límite de la suma y del valor real asegurados. El diverso 91 de la legislación mencionada, refiere que para fijar la indemnización se tendrá que tomar en cuenta el valor del interés asegurable en el momento de la realización del siniestro.

Verificarse la eventualidad prevista en el contrato. Este elemento del contrato es importantísimo, toda vez que este acuerdo de voluntades, se basa precisamente en asegurar eventualidades, es decir, aquel hecho incierto que puede darse o no, y que para poder ser sujeto de un seguro, el mismo no debe de haberse concretizado en el momento de la contratación. Si así sucediera, el mismo sería nulo de pleno derecho, según lo señala el artículo 45 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que indica en su parte conducente, que es nulo el contrato si cuando se formaliza no existe riesgo o ya ha ocurrido el siniestro.

En consecuencia, esa eventualidad la podemos traducir en un riesgo, y ese riesgo se pudiera definir como la posibilidad de un evento. Dichos riesgos son precisamente lo que adquiere una compañía de seguros, en la contratación de las diversas coberturas que se indican en la póliza, dado que el objetivo de una cobertura es cubrir un daño; a través de esta cobertura conseguir que el asegurado o beneficiario, reciba una indemnización cuando se patentizan las circunstancias protegidas, que es precisamente cuando se le denomina que ocurrió un siniestro.

Igualmente, la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, disponen que sólo las instituciones de seguros pueden realizar actividades de seguros. Para efectos de esa ley, se considera que se realiza una operación activa de seguros cuando, en caso de que se presente un acontecimiento futuro e incierto, previsto por las partes, una persona, contra el pago de una cantidad de dinero, se obliga a resarcir a otra un daño, de manera directa o indirecta, o a pagar una suma de dinero.

En esas condiciones, las autorizaciones para organizarse y funcionar como una institución de seguros, necesitan la autorización del gobierno federal a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la cual es intransferible y se le puede otorgar para que haga una o más de las siguientes operaciones, según lo indica el artículo 7º de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros:

Operaciones de seguros:

- I. Vida;
- II. Accidentes y enfermedades, en alguno o algunos de los ramos siguientes:
 - a) Accidentes personales;
 - b) Gastos médicos; y
 - c) Salud;
- III. Daños, en alguno o algunos de los ramos siguientes:
 - a) Responsabilidad civil y riesgos profesionales;
 - b) Marítimo y transportes;
 - c) Incendio;
 - d) Agrícola y de animales;
 - e) Automóviles;
 - f) Crédito;
 - g) Crédito a la vivienda;
 - h) Garantía financiera;

- i) Diversos;
- j) Terremoto y otros riesgos catastróficos, y
- k) Los especiales que declare la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, conforme a lo dispuesto por el artículo 9o. de esa ley.

En este orden de ideas, se puede afirmar que el contrato de Responsabilidad Civil y Riesgos Profesionales, es parte de las operaciones de daños, que el gobierno federal puede autorizar legalmente a una institución de seguros para que pueda comercializar dichas coberturas con aquellas personas que quieran proteger una eventualidad de esas características.

Es decir, el Seguro contra la Responsabilidad, según lo establece el artículo 145 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la empresa se obliga hasta el límite de la suma asegurada a pagar una indemnización que el asegurado deba a un tercero a consecuencia de un hecho que cause un daño previsto en el contrato de seguro.

Por lo tanto, el Seguro contra la Responsabilidad, atribuye el derecho a la indemnización directamente al tercero dañado, quien se considerara como beneficiario del seguro desde el momento del siniestro. Y en caso de muerte de éste, su derecho al monto del seguro se transmitirá por la vía sucesoria, salvo cuando la ley o el contrato que establezcan para el asegurado la obligación de indemnizar, señale los familiares del extinto a quienes deba de pagarse directamente la indemnización sin necesidad de juicio sucesorio.

Es decir, que desde el momento de la contratación del seguro, el tercero es una persona indeterminada, dado que hasta que no acontezca el siniestro, se podrá precisar el beneficiario de la póliza, que viene siendo el tercero dañado.

Es importante establecer que aunque no exista una relación contractual entre la aseguradora y el tercero dañado, éste último tiene acción, como ya se señaló anteriormente, contra la institución de se-

guros, dado que a través de la cobertura de responsabilidad civil contratada por el asegurado, esta institución tiene la obligación de indemnizarlo. No obstante, el tercero dañado puede elegir el accionar contra el asegurado solamente, y si éste fuere el caso, el asegurado o responsable, tendrá la obligación de dar aviso a la aseguradora sobre la realización del hecho que importe responsabilidad, y en caso de juicio civil o penal, tendrá que proporcionar a la empresa de seguros todos los datos y pruebas necesarios para la defensa.

Asimismo, si el asegurado indemniza en todo o en parte al tercero dañado, éste (asegurado) deberá de reembolsársele proporcionalmente por la empresa aseguradora, y en ese aspecto se subroga los derechos y sí podrá en este caso demandar a la compañía de seguros.

A continuación se señalan algunos aspectos que indican las condiciones generales de la póliza del seguro de responsabilidad civil para profesiones médicas, haciendo la aclaración que las condiciones pueden variar de acuerdo con cada compañía aseguradora.

En ese tenor se establece como materia del seguro la obligación a cargo de la aseguradora, a pagar los daños y en consecuencia los perjuicios y el daño moral, que el asegurado, o sea el profesionista, cause a terceros y por los que éste deba responder, conforme a la legislación aplicable en materia de responsabilidad civil vigente en los Estados Unidos Mexicanos (o legislación extranjera en el caso de que se hubiese convenido cobertura de primeros auxilios en el extranjero), por hechos u omisiones no dolosos ocurridos durante la vigencia de la póliza y que causen la muerte o el menoscabo de la salud de dichos terceros o el deterioro o la destrucción de bienes propiedad de los mismos, según el contrato.

El alcance del seguro podrá comprender lo siguiente:

1. El pago de los daños y en consecuencia los perjuicios y el daño moral, por lo que sea responsable el asegurado conforme a lo previsto en la póliza.

2. El pago de los gastos de defensa del asegurado, dentro de las condiciones de la ley que puede incluir:
 - a) El pago del importe de las primas por fianzas judiciales que se debe de otorgar como garantía por la responsabilidad, así como también el pago de las primas de las fianzas para que el asegurado alcance su libertad preparatoria, provisional o condicional durante el procedimiento penal.
 - b) El pago de los gastos por investigaciones, informes, asesorías jurídicas, trámites ante autoridades, trámites con los perjudicados, sus abogados, peritos, costas judiciales e intereses legales.
 - c) El pago de otros gastos en que incurra el asegurado y liquidación de las reclamaciones.

El límite máximo de responsabilidad para una o todas las reclamaciones presentadas en contra del asegurado se señalará en la carátula de la póliza.

La póliza podrá cubrir la responsabilidad siempre y cuando las reclamaciones de terceras personas sean presentadas, originalmente por primera vez y por escrito dentro del periodo de vigencia de la póliza o, a más tardar, hasta dos años contados en los términos de los artículos 81 y 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Dicha reclamación puede ser presentada al asegurado o directamente a la aseguradora.

El pago de los gastos de defensa estará cubierto en forma adicional, pero sin exceder de una forma igual a 50 por ciento del límite de responsabilidad del asegurado. Asimismo, los gastos penales quedan cubiertos hasta el sublímite contratado indicado en la carátula y se consideraran incluidos dentro del límite amparado para gastos de defensa.

Se considerará como una sola reclamación, al conjunto de ellas, originadas por la misma o igual causa, y la fecha de la primera notifica-

ción de la serie se tomará como base para determinar la vigencia del seguro que corresponda a la serie.

RESPONSABILIDADES AMPARADAS POR EL CONTRATO

Cobertura básica

Está asegurada dentro del marco de las condiciones la responsabilidad civil en que incurra el asegurado a consecuencia de culpa, ya sea por negligencia o impericia en el ejercicio de su profesión médica, indicada en la carátula, siempre que tales hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza. Asimismo, está asegurada la responsabilidad civil legal imputable al asegurado:

1. Derivada del ejercicio, dentro del convenio de sustitución provisional, que el asegurado efectúe de otro médico que ejerza la misma especialidad que él.
2. Derivada del ejercicio, dentro del convenio de sustitución provisional, que del asegurado efectúe otro médico que ejerza la misma especialidad que él, sin incluir la responsabilidad propia del médico sustituyente.
3. Por hechos, acciones u omisiones cometidos en el ejercicio de una actividad profesional médica realizada por su personal médico o médico auxiliar (como practicantes, residentes, enfermeras, paramédicos, laboratoristas, etcétera), que estén al servicio y bajo la supervisión del asegurado.

Para efectos de este seguro, las personas mencionadas en ningún caso podrán ser consideradas como terceros.

Queda amparada la responsabilidad civil en que incurre el asegurado por negligencia en la ejecución de un procedimiento quirúrgico de acuerdo con su especialidad, que afecte la salud o integridad física de sus pacientes o les produzca la muerte. En el caso de cirugía plástica o reconstructiva, queda entendido y convenido que en nin-

gún caso la póliza cubre las reclamaciones que se refieran a la inconformidad de paciente y/o familiares en su configuración y aspecto físico estético resultante de la cirugía.

La póliza también puede amparar la responsabilidad civil del asegurado:

- a) Como propietario, usufructuario, condómino o arrendatario de los terrenos, edificios o locales en los que se desarrollan las actividades propias de la profesión médica.

Para asegurar la responsabilidad legal de arrendatario por daños al inmueble, si éste es tomado (total o en parte) en arrendamiento, se requiere amparar la cobertura adicional de responsabilidad civil legal del arrendatario.

En el caso de que las actividades del asegurado se desarrolle, en condominio, está asegurada la responsabilidad civil legal de asegurado por daños ocasionados a las áreas comunes del condominio, en el cual tenga su consultorio; sin embargo, de la indemnización a pagar por la compañía se descontará un porcentaje equivalente a la cuota del asegurado como propietario de dichas áreas comunes.

- b) Derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o terapéutica, siempre que dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica, y no se encuentren sujetos al seguro de responsabilidad civil por daños nucleares previsto por la Ley de Responsabilidad Civil por daños nucleares.
- c) Derivada de la posesión y del uso de equipos de medicina nuclear y materias radioactivas naturales o artificiales, tales como:
 - Aparatos de rayos X con fines de diagnóstico.
 - Aparatos de rayos X que ocasionalmente se utilicen para fines terapéuticos.

- Aparatos generadores de rayos de onda corta o de rayos corpusculares enriquecidos (por ejemplo: betatrón o acelerador de electrones, generador Van der Graaf, acelerador lineal, ciclotón, sincrotón).
 - Aparatos operadores de rayo láser.
 - Materias radioactivas con aplicación a pacientes en aparatos que cuenten con un irradiador (isotopo), como por ejemplo la bomba de cobalto.
 - Otras materias radiactivas, siempre y cuando el uso de dichos aparatos y materias no se encuentren sujetos al seguro de responsabilidad civil por daños nucleares.
- d) Derivada del suministro de medicamentos, drogas u otros materiales médicos, dentales o quirúrgicos, siempre y cuando el suministro sea parte necesaria de la prestación del servicio médico otorgado por el asegurado; asimismo, derivada del suministro de medicamentos que hayan sido elaborados por el asegurado o bajo su supervisión directa y que dichos productos se encuentren registrados ante la autoridad competente, en caso de ser necesario su registro conforme a la legislación de la materia.
- Además de la responsabilidad civil del asegurado, esta póliza cubre la responsabilidad legal de:
1. Las personas a quienes el asegurado hubiese confiado la dirección o administración del consultorio, por actos u omisiones realizados durante el desempeño de sus funciones y dentro de los límites de sus encargos.
 2. Los empleados y trabajadores del asegurado, incluyendo el personal administrativo de su consultorio, para actos u omisiones realizados durante el desempeño de sus funciones. Las personas citadas en los puntos anteriores no podrán ser consideradas como terceros.

En caso de profesiones veterinarias, queda asegurada la responsabilidad civil derivada de daños causados a los animales entregados para su tratamiento.

Por otra parte, también en las pólizas se señalan las responsabilidades que no están amparadas por el contrato y se refieren a las siguientes:

- a) Los daños derivados del ejercicio de profesiones médicas con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica.
- b) Derivadas de la ejecución de un procedimiento quirúrgico que no le corresponda al asegurado de acuerdo con su especialidad.
- c) En el caso de cirugía plástica o reconstructiva, las reclamaciones que se refieran a la inconformidad del paciente y/o familiares en su configuración y aspecto físico estético resultante de la cirugía.
- d) Daños derivados de transfusiones de sangre o por la actividad de banco de sangre.
- e) Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de intoxicantes, narcóticos, enervantes o alcohol.
- f) En caso de odontólogos y ortodoncistas: por daños causados por la aplicación de anestesia general mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si dicha anestesia no fue aplicada por un médico anesthesiólogo y en una institución autorizada para la práctica de la anestesia general.
- g) Derivadas de daños, perjuicios o daño moral que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, por ejemplo: en misión de dictámenes periciales o violación de secreto profesional.
- h) Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
- i) Derivadas de transplantes de órganos y tejidos, así como de sus

componentes, siempre que las reclamaciones sean hechas por los donadores o sus familiares.

- j) Derivadas de daños patrimoniales, corporales o morales, relacionados, de cualquier modo, con el contagio de enfermedades transmitidas por cualquier tipo de virus que ocasionen el síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA), complejo relacionados al sida o agentes patógenos relacionados al sida.
- k) Derivadas de la responsabilidad civil del fabricantes de los medicamentos recetados por el asegurado, cuando el daño se origine por deficiencias o alteraciones en el producto y no por culpa, negligencia o impericia del asegurado.
- l) Derivadas por daños causados por medicamentos en fase experimental o que no se encuentren registrados ante la autoridad competente, en caso de ser necesario su registro conforme a la legislación de la materia.
- m) Derivadas de daños genéticos.
- n) Cualquier tipo de multas o sanciones de carácter civil o penal.
- o) Por daños a consecuencia de terremoto y/o erupción volcánica o a consecuencia de inundación o cualquier otro caso fortuito.
- p) Por daños a consecuencia de guerras u otros actos bélicos, invasión de enemigo extranjero, revolución, golpe de estado, sedición, rebelión, motín, huelga, alborotos populares, actos terroristas, actos vandálicos, o daños que se originen por disposiciones de autoridades de derecho o de hecho o por cualquier otro caso de fuerza mayor.
- q) Daños provenientes del incumplimiento de contratos o convenios, cuando dicho incumplimiento no haya producido la muerte o el menoscabo de la salud de terceros o deterioro o la destrucción de bienes propiedad de los mismos. Esta exclusión no surte efectos en lo que se refiere al contrato de prestación de

- servicio médico entre el asegurado y sus pacientes, cuyo incumplimiento estará cubierto en los términos de la cobertura contratada.
- r) Derivadas de daños ocasionados por dolo y mala fe del asegurado o culpa grave de la víctima.
 - s) Derivadas de daños sufridos por cónyuge, padres, hijos, hermanos, padres políticos u otros parientes del asegurado, que vivan permanentemente con él.
 - t) Por daños causados, por inconsistencia, hundimiento o asentamiento, del suelo o subsuelo.

Por otra parte, es indispensable diferenciar lo que es un contrato de seguro de responsabilidad profesional con un contrato de servicios profesionales, dado que el primero de ellos, como ya quedó establecido, resulta del acuerdo de voluntades que se da con una compañía aseguradora debidamente legalizada y autorizada para contratar riesgos en una actividad de seguro. Esta tendrá que liquidar aquellos daños ocasionados directamente al tercero por culpa o negligencia médica; sin embargo, el diverso contrato la ley le impide realizar pago alguno, como indemnización, en virtud que éste no realiza actividad de seguro, sino que solamente presta el servicio en cuanto a la atención profesional para la defensa del médico en caso de que exista una responsabilidad, ante las autoridades correspondientes, las cuales pudieran ser directamente ante los tribunales respectivos o incluso ante la propia Comisión de Arbitraje Médico, representando al doctor en el procedimiento respectivo.

En ese sentido, la propia ley de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, en su artículo 3º tercer párrafo señala: No se considerará operación activa de seguros la comercialización a futuro de bienes o servicios, cuando el cumplimiento de la obligación convenida, no obstante que dependa de la realización de un acontecimiento futu-

ro e incierto, se satisfaga con recursos e instalaciones propias de quien ofrece el bien o el servicio y sin que se comprometa a resarcir algún daño o a pagar una prestación en dinero. Sin embargo, aun cuando se satisfagan con recursos e instalaciones propias, sí se considerará como operación activa de seguros la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado, mediante el pago de una cantidad de dinero, conforme a lo establecido en los artículos 7o., fracción II, inciso c), y 8o., fracción V, de esta ley.

En consecuencia, le estará prohibido a toda persona física o moral, la práctica activa de seguros en territorio mexicano que no esté debidamente autorizada por el gobierno federal, a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

EL ARBITRAJE ANTE CONDUSEF

Para el efecto de desarrollar el tema del arbitraje, es indispensable iniciar con un breve comentario relativo a los métodos de solución de conflictos como forma de dirimir una controversia por intervención de un tercero. En este aspecto el sistema heterocompositivo se desarrolla bajo cuatro procesos específicos, a saber:

El primero de ellos corresponde a la mediación, que consiste en poner en contacto a las partes en conflicto, para que éstas puedan solucionar sus problemas. En este aspecto la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros ha establecido la obligatoriedad de las instituciones financieras para que éstas atiendan sus propias reclamaciones, a través de las unidades de atención especializada; en ese sentido, cuando un usuario se presenta ante la institución, para tener alguna solución en su conflicto, a través de este proceso de atención se pone en contacto la institución financiera para una posible solución.

El siguiente elemento heterocompositivo es precisamente la conciliación, en la cual a través del organismo como autoridad mediadora, requiere la presencia de las partes para que se presenten ante la propia conciliadora a resolver el conflicto; es decir, que el mediador ya no es aquella persona que los va a poner en contacto, sino que ante él van a comparecer, con la finalidad de que el propio conciliador proponga elementos alternativos para resolver el problema planteado, buscando en todo momento el respeto y el acercamiento entre ellos. Sin embargo, dependerá de las partes que se pueda solucionar el problema.

Respecto al arbitraje, éste ya es un proceso por el cual se le da la facultad al tercero para que pueda interpretar la norma correspondiente y resolver el problema a través de una resolución denominada laudo.

En estas condiciones, el arbitraje que se promueve ante la Conducef, es precisamente cuando las partes no pudieron llegar a un avenimiento, en la etapa conciliatoria, y no obstante ello éstas aceptaron que la propia comisión resuelva sus diferencias. La Ley de Conducef establece dos tipos de arbitraje, el de estricto derecho y el de amigable composición.

En el arbitraje de estricto derecho, las partes están obligadas a llevar un procedimiento formal bajo las etapas procesales, de demanda, contestación, ofrecimiento de pruebas, alegatos y laudo. En esta circunstancia, el artículo 1194 del Código de Comercio señala que la parte actora debe demostrar su acción y la demandada sus excepciones y defensas.

En ese sentido, los elementos de la acción tendrán que ser acreditados con los diferentes medios de prueba que la ley otorga. Al respecto, dichos elementos podrán considerarse como la demostración de la contratación de un seguro, la contratación de una cobertura

específica, la vigencia del contrato de seguro, la ocurrencia del siniestro, el derecho que pueda tener el actor respecto a la prestación planteada y la demandada sus excepciones.

En este contexto, se puede apreciar que los elementos de la acción en un procedimiento arbitral de estricto derecho puede ser amplio y variado para poder acreditarle al árbitro sobre la exigencia del derecho que se plantea, ya que es factible que tengan que desahogarse una diversidad de pruebas para poder llegar a la convicción del juzgador de que se tiene la razón.

Sin embargo, en el arbitraje de amigable composición, las partes en el acta correspondiente, de manera específica y de común acuerdo, plantearán las cuestiones del objeto de ese juicio, estableciendo las etapas, formalidades, términos y plazos a que deberá sujetarse dicho procedimiento, el cual se resuelve a verdad sabida y buena fe guardada, la controversia planteada.

Para una mejor ilustración, me permito establecer a manera de ejemplo el siguiente caso.

Si en un siniestro, en que se reclama el seguro de automóvil, resulta dañado el bien asegurado y la aseguradora menciona que el siniestro es procedente; sin embargo, ésta arguye que la cantidad a indemnizar por concepto de daños materiales es de 60 mil pesos y la parte asegurada se encuentra en desacuerdo con dicha suma, toda vez que él pretende de acuerdo a los daños ocasionados que le liquiden la cantidad de 85 mil pesos.

Si este asunto se fuera a un arbitraje de estricto derecho, el actor tendría que demostrar que tiene contratado un seguro de automóvil, que tiene contratado una cobertura de daños materiales, que la póliza se encontraba vigente al momento de ocurrir el siniestro, acreditar la ocurrencia del siniestro y que el actor es el propietario o asegurado en el contrato correspondiente.

Sin embargo, en el arbitraje de amigable composición, las partes podrán omitir la demostración de distintos hechos y centrarse sólo en la controversia planteada, es decir, en la valoración del bien asegurado, que es precisamente la diferencia de poder resolver el conflicto planteado. Ésta pudiera dirimirse a través de una valoración a juicio de peritos, y este procedimiento es el que debería de dar más preponderancia, para que los conflictos resultaran más rápidos y expeditos en la solución de los mismos.

El tercer elemento de resolución de conflictos, es precisamente el proceso, el cual tendrá que llevarse ante los tribunales correspondientes, para que el problema entre las partes pueda ser dirimido mediante la actividad del gobierno, en donde éste pone a un tercero, llamado juez, para resolver el juicio.

Es indispensable realizar una diferencia en cuanto a la competencia de los asuntos que en su caso pudiera conocer una autoridad, ya sea administrativa o judicial, con relación al problema que se plantea. Es decir, si en el caso que una compañía aseguradora no quisiera liquidar la cantidad reclamada, con motivo de un asunto de responsabilidad civil profesional, este conflicto tendría que ser resuelto en una etapa conciliatoria ante la Conducef o en su caso arbitral o ante los tribunales, dado que el servicio reclamado corresponde a un servicio financiero que da una compañía aseguradora, teniendo como usuario el tercero dañado o bien el asegurado cuando éste hubiese realizado el pago total o en parte al asegurado, dado que el seguro contra la responsabilidad de conformidad a lo dispuesto por el artículo 147 de la Ley sobre el contrato de seguro le corresponde directamente al tercero dañado, la acción correspondiente, el cual se convierte en beneficiario desde el momento mismo del siniestro.

Asimismo, si el reclamo obedece a una reclamación de un contrato de prestación de servicios, el cual no es otorgado por una com-

pañía aseguradora, sino directamente por una persona física o moral que no realiza una actividad de seguro, la competencia en su caso podría ser la Profeco.

Y por último, si el reclamo obedeciera de un paciente en contra de su doctor en la atención del servicio médico prestado, esta competencia podría plantearse directamente ante la Comisión de Arbitraje Médico por el actuar del servicio médico prestado.

COMENTARIOS A LOS ARTÍCULOS ANTERIORES
Y REFLEXIONES PERSONALES SOBRE
«LA CULTURA DE LA QUEJA Y LA CALIDAD
DE LA ATENCIÓN MÉDICA»

Salvador Chávez Ramírez

En principio, mi reconocimiento a los autores de los tres artículos de este capítulo, por su calidad profesional, la calidad de la información y el formato de presentación que nos permite tener en claro las características, entre otras cosas, de la oferta de servicios hospitalarios, de los seguros de responsabilidad profesional y del grave problema que resulta de la usurpación de las funciones profesionales en el ámbito médico.

Quiero tomar una serie de postulados aquí mencionados y tal vez adicionarlos con algunas consideraciones de otros autores, para tratar de integrar un comentario casi personal en relación con la cultura de la queja y la calidad de la atención médica en relación con la información y el conocimiento de los servicios.

Inicio con lo señalado por el doctor Campos. Existe un avance considerable (¿sólo en la medicina privada?) en la atención médica hospitalaria, basado en la (creación) aparición de nuevos hospitales y en el crecimiento, ampliación y modernización de otros. Este proceso impacta en la «cultura de la medicina». La información y la comunicación a través de diferentes medios, ha permitido un mayor conocimiento y exigencia en el llamado «momento de la verdad», pero no siempre con la veracidad y certeza requeridos.

Salvador Chávez Ramírez. Presidente del Colegio de Profesionales de la Calidad.

Que los Hospitales son corresponsables junto con el profesional de la salud de la capacidad profesional de los mismos. Que el Hospital debe tener una estructura bien definida para la prestación de los servicios de diagnóstico, tratamiento o rehabilitación con recursos humanos y técnicos que conformen un programa médico (en donde se especifica las actividades médicas a realizar).

En resumen, que existe un marco definido sobre los servicios hospitalarios especializados, pero que debemos tener también la capacidad para entender a su vez como capacidad de respuesta en relación con la demanda de servicios por los pacientes y con la congruencia de lo que se hace.

Intento ligar estos postulados, con lo que el Lic. David Rodríguez también ha señalado de manera clara respecto al marco normativo de los seguros de responsabilidad profesional y que tomo algunos de sus conceptos vertidos.

El contrato de seguros es aquel donde la empresa aseguradora se obliga, mediante una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse una eventualidad prevista en el contrato.

Este autor define el concepto «prima» como la forma de resarcir un daño o pagar una suma de dinero, bajo el principio indemnizatorio o de restablecimiento del patrimonio del afectado, bajo las condiciones para fijar esa indemnización.

El cómo debe verificarse, la eventualidad prevista en el contrato, y como esta eventualidad se tipifica como un riesgo, que desde el punto de vista de la empresa es lo que adquiere, al ofrecer y vender ese seguro.

Luego igual, nos señala las condiciones o requisitos que el asegurado debe aceptar y cubrir, para que el afectado por las acciones del asegurado pueda acceder al monto de la indemnización tipificada para la eventualidad estipulada en el contrato. Así como los tramos de co-

bertura de los gastos que por el ejercicio profesional de la justicia deban cubrirse y su impacto en el monto a cubrir por la compañía de seguros y el porcentaje proporcional adicional que el asegurado debe cubrir por la eventualidad dada.

Finalmente, sólo resalto que también el licenciado Rodríguez nos ha señalado las modalidades, diría yo, en que pueden resolverse esas eventualidades aseguradas en diferentes instancias de arbitraje y de justicia.

En relación con los conceptos y postulados vertidos por el Dr. Ever Rodríguez, quiero destacar ese formato de «cadena cultural de la usurpación», donde la información, el empirismo, la fe y el conocimiento mismo, se integran en un momento para bien o mal usarse en realidad, convirtiendo al fenómeno de la usurpación en algo común, frecuente y visto como natural o normal (por su uso y frecuencia), pero habrá que definir las formas y momentos de ese uso, porque de otra manera podríamos en algún momento caer todos en esa descripción del fenómeno.

Semejante descripción tiene también el fenómeno del «intrusismo», que además de compartir el origen natural con la usurpación, se acentúa con la cada vez mayor multiplicidad de las especialidades médicas, producto de la fragmentación del conocimiento y de la formación médica, y que indudablemente habrá que confrontarlo en el terreno de la ética y la eficiencia con el conocimiento y la atención médica integral y humana.

Quiero hacer especial énfasis de que los tres ponentes nos han hablado de la importancia del conocimiento de los servicios que necesitamos y/o adquirimos, de la importancia de la información y de los niveles que ésta debe tener, yo diría para integrar un fenómeno mucho más completo, que bien podríamos llamarlo cultura de la obtención del servicio. Entendida ésta como un conocimiento integral que

nos permita visualizar con antelación el llamado «momento de la verdad», es decir, qué necesitamos para satisfacernos con lo que compramos, qué criterio o criterios vamos a usar para describir, o mejor aún, medir la calidad del servicio que compramos y del servicio que recibimos. Cómo realizar el ejercicio de contrastar la necesidad del servicio, con el servicio comprado, con la calidad del servicio recibido. Ejercicio que de manera responsable debería llevarnos al juicio de conformidad o inconformidad, y por ende a la posibilidad de estructurar una queja, en el caso de inconformidad, producto de ese ejercicio de contrastes.

Luego vendría por alguna vía semejante la categorización de la calidad del servicio enjuiciado, donde interviene el concepto de satisfacción con el servicio recibido. Y entonces, creo que vendrá la posibilidad de estructurar una queja fundamentada, ya sea en la inconformidad entre la oferta y el servicio, entre la compra y el servicio recibido, o en la satisfacción de la calidad del servicio. Todo, de nuevo, colgado de un elemento por demás básico, LA INFORMACIÓN.

A continuación algunas consideraciones acerca de la información, tomando conceptos y razonamientos de tres economistas de la salud, como son Akerlof, Pauly y Folland, que en diferentes textos y artículos relacionados con la oferta y demanda de los mercados de los seguros médicos y de las formas de aseguramiento en general, y que bien puede ejemplificar este concepto de cultura de la calidad.

La teoría tradicional de demanda comienza con la presunción de que los individuos están totalmente enterados acerca de los precios, cantidades y las relaciones de servicios médicos y otros datos de sus niveles de salud. Tal presunción se puede justificar aun si no es realista. Sin embargo, una comprensión mayor de la economía de la salud requiere de una visión particular de los efectos de varios problemas en los mercados de los servicios de la salud.¹

El desarrollo de herramientas para estudiar la información asimétrica y las relaciones con la oferta han ampliado el campo de la calidad. Lo anterior se relaciona con situaciones en las que los compradores y los vendedores tienen diferentes niveles de información; lo último tiene que ver con situaciones donde, por la falta de información, los compradores o vendedores confían en otros para ayudarles a tomar decisiones.

Los mercados para muchos servicios de salud y para los seguros en particular, están marcados por grados significativos de información asimétrica y relaciones de mercado y de agencia. La mayoría de los analistas coinciden en que los vendedores potenciales tienen más información que el asegurado sobre su estatus de salud y de la demanda esperada para su cuidado de salud. *Como resultado, las primas para pacientes de alto riesgo serán subvaluadas, animando a tales pacientes a sobreasegurarse, mientras que lo contrario prevalece para pacientes de bajo riesgo.*

La selección adversa reduce la eficiencia de los mercados de salud al distribuir el ingreso a partir de los sanos, a los riesgos más pobres.

Los problemas de información y de agencia valen para otras importantes características de los mercados del cuidado de la salud. La preferencia posible en la entrega del cuidado de la salud de los hospitales no lucrativos y casas de asistencia (capítulo 13), se atribuye a la falta de información de los pacientes e incapacidad para discernir la calidad. Para algunos pacientes, pudiera tomarse un estatus no lucrativo, como el reaseguro de mayor calidad, ya que las decisiones se toman independientemente de un motivo de lucro. La falta de información de calidad también es causa importante para la licencia y otras medidas reguladoras. La información asimétrica, como cuando el paciente está menos informado acerca de tratamientos apropiados, que el médico que le atiende, típicamente lleva una relación de mercado entre el paciente y el proveedor.

INFORMACIÓN AL CONSUMIDOR Y CALIDAD

Ya que los consumidores no pueden monitorear fácilmente la calidad, la búsqueda de información acerca de ella puede ser costosa o tener costos directos para el consumidor. Al mismo tiempo, las consecuencias del pobre cuidado de la calidad pueden ser severas.

Se ha observado que los médicos incrementan sus tarifas y pueden mejorar sus servicios, como es el caso de los seguros de gastos médicos. Cuando el seguro se vuelve más extensivo, los hospitales también responden al crecimiento del seguro incrementando la sofisticación y el precio de sus servicios, por lo tanto, la población (aun la no asegurada) encontrará que el costo de los servicios de salud se afecta con el costo del seguro de otros.

Se conforma, entonces, una especie de espiral, donde el precio más alto de los servicios médicos hospitalarios incrementa el uso de un seguro y cambia los criterios de calidad y satisfacción del consumidor, y a su vez, la extensión o ampliación del seguro provoca precios más altos y servicios cada vez más sofisticados, los cuales, a su vez, provocan un incremento mayor en el costo del seguro. La gente gasta más en salud debido a que están asegurados y compran más seguro debido a los altos costos de los servicios de salud.

El aseguramiento en salud se compra no como consumo de bien final, sino como un medio de pago de futuras compras variables de servicios de salud. Las pólizas de seguro se caracterizan por una mezcla compleja de tasas de coaseguro, deducibles, exclusiones, topes e itinerarios especiales. Una persona asegurada paga una fracción ajustada de todos los gastos en salud, fracción que depende del tipo de póliza elegida y que se conoce como tasa de coaseguro.

Todas estas consideraciones del enfoque económico de los servicios de salud y de su mercado cada vez más extenso, nos pueden ayudar a integrar esa necesaria información simétrica entre proveedores

de servicios y consumidores de éstos, que se traduzca en un nivel de cultura y educación para un mercado honesto, con criterios homogéneos de calidad. Entonces creo que la queja corresponderá a formatos y criterios de claridad, honestidad y justicia, y así, a una verdadera cultura de la calidad.

RESPUESTAS A PREGUNTAS CLAVE

Tomás Campos Gómez
Ever Arturo Rodríguez Arias
Roberto Becerra Zavala

PREGUNTA 1. ¿Qué se hace o cómo evitar la instalación de hospitales privados que ofertan diversas especialidades y es el mismo médico el que los atiende?

RESPUESTA: Los hospitales tienen la obligación de presentar un programa de atención médica en donde se mencione los servicios y las especialidades con que cuentan. El responsable sanitario y/o director de la institución es el responsable de que los servicios que se ofertan sean otorgados por los especialistas correspondientes. La vigilancia de que lo anterior se cumpla es responsabilidad de la Secretaría de Salud.

P. Si una unidad hospitalaria no verifica la legitimidad de documentos de los profesionales (médicos, enfermeras, etcétera), ¿Le hace igualmente responsable de la usurpación en caso de que la hubiera y hasta qué sanción se podría llegar?

R: Los hospitales solicitan a los médicos especialistas presentar a la dirección médica, o en su caso al comité de credencialización, los siguientes documentos: título de médico, cédula profesional, título de especialista, cédula de especialista y certificado ante consejo de la especialidad.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el artículo 24

dispone que «los responsables de los establecimientos donde se presten servicios de atención médica, están obligados a llevar un archivo actualizado en el que conste la documentación de los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud que presten sus servicios en forma subordinada, misma que deberá ser exhibida a las autoridades sanitarias cuando así lo soliciten». Lo anterior implica un deber legal y su omisión conlleva una sanción administrativa, como sería una multa, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 242 del reglamento antes citado, por lo que la unidad hospitalaria deberá, dentro de sus posibilidades, tomar las precauciones necesarias para verificar que los documentos que solicite a los profesionistas sean emitidos por autoridades competentes.

Por otra parte, debe tomarse en cuenta que dentro del contrato de prestación de servicios profesionales, el Código Civil del Estado de Jalisco, en su artículo 2261, segundo párrafo, dispone: «Los directores o administradores de personas jurídicas son responsables por quienes atiendan el servicio profesional, de la posesión del título o grado académico, de su experiencia, conducta, ética, desarrollo profesional, de su actualización y renovación de autorización para el ejercicio y de la protección a los intereses del consumidor». Esto implica que los directores o administradores de unidades hospitalarias pueden ser responsables civilmente.

P. ¿De qué o de quién depende el que no podamos tener estadística actualizada por lo menos de 2007 de la atención médica privada, o de dónde se puede obtener la información?

R: La información estadística es una responsabilidad del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y de quienes la proporcionan, en este caso de las instituciones de salud, ya que es necesaria para tomar decisiones. Cuando se requiere información reciente, sólo

podrá obtenerse mediante entrevista directa con los responsables de los hospitales o en la Secretaría de Salud.

P 4. ¿Cómo está trabajando la Camejal para evitar el intrusismo y la usurpación de la profesión?

RESPUESTA: En particular, la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, al citar o convocar prestadores de servicio de salud, se les solicita presenten original y copia de su cédula profesional y en su caso de la especialidad o especialidades que posean. De tal manera que toda persona que manifieste ante esta Comisión ser profesional de la medicina, debe acreditarlo con su cédula o con documentos inobjetables que lo acrediten como tal, ya que de no hacerlo la comisión presenta denuncia de hechos ante la Procuraduría de Justicia del Estado, a fin de que se investigue sobre la probable comisión de algún delito, como la usurpación de profesiones. Lo anterior de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 91 C, fracción IV, segundo párrafo.

P 5. Los homeópatas están legalmente autorizados a ejercer como tales. ¿La culpa es de la Ley de Profesiones del Estado de Jalisco?

R: La homeopatía es una licenciatura reconocida por nuestras autoridades y es impartida por instituciones de nivel superior. Desafortunadamente, hay quienes no lo desempeñan a este nivel, dando oportunidad a que gente sin la preparación adecuada esté impartiendo cursos, sin el reconocimiento pertinente.

P 6. ¿La Ley de Profesiones del Distrito Federal está usurpando las atribuciones que corresponden a la Ley de Profesiones del Estado de Jalisco?

R: La Ley de Profesiones del Estado de Jalisco no está subordinada a la Ley de Profesiones del Distrito Federal, por lo que de acuerdo

con el Artículo 5º párrafo segundo de nuestra carta magna, cada estado determinará: «cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deban llenarse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo». Sin embargo, a través de acuerdos y convenios de los estados con la federación, pueden cederse competencias para mejorar sus funciones.

P 7. ¿El seguro médico en el área de quirófano cubre a la vez al personal de enfermería si participó en el acto quirúrgico?

RESPUESTA: El Contrato de Responsabilidad Civil para Profesiones Médicas especifica las condiciones y alcances para cubrir daños o eventualidades, y el personal que queda amparado puede variar de acuerdo con cada compañía aseguradora. Algunas pólizas cubren la responsabilidad legal del personal de enfermería o de empleados y trabajadores del médico, por lo que debe estudiarse cada contrato particular para determinar qué cubre y qué no.

El seguro de responsabilidad civil profesional es un contrato que se realiza con la compañía aseguradora, del mismo se debe analizar cuál es la cobertura de la póliza adquirida y que personal del hospital está incluido.

P 8. ¿Qué tan seguros son los seguros de responsabilidad profesional? ¿Hasta dónde cubren, cuando existe impericia, negligencia y error?

R: Las compañías aseguradoras están obligadas a cubrir a lo que se obligan y en particular la responsabilidad legal, pero para ello es importante que el asegurado conozca bien el contrato y la póliza respectiva, para que en caso de una eventualidad, realice los actos correspondientes, como podrían ser, dar aviso a la aseguradora en el tiempo pactado de los hechos.

P 9. ¿Qué se puede hacer para evitar la clonación de recetas de prescripción médica? A) A nivel de medicina privada y B) A propósito de la tecnología digital.

R: Es un problema demasiado difícil de solucionar debido a nuestra idiosincracia, cultura, tradición, etcétera, pero sobre todo a una falta de ética social y falta de recursos en instituciones para vigilar que no se presente esta anomalía, además de que no debemos de soslayar que la tecnología tiene también riesgos.

P 10. ¿Es una usurpación profesional hacerse llamar doctor, cuando se es médico, ya que el doctorado es un grado académico y no profesional?

R: La cultura se desarrolla en base a hábitos y costumbres de una sociedad, de donde se desprende que el término doctor se utiliza en México como sinónimo de médico, siendo aceptado en lo general. No desconocemos que el concepto doctor se debe aplicar a un grado académico.

P 11. ¿Cómo le llamaríamos al acto médico realizado por especialistas pero que le corresponde al médico general?

R: Mientras no existe definición de los límites o fronteras entre médicos generales y especialistas, el problema se seguirá dando. No debemos de olvidar que el médico especialista también es médico general.

P 12. ¿Qué sanción establece la ley a las compañías no autorizadas, como aseguradoras, pese a que se ostentan y venden sus servicios como tales?

R: Las sanciones las establece la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros; para ello es necesario revisar los artículos 3º, fracción primera, y 141, fracción primera, pues particularmente en este último se señala la sanción respectiva.

P 13. ¿Es actualmente imprescindible para el ejercicio profesional del médico contar con un seguro de responsabilidad civil profesional? ¿Todos los médicos lo debemos tener? ¿Hay aseguradoras «patito» no confiables?

R: Es aconsejable contar con un Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, por las ventajas que representa; no obstante, cada profesionista de la salud tiene la libertad de decidir si opta por tener un seguro o no, ya que también representa un costo adicional.

En cuanto a la segunda pregunta, todas las compañías aseguradoras deben cumplir con los requisitos establecidos por la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, ya que de no hacerlo, se hacen acreedores a las sanciones respectivas.

Es importante, en el momento de realizar una contratación distinguir entre un bufete jurídico y una compañía aseguradora, sus actividades son sustancialmente diferentes.

P 14. Al desarrollar actividades médicas que no corresponden a la categoría protegida por el seguro que contrató la institución, pero que ésta última avala y acepta en la práctica, en caso de una demanda, ¿qué tanta responsabilidad tiene la institución por aceptar o admitir que el profesional de la salud actúe?

R: La institución aseguradora sólo cubrirá lo que el contrato determine. Si el prestador del servicio de salud determina voluntariamente realizar un acto no protegido por la póliza es bajo su riesgo, ya que la compañía podrá negarse válidamente. Las compañías no cubren cuando no se tienen los reconocimientos legales para la práctica médica.

P 15. En unidades de medicina familiar, los médicos familiares están llevando un curso de ultrasonografía obstétrica para desarrollar dicha

actividad en cada unidad. ¿Qué responsabilidad tienen, ya que no es obstetra, ni radiólogo, sino médico familiar?

R: Es responsabilidad institucional esta irregularidad. La ecosonografía no es un estudio más, es un estudio que de no realizarse en forma correcta puede generar inadecuada información al clínico para su toma de decisiones, y puede crear falsas expectativas en el paciente. La ecosonografía es compleja y requiere de un entrenamiento especial. Es un caso de intrusismo desde cualquier punto de vista que se quiera analizar.

Los médicos familiares deben reconocer sus alcances y sus límites, ya que los cursos mencionados son un soporte para mejorar su servicio, pero no les otorga el carácter de especialistas, por lo que deberán manejar los asuntos con prudencia y diligencia, a fin de evitar una responsabilidad.

P 16. El médico tiene una pérdida de valores, receta medicamentos caros para tener premios de los laboratorios, además en las instituciones su actuar deja mucho que desear. ¿Qué hacer?

R: La afirmación es muy genérica. Habrá que especificar que algunos médicos hacen lo anterior. Mi propuesta sería trabajar sobre los valores de la profesión médica y sobre los beneficios de las buenas prácticas médicas.

Quienes así actúan, sólo su conciencia puede reclamarles. La deontología es clara en estos aspectos. Vivimos en una sociedad en la que los valores no se aplican y las virtudes son desconocidas en todos los ámbitos.

P 17. ¿Por qué no existe una regulación para los psicólogos más clara y específica?

R: Sí existe, el problema nuevamente cae en la deontología, en

donde el respeto y la responsabilidad juegan un papel de trascendencia y no se aplican. Debemos de contar con instituciones rectoras sólidas en los aspectos de salud y regulación de profesiones.

P 18. Se habló de calidad de los servicios, de los seguros, de la responsabilidad, de la cultura de usurpación e intrusismo, pero un detonante de la queja es el error médico. ¿Dónde queda la cultura médica de la prevención de riesgos en la práctica médica?

R: En los hospitales se trabaja constantemente para la realización de la buena práctica médica, basado en los protocolos establecidos por las diferentes especialidades, así como con las medidas de seguridad aplicadas en la atención de los pacientes.

P 19. ¿Qué hacer al saber que nuestro paciente fue tratado por un profesional de diferente formación y le causó daño al paciente por usurpar la profesión? ¿Es necesario que el paciente lo demande o son los colegios los que deben de llamarle la atención a dicho profesional?

R: Es responsabilidad de todo aquel que sepa de un acto indebido reportarlo ante la autoridad correspondiente.

Los colegios son instituciones que deberían de actuar en este tipo de situaciones, lógicamente que habría que informarles de la irregularidad y exigir el cumplimiento de una de sus múltiples funciones.

P 20. La medicina tradicional está reconocida a nivel constitucional. A pesar de este reconocimiento constitucional, ¿es usurpación de funciones?

R: Por definición es una usurpación. Legalmente mientras no cause un daño se está «amparado» y se seguirá ejerciendo

P 21. ¿Por qué no aceptan las aseguradoras a las comisiones de arbitraje médico como un medio de resolver el conflicto a través de la conciliación, y prefieren llevar el caso a los tribunales para resolver el problema hasta que un juez determine lo conducente?

R: Hasta donde tengo conocimiento, no existe oposición por parte de las compañías aseguradoras de responsabilidad civil profesional de asistir ante las comisiones de arbitraje médico.

P 22. ¿Cuál es el motivo o causa de que algunas aseguradoras no aceptan la conciliación, sino sólo el arbitraje? ¿Es de acuerdo con los estatutos de la aseguradora?

R: Respondiendo las dos preguntas anteriores, antes tendríamos que revisar si efectivamente las compañías aseguradoras no aceptan la conciliación ante las comisiones de arbitraje médico, ya que algunas veces sí participan en las conciliaciones y respaldan al asegurado con asesoría, no obstante desconozco si cubran la responsabilidad civil profesional y hasta dónde. La causa de que algunas compañías no acepten la conciliación, dependerá de los lineamientos de cada una, probablemente pueda ser un aspecto cultural que aún no ha permeado respecto a las ventajas de estos métodos alternos de resolución de conflictos en el ámbito médico; sin embargo, es un asunto que sólo ellas pueden responder, pues algunas sí aceptan participar en el arbitraje, ya que es un tercero el que resuelve la controversia y determina la responsabilidad que deberá ser cubierta.

P 23. ¿Es intrusismo lo que venden a través de la televisión? ¿Qué hacer en contra de esta cultura del consumo?

R: Es un verdadero intrusismo o usurpación. Como profesionales de la salud no debemos olvidar que una función específica es colaborar en la mejora de la cultura médica de nuestra población, es una

arma poderosa para aminorar el impacto que tienen las televisoras en el consumismo, es lo único que podemos hacer.

P 24. ¿Y no será que las mamás y las abuelas en la cadena cultural de la usurpación, están haciendo medicina basada en evidencias?

R: Cuidemos a nuestras mamás y abuelas, ninguna de ellas quiere el mal para sus hijos, estoy de acuerdo con la pregunta/respuesta. Habrá que agregar a las esposas de los médicos.

CAPÍTULO V

EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA ODONTOLOGÍA Y EL CONFLICTO MÉDICO-PACIENTE

INTRODUCCIÓN

Francisco Javier Vázquez Cortés
Laura Fabiola Machuca Martínez
Yolanda González Moreno

De acuerdo con el archivo estadístico de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (Camejal), la odontología ocupa el primer lugar de las inconformidades presentadas en la medicina privada, según lo muestran las estadísticas acumuladas de 2001 a 2007 y que mostramos en el cuadro 1.

En este cuadro se observa de manera sobresaliente el hecho de que en las instituciones de asistencia social y seguridad social, la odontología no es una disciplina de atención a la salud que genere inconformidades, concentrándose el problema, de manera objetiva, en la atención odontológica privada, donde alcanza a constituirse como el primer lugar indiscutible. Por ello la Camejal identificó como una temática necesaria la reflexión sobre la organización de las clínicas privadas, de tal manera que se identifiquen los principios básicos de una estrategia de prevención de conflictos a través de la promoción de la mejora continua de la calidad en los servicios, como política de una asociación civil, como se propone en este capítulo que ofrecemos a la comunidad de la odontología jalisciense.

Francisco Javier Vázquez Cortés. Médico Conciliador de Camejal. *Laura Fabiola Machuca Martínez.* Abogada Conciliadora de Camejal. *Yolanda González Moreno.* Jefa del Departamento de Orientación y Gestión Camejal.

Cuadro 1
Especialidades del acto médico señalado
como motivo de queja, por tipo de institución
(Camejal junio 2001-diciembre 2007)

<i>Seguridad social</i>	%	<i>Asistencia social</i>	%	<i>Medicina privada</i>	%
Ortopedia	24.2	Ginecobstetricia	22.5	Odontología	24.5
Ginecobstetricia	14.2	Ortopedia	13.2	Ginecobstetricia	12.9
Oftalmología	5.6	Urgencias	11.6	Ortopedia	10.1
Urgencias	5.6	Cirugía plástica	8.5	Cirugía plástica	9.0
Gastro	1.6	Gastro	0.8	Oftalmología	8.1
Otras	48.8	Otras	43.4	Otras	35.4
443	100.0	129	100.0	780	100.0

Fuente: Archivo Estadístico Camejal.

Un aspecto que también llama la atención al observar las estadísticas de la Camejal, específicamente en relación con las quejas en el área de la odontología, es el panorama que se muestra al describir sus frecuencias respecto a la especialidad tanto del acto de atención a la salud bucal, como a la especialidad del odontólogo motivo de la queja. En cuanto al primer punto, es de señalarse que de acuerdo con los datos mostrados en el Cuadro 2, los 198 casos atendidos de 2001 a 2007, solamente 26.8 por ciento están relacionados con actos médicos de odontología general y que el complemento, es decir 73.2 por ciento del total, son quejas sobre actos odontológicos de especialidad, donde sobresalen, por la similitud en sus frecuencias, la ortodoncia y prostodoncia, donde se acumula prácticamente la mitad de las quejas presentadas.

No obstante las importantes reflexiones que el dato anterior debe provocar, es conveniente complementarlas con la observación del pro-

Cuadro 2
Quejas y opiniones técnicas recibidas de odontología
y el perfil del acto médico motivo de inconformidad
(Camejal junio 2001-diciembre 2007)

<i>Especialidad del acto de atención odontológica</i>	<i>Quejas</i>	
	<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>
Odontología general	53	26.8
Ortodoncia	50	25.3
Prostodoncia	48	24.2
Endodoncia	22	11.1
Cirugía máxilo facial	9	4.5
Odontopediatría	8	4.0
Parodoncia	8	4.0
<i>Total</i>	<i>198</i>	<i>100.00</i>

Fuente: Archivo Estadístico Camejal.

blema en cuanto a la situación de especialidad de los odontólogos motivo de la queja, donde resulta claramente mayoritaria la inconformidad contra los profesionales de la atención a la salud bucal sin ninguna formación de especialidad, por tanto denominados odontólogos generales, mismos que aparecen como motivo de las inconformidades de los quejosos en 73.2 por ciento, que resulta incongruente con lo expuesto anteriormente, dejando como motivo de queja a odontólogos especialistas solamente en 27.8 por ciento de los casos atendidos por la Camejal, según se muestra en el cuadro siguiente.

Estos datos que se desprenden del ejercicio de clasificación de las quejas en cuanto a la especialidad del acto de atención a la salud bucal y su correlación con la especialidad del profesional de la salud

Cuadro 3
Distribución de las inconformidades de acuerdo
con la especialidad odontológica
(Camejal junio 2001-diciembre 2007)

<i>Especialidades del profesional motivo de la queja</i>	<i>Quejas</i>	
	<i>Núm.</i>	<i>Porcentaje</i>
Odontología general	145	72.2
Ortodoncia	24	12.1
Cirujano máxilo facial	10	5.1
Prostodoncia	8	4.0
Odontopediatría	5	2.5
Endodoncia	3	1.5
Parodoncia	3	1.5
Total	198	100.0

Fuente: Archivo Estadístico Camejal.

motivo de la queja, nos muestra una situación preocupante que nos parece importante plasmarla en un cuadro donde se crucen estas dos variables del análisis y que nos permite resaltar las aparentes incongruencias, como se muestran enseguida.

En este cuadro resumen se encuentran las dos variables que motivan básicamente nuestra propuesta de reflexión para el capítulo de este libro, puesto que por un lado mostramos la situación de conflicto que aparentemente se presenta, mediante la oferta de servicios de especialidad por profesionales que no la pueden acreditar por el tipo de cursos de adiestramientos recibidos de manera particular y en algunos casos en consultorios particulares, sin una acreditación formal o simplemente por odontólogos generales, que desarrollan actos

Cuadro 4
Quejas presentadas sobre la atención odontológica,
según la especialidad del acto médico y del odontólogo
(Camejal, junio 2001-diciembre 2007)

<i>Especialidad de acto odontológico</i>	<i>Especialidad del odontólogo</i>							<i>Total Núm.</i>
	1	2	3	4	5	6	7	
Odontología general	52	-	1	-	-	-	-	53
Ortodoncia	26	23	-	-	1	-	-	50
Prostodoncia	39	1	7	-	1	-	-	48
Endodoncia	19	-	-	3	-	-	-	22
Cirugía maxilofacial	1	-	-	-	8	-	-	9
Odontopediatría	3	-	-	-	-	5	-	8
Parodoncia	5	-	-	-	-	-	3	8
<i>Total</i>	<i>145</i>	<i>24</i>	<i>8</i>	<i>3</i>	<i>10</i>	<i>5</i>	<i>3</i>	<i>198</i>

Fuente: Archivo Estadístico de la Camejal.

de atención a la salud bucal, con grados de dificultad que rebasan la capacitación de la odontología general. Así, observamos cómo 26 de las 50 quejas contra procedimientos de ortodoncia (52%) fueron desarrollados por odontólogos generales, igual que 39 de las 48 inconformidades presentadas ante la Camejal respecto a tratamientos de prostodoncia (81.2%), fueron realizadas por odontólogos generales.

Definitivamente que estos datos se muestran en el cuadro, tal y como se presentan en la casuística de quejas contra odontólogos, sin que se pretenda de manera categórica establecer una situación vinculante de usurpación de funciones profesionales, pero sí tienen el propósito de motivar la reflexión que se relaciona con los dos temas

que se incluyen en este capítulo: por un lado los aspectos de la formalidad académico-legal de los cursos de especialidad como estrategia para garantizar la calidad de los servicios; y por otro, los riesgos legales que implica el llevar a cabo un acto de atención odontológica en campos de especialidad sin tener el adiestramiento formal para ello, incurriendo en un presunto delito de usurpación de funciones, conocido también como intrusismo.

En síntesis, esperamos que la lectura de las siguientes aportaciones provoquen reflexiones profundas sobre los tres diferentes enfoques de la práctica profesional de los odontólogos: el intrusismo profesional, la formalidad académica y legal de las especialidades de odontología y la organización de las clínicas odontológicas particulares como estrategia para mejorar la calidad de la atención.

EL INTRUSISMO EN LA ODONTOLOGÍA

Agustín Zerón y Gutiérrez de Velasco

En el siglo XVIII existían en Europa diversos oficios sobre un mismo tema, lo mismo hacían los dentistas, barberos, merolicos y saltimbanquis, ya cualquiera era un sacamuelas. La diferencia entre un personaje y otro, tal vez lo hacía solo el entusiasmo y el encomiable deseo de superación, y obviamente su capacidad intelectual. Por acuerdos oficiales previos, propio de los parlamentos (principalmente París, Londres y Viena), el oficio de la dentistería pronto iniciaría su regulación.

En esas épocas los cirujanos ejercían cierta independencia respecto de la medicina, aunque existían cátedras de cirugía que centraban su actividad en el conocimiento de la anatomía topográfica y la anatomía quirúrgica, éstas no eran numerosas. La formación de los cirujanos se seguía realizando fuera, y a veces en oposición a la cátedra universitaria.

Los cirujanos barberos ejercían su profesión de forma itinerante, dedicándose a «patologías poco importantes»: heridas, sangrías, dientes, fracturas, úlceras, cataratas, cálculos, hernias, en sí a tratamientos por demás empíricos y resultados mediocres. La actividad consistente en la manipulación de fracturas y luxaciones se denomi-

Agustín Zerón y Gutiérrez de Velasco. Vicepresidente de la Asociación Dental Mexicana 2003-2005.

naba «álgebra», y los que la practicaban «algebristas», de menor rango social que los cirujanos barberos.

En la misma época aparece Pierre Fauchard, una personalidad con amplia visión, lleno de tenacidad y perseverancia, que más que escribir un libro, hizo una verdadera enciclopedia de 38 capítulos en dos tomos. Con su intelecto logró hacer una colosal obra; fundó la profesión del cirujano dentista.

Pierre Fauchard fue un dentista francés, si bien autodidacta, nunca dejó de estudiar y aprender. En esas épocas aunque existía mayor difusión de la cultura, no existía escuela o universidad para estudiar el oficio, por lo que logró convocar a un grupo de iguales (*experts pour les dents*), entre ellos dentistas y cirujanos, para conformar una comisión doctrinal que establecería las reglas de estudio y evaluaría el conocimiento y las habilidades de los aspirantes a ejercer de manera formal la profesión de cirujano dentista. Chapin A. Harris (1806-1860), sobresaliente dentista estadounidense y merecedor del Salón de la Fama de la Academia Pierre Fauchard, opinó: «Considerando las circunstancias en que vivió Fauchard, merece ser recordado como un pionero y seguro fundador de la ciencia odontológica. Si bien su práctica era tosca, esto se debió a sus tiempos. Fue un científico comparativamente superior y afamado, se lo debió a sí mismo».

Regresando a nuestra era, hace unos meses un grupo de profesores de la Asociación Dental Mexicana fuimos convocados por el Ceneval para participar en un proceso de evaluación para la acreditación de conocimientos a nivel licenciatura por el Acuerdo Secretarial 286. Esto me motivó a presentar las siguientes observaciones, con la intención de invitar al gremio a una mayor reflexión y objetiva reconsideración, ya que existen inconsistencias y desapego a los marcos institucionales y legales.

El intrusismo es la acción que comete una persona al ejercer una profesión sin una autorización legal es el ejercicio de actividades profe-

sionales por un intruso que no cuenta con un aval académico, y ejerce sin el título respectivo, por lo que trabaja de manera clandestina una profesión totalmente fuera de los principios éticos y lógicos de la responsabilidad profesional, y por lo tanto en delito flagrante al estar fuera del marco legal constitucional. La ley determina cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio y las condiciones que deban llenarse para obtenerlo, y las autoridades que deban expedirlo. (Artículo 5º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos).

En el entendido que el acuerdo secretarial 2861 (*Diario Oficial*, octubre 2000 del Art. 64, Ley General de Educación) fue propuesto para diseñar lineamientos y mecanismos de acreditación oficial para la revalidación y equivalencia de estudios hechos en el extranjero, así como la evaluación de conocimientos correspondientes a niveles educativos o grados académicos de licenciatura y bachillerato adquiridos de forma no oficial y «autodidacta».

Debo subrayar que los programas actuales de las diversas escuelas y facultades de odontología no contemplan otorgar títulos académicos a quien no cumple con el total de créditos establecidos en los programas curriculares en los tiempos establecidos, esto en pleno apego a la legislación de cada universidad que otorga el título, y a la ley reglamentaria del artículo 5º constitucional que regula una cédula profesional vitalicia.

La carrera de odontología se imparte en más de sesenta escuelas oficiales dentro del territorio nacional, y aunque el título que se expide ofrece una amplia gama de nombres alusivos al odontólogo o al modestamente llamado dentista, en ninguna escuela incluyen el título de «dentista autodidacta» y mucho menos ofrecen vinculación académica a quien simplemente pudiera demostrar «experiencia laboral», máxime cuando la práctica clandestina de una profesión del área de la salud se hace fuera de la estructura curricular y de los lineamientos legales y éticos del ejercicio de una profesión.

Por lo tanto, el acuerdo secretarial 286 que Ceneval ofrece a personas que tienen carrera trunca o que han obtenido sus conocimientos de manera autodidacta fomenta el intrusismo y mediocridad profesional. Considero que ningún proceso de evaluación o certificación oficial debe validar cualquier tipo de aprendizaje informal, máxime cuando se realizan fuera de los sistemas escolares establecidos formalmente.

En las últimas décadas, el gremio odontológico intenta sobreponerse a leyes reglamentarias arcaicas que han dejado en profundo anquilosamiento a un segmento de profesionistas, por lo que de manera espontánea y responsable se han desarrollado diversas y fructíferas acciones institucionales en torno a la certificación de profesionistas y especialistas, al igual que la acreditación de un gran número de escuelas y facultades, esto en plena visión de las competencias profesionales. Las asociaciones, federaciones, consejos y las mismas universidades, durante años han demostrado ser constancia viva del esfuerzo por elevar los niveles de formación, educación y evolución de la profesión odontológica, aun sin el apoyo gubernamental y mucho menos sin presupuesto alguno de partidas económicas oficiales.

Aunque desconocemos cuáles fueron los criterios para escoger la carreras susceptibles de acreditación por el Ceneval. La carrera de odontología es evolutiva y de amplio compromiso social, es más científica que sólo empeño artesanal es más preventiva que simplemente resectiva. Un verdadero profesional es mucho más que sólo acreditarse y obtener un título insubsistente sólo por haber acreditado en «un, dos por tres fases» como sacar o tapar muelas o poner puentes.

Actualmente, un odontólogo debe tener un perfil humanístico, muy responsable y de amplios conocimientos de base científica, con gran apego a los principios éticos que como profesional de la salud debe ante todo ser humano. Por esta razón, sólo hasta cumplir y demostrar haber realizado los estudios conforme a los planes que cada

consejo universitario tiene aceptado, y después de aprobar un examen profesional, la universidad le otorgará el título respectivo.

Intentar acreditar y titular por simple «experiencia en casos prácticos» a quien por alguna o muchas razones no logró hacerlo dentro de los programas y lineamientos universitarios plenamente establecidos, no pueden existir en una carrera del área médica donde está en nuestras manos la salud de muchos seres humanos. El querer hacerlo ahora, es fomentar la incompetencia social y es desleal a quienes intentamos elevar los niveles de verdadera competencia profesional. Sería lamentablemente emprender un retroceso de 280 años, bajo un proceso similar a lo que Pierre Fauchard hizo de manera loable en el siglo XVIII para impulsar el oficio del Cirujano Dentista, pero ahora por cierta compasión o incomprensible benevolencia quieren hacerlo en pleno siglo XXI.

El acuerdo 286 y la modificación de lineamientos del acuerdo 3282 no es justa, equitativa ni ética para evaluar y vender títulos a intrusistas o dentistas autodidactas con carrera trunca. Los niveles de competencias profesionales y superación académica exigen que los profesionales de la salud cumplan a 100 por ciento con todos los créditos y requisitos establecidos en los planes curriculares universitarios, al igual que el cumplimiento del servicio social, tal como lo hace cualquier profesionista que ejerce en el marco de la legalidad.

Por lo tanto, el acuerdo 286 y sus actuales modificaciones atentan contra las formas legales y académicas más lógicas que buscan ofrecer mejores niveles de atención profesional en beneficio de la salud de los mexicanos. Tales acuerdos no son congruentes con los principios de alta competencia que los colegios de profesionistas y los consejos de especialidad hemos iniciado desde hace varios años para promover la acreditación de escuelas y facultades, y la certificación continua de profesionistas y especialistas, con ningún otra ley que la res-

ponsabilidad personal y compromiso moral de quien pretende su verdadero crecimiento y superación profesional.

El acuerdo 286 pretende vender un título en 17 mil pesos, con requisitos, fundamentaciones y evaluaciones subjetivas a cualquiera que tenga cubiertos al menos 70 por ciento de los créditos, con un interés más mercantil que académico.

Las iniciativas que cualquier institución promueva deben primeiramente elevar los niveles y estándares profesionales que lleven de manera consistente a mejorar los actuales programas académicos, fomentar la investigación y las experiencias científicas para mejorar las estrategias de la salud pública, sólo y con el único compromiso de mejorar la atención y la calidad de vida de la población de México.

1. Acuerdo No. 286 SEP. Por el que se establecen los lineamientos que determinan las normas y criterios generales, a que se ajustarán la revalidación de estudios realizados en el extranjero y la equivalencia de estudios, así como los procedimientos por medio de los cuales se acreditarán conocimientos correspondientes a niveles educativos o grados escolares adquiridos en forma autodidacta, a través de la experiencia laboral o con base en el régimen de certificación referido a la formación para el trabajo. (Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el día 30 de octubre de 2000)

2. Acuerdo No. 328 SEP. Por el que se modifica el diverso 286 por el que se establecen los lineamientos que determinan las normas y criterios generales, a que se ajustarán la revalidación de estudios realizados en el extranjero y la equivalencia de estudios, así como los procedimientos por medio de los cuales se acreditarán conocimientos correspondientes a niveles educativos o grados escolares adquiridos en forma autodidacta, a través de la experiencia laboral o con base en el régimen de certificación referido a la formación para el trabajo. (*Diario Oficial de la Federación*).

FORMALIDAD ACADÉMICO-LEGAL DE LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS Y SU RELACIÓN CON EL CONFLICTO ODONTÓLOGO-PACIENTE

María Cristina Sifuentes Valenzuela

Todos somos responsables de todo y de todos, y yo más que los otros.

Dostoievski

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo cuarto, establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Con el creciente acceso de la población a los servicios médicos, los avances científicos y técnicos en el área de la medicina, y el mayor acceso a la información de la población para demandar mejores servicios, entre otros, se ha contribuido a ser cada vez más efectivo este derecho; no obstante, la protección de la salud lleva implícita tanto la cobertura como la calidad de su atención. Este último punto es el que debiera normar toda actividad profesional que tiene como responsabilidad la salud de la población.

La garantía del derecho a la protección de la salud consolida nuestro sistema de justicia social. Para fortalecerlo, y por ende mejorar la calidad de los servicios médicos en nuestro país, el ejecutivo federal dispuso la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) por decreto el 3 de junio de 1996, en respuesta a las demandas que la sociedad ha formulado sobre las deficiencias del prestador de servicios de la salud. Este organismo surge, como la Comisión de Arbitraje Médico de Jalisco (Camejal), entre otros en la

María Cristina Sifuentes Valenzuela. FMFEO-Conaedo.

república mexicana, con el propósito de resolver los conflictos suscitados entre los usuarios y los prestadores de servicio de salud de carácter público, privado y social, así como el de contribuir a la calidad y eficiencia de los servicios médicos y dentales que se ofrecen a la comunidad.

La actividad profesional del cirujano dentista en México, o especialistas del área odontológica, plantea un número importante de riesgos, lo cual nos hace reconocer que no siempre se pueden garantizar resultados positivos en el paciente, sin que ello implique necesariamente desatención o negligencia por parte del profesionista. Estas situación que ha influido en un cambio de actitud por parte del paciente respecto al trato o atención dental recibida, reflejándose en un incremento de denuncias contra los profesionales de la salud bucal, derivado en la mayoría de los casos por un conocimiento más amplio en el ámbito médico odontológico y jurídico por parte de los pacientes, que solicitan servicios de óptima calidad profesional.

De la misma manera, esta circunstancia denota ciertas conductas del cirujano dentista derivadas del desconocimiento o la falta de aplicabilidad de la normatividad legal que rige su profesión, como la Norma Oficial Mexicana, el Código de Bioética para el personal relacionado con la salud bucal, la Ley General de Salud y la Ley General de Profesiones, entre otras, que garantizan la realización de todo acto estomatológico de diagnóstico y rehabilitación y que asegura el cumplimiento jurídico en su proceder día con día.

El número de quejas y denuncias originadas por la prestación de servicios odontológicos en la actualidad, nos obliga a reflexionar acerca de las causas que han motivado su incremento y sobre todo exige, particularmente a los cirujanos dentistas, un conocimiento legal y profundo sobre la materia, pues en la solución de estas controversias está involucrado uno de los intereses fundamentales que le asiste a todo

mexicano: el derecho a recibir prestaciones de salud bucal oportunas y de idónea calidad.

La obligación del cirujano dentista es responder por los daños ocasionados que surgen por la prestación de servicios médico estomatológicos y de los hechos que dan lugar la negligencia, impericia, imprudencia y premeditación, afrontando diversos tipos de responsabilidad, como la civil, la administrativa y la penal.

La negligencia, jurídicamente corresponde a la falta del cuidado indispensable en la ejecución de un acto determinado; la impericia se relaciona con la falta de habilidades o los conocimientos técnico-básicos que debe poseer obligatoriamente el prestador de servicios de salud buco dental. La imprudencia corresponde a los procedimientos efectuados con apresuramiento innecesario que pone en riesgo la salud de las personas; la premeditación o ignorancia, se relaciona también con el desconocimiento de algún hecho, procedimiento, técnica u oficio en particular (Carrillo, 2005 y García 2005), de cuya actuación pone de manifiesto el desconocimiento de los principios fundamentales de la profesión o especialidad a la que se dedican. Estas actividades que propician alteraciones del estado del paciente producida por el médico, incluyendo tanto los efectos positivos o benéficos como negativos o nocivos, constituyen las iatrogenias, que corresponden desde el punto de vista médico legal a fuentes importantes de responsabilidad de los cirujanos dentistas, motivo de las demandas.

De acuerdo con Carrillo (2005), los aspectos relacionados con las iatrogenias se derivan entre otros factores de:

- El número excesivo de alumnos en las escuelas, lo cual impacta en su formación.
- Apatía y desinterés generados por falta de vocación.
- Falta de actualización por parte de los profesionales postgraduados.

- Deficiente relación médico-paciente, donde en ocasiones impera la falta de comunicación, anteponiendo intereses personales.
- Ambiciones materiales desmedidas.
- Carencia y/o deficiencia de conocimientos bioéticos, deontológico y jurídicos de la práctica médico estomatológica en gran parte de los médicos graduados y posgraduados, o bien la no aplicación de estos conocimientos cuando se tienen.
- Falta de pericia, de prudencia o incurrir en negligencia o en premeditación durante el ejercicio profesional.
- Carencia o deficiencia en la elaboración del expediente clínico estomatológico.
- Carencia o deficiencia de la carta de consentimiento bajo información al recabarse y/o otorgarse información limitada durante su elaboración, y
- Desatención del paciente durante o después del tratamiento.

Las consecuencias de las conductas antes mencionadas, así como la elaboración incorrecta y la mala integración del expediente clínico estomatológico, son competencias y habilidades que se originan desde la formación del profesionista en las aulas. En cuyo caso las instituciones de educación superior formadores de recursos humanos tienen una indiscutible participación. En tal contexto, la acreditación de programas y la certificación de profesionistas a cargo del Consejo Nacional de la Educación Odontológica (Conaedo), resultan procesos indispensables que permiten validar acerca de la pertinencia de los programas académicos. Con la acreditación, en función de las competencias cognitivas y psicomotrices que el egresado debe poseer en función del ejercicio profesional de calidad, así como con la certificación, proceso que permite constatar la actualización y superación permanente de los egresados como actividad fundamental para la realización de la práctica profesional, con la responsabilidad de su ejercicio

previsto en el Código Penal, en la Ley de Profesiones y en la Ley General de Salud.

El Conaedo es un organismo plural, conformado por miembros de la Federación Mexicana de Escuelas y Facultades de Odontología (FMFEO) que representa a los formadores de recursos humanos para la atención de la salud bucal, la Asociación Dental Mexicana (ADM) y el Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas (CNCD), que congrega a las agrupaciones gremiales más importantes en nuestro país y el Centro Nacional de la Evaluación de la Educación (Ceneval), organismo independiente que evalúa la educación media y superior en México, quienes integran el grupo responsable para la evaluación de programas académicos en odontología, con el propósito de contribuir al conocimiento y mejoramiento de la calidad de la enseñanza de la odontología en las instituciones de educación superior del país, siguiendo un modelo que responda a las necesidades sociales y geográficas de México y a las condiciones del ejercicio profesional, así como promover el mejoramiento de la calidad de su actividad fomentando la actualización periódica de los profesionistas.

El Conaedo tiene como objetivo fundamental validar programas académicos, corroborando en este proceso que los mismos mantienen y aplican los estándares de calidad en la educación odontológica, así como que dichos programas reflejan el avance continuo de la profesión y el enfoque integral que debe propiciarse en los estudiantes para la atención eficiente de los pacientes, como que cuentan con la infraestructura indispensable para alcanzar el perfil profesional que ofrecen a la sociedad. Esta actividad permite atender áreas de oportunidad para mejorar sus procesos e incidir de manera importante en la calidad del ejercicio profesional de los estomatólogos, dada la obligatoriedad en la atención de sugerencias y recomendaciones con este fin.

La acreditación de los programas es un acto voluntario de la institución, que al abrirse a un proceso de evaluación, en sí misma refiere su compromiso y responsabilidad social en correspondencia con su misión y razón de ser. En este contexto, el Conaedo pone especial atención en la revisión de los planes y programas de estudio, la existencia de asignaturas que contemplen la generación de competencias profesionales y conceptos que garanticen una práctica profesional asertiva, como lo son la aplicación de los principios éticos y legales de la profesión.

Actualmente, 61 facultades y escuelas de odontología pertenecen a la FMFEO y 39 de ellas ha obtenido la acreditación de sus programas, representando 64 por ciento. La acreditación se otorga por cinco años. El dictamen que sustenta la acreditación incluye un informe detallado de las fortalezas y actividades recomendables para mejorar los procesos, lo que constituye un proceso de mejora continua de las instituciones. El porcentaje de las escuelas y facultades que aún no se han acreditado, es una situación que puede explicar las circunstancias que dan lugar a actos u omisiones que suelen originar tanto quejas e inconformidades, como querrelas y denuncias por prestación de servicios de atención médica estomatológica.

Respecto a la certificación, actualmente el Colegio de Cirujanos Dentistas y la Asociación Dental Mexicana, han certificado a la fecha aproximadamente a 5 mil cirujanos dentistas de práctica general, situación que refiere una debilidad importante, ya que de acuerdo con la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior de la República Mexicana, A. C. (ANUIES), al año egresan en el D.F. alrededor de 900 cirujanos dentistas, lo cual podemos considerarlo como un elemento que incide en la recurrencia e incremento de denuncias.

Aunado a lo anterior, nos enfrentamos a otra problemática derivada de la realización de procedimientos odontológicos especializa-

dos por los cirujanos dentistas de práctica general, que no cuentan con el respaldo académico institucional. En el país, aproximadamente 20 por ciento de los cirujanos dentistas ostentan el diploma de especialidad o posgrado, circunstancia derivada del alto costo que representa para los profesionistas el ingresar a un posgrado, la durabilidad de los mismos (dos a cuatro años dependiendo de la especialidad), así como a las pocas instituciones que ofrecen esta alternativa educativa para su formación. Esta situación ha permitido que muchas dependencias ofrezcan cursos (un día) o diplomados, cuyo valor curricular es muy bajo (120 horas crédito), que aunque algunas se ofrecen con la intencionalidad de actualizarlos en un área específica para mejorar su trabajo clínico, en la mayoría de los casos no cuentan con el respaldo oficial, avalado por instituciones u organismos reconocidos: universidades o asociaciones como la ADM y CNCND, principalmente.

Ante tal problemática, es pertinente reflexionar sobre la necesidad de formalizar un registro nacional de programas acreditados por las universidades para la formación de especialistas, como un Sistema Nacional de Especialidades Odontológicas, que se constituya en un referente institucional para incidir en la calidad de las actividades de los especialistas.

Tal circunstancia se traduce en dos actos que circunscriben el porcentaje más alto de las iatrogenias: (Carrillo, 2005) la negligencia e impericia, que corresponden a actos de responsabilidad social, apegados a los principios éticos y legales de la profesión, en donde el reconocimiento de los límites de la competencia profesional es un elemento de trascendental importancia.

La responsabilidad en la prestación de servicios de salud bucal implica hablar de obligaciones, de deberes, de hacer y de no hacer, trayendo consecuencias al cumplirlas y sanciones al no cumplirlas (Carrillo, 2005). La responsabilidad profesional médica-odontológica es

la obligación que tienen los profesionales de la salud bucal de reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones y errores e incluso involuntarios dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión o área de especialidad (Carrillo, 2005).

El conflicto es una constante en la vida social, en donde se comparten necesidades y expectativas, y la forma en que se manifiestan, gestionan y regulan los conflictos es muy variada. En tal contexto, es conveniente que el cirujano dentista y especialistas actúen con apego a la ley, para que de esta manera se prevenga cualquier controversia, así como bajo los principios bioéticos, en donde prevalezcan en todos sus actos un ejercicio profesional con la calidad y calidez que su quehacer le demandan.

BIBLIOGRAFÍA

- Carrillo, L. (2005), *La responsabilidad profesional del médico en México*. México: Purrúa, pp. 1-61.
- García, I. (2005), *Procedimiento pericial médico-forense. Normas que rigen y los derechos humanos*. México: Porrúa, pp. 41-67.

LA ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL COMO PERSPECTIVA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA ODONTOLOGÍA PRIVADA

Ernesto Ibarra Páez
Francisco Javier Vázquez Cortés
Laura Fabiola Machuca Martínez

Un ejemplo de organización institucional de servicios en salud tiene sus antecedentes en nuestro estado con la Asociación de Hospitales Particulares de Jalisco, S.A. de C.V. fundada en 1967. Es una asociación única en su género en el país. Tiene como objetivo la integración de los hospitales privados para realizar actividades tendientes al mejoramiento en todos los órdenes de los hospitales en el estado y permitidas por la ley; dejando fuera aspectos de egoísmo y de competencia desleal, fijándose además como uno de los objetivos principales la unión de los hospitales privados como lo narran en el capítulo de historia en su página electrónica.

Actualmente esta asociación representa y defiende los intereses generales de los hospitales particulares, se relaciona con las autoridades correspondientes y participa en diferentes foros del sector salud. Uno de los puntos fue estar unidos para proteger al sector de hospitales privados de irregularidades y conflictos que han sido enfrentados exitosamente.

Cuenta con 41 hospitales asociados, de los cuales 34 son de la zona metropolitana de Guadalajara, 5 del interior del estado de ciudades medias y dos del estado de Nayarit, en Tepic (www.asociacionhospitales.org/).

Ernesto Ibarra Páez. Cirujano maxilofacial, Clínica Zurich.

También ha participado en diferentes foros a nivel nacional y es miembro de la Asociación de Nacional de Hospitales Privados (www.anhp.org.mx/asociado.php).

De esta manera, consideramos que la Organización Institucional de la Odontología privada puede ser una prospectiva de la calidad de los servicios odontológicos.

Si hacemos un análisis de las instituciones de la odontología y de los servicios que ofrecen como tales, podríamos conocer las fortalezas y debilidades. Esto sentaría las bases de los objetivos de la calidad y con ellos la justificación de una Asociación de Clínicas Odontológicas Privadas con objetivos comunes, hacia la solución de alta calidad de los problemas de salud bucal de la población jalisciense.

Los servicios odontológicos más diversificados son ofertados por clínicas privadas principalmente (36 son las clínicas que se anuncian en el directorio telefónico).

Los medios materiales para los trabajos odontológicos de diferente calidad y/o costo con efectividad relacionada a los mismos, lo que lleva a ofertar el mismo trabajo a diferentes tipos de pacientes de acuerdo con su disposición o capacidad económica. Esta situación de alguna manera cubre una necesidad social de salud bucal a los diferentes estratos sociales si son ofertados con principios éticos. En esta manera y de forma transparente, podría ofrecerse al usuario una oferta bien clasificada de servicios, considerando por ejemplo el nivel de atención desde la odontología general hasta la alta especialidad, atención primer contacto urgente y no urgente, y cubriendo desde la asistencia social hasta la atención privada de bajo hasta alto costo, dando la opción al paciente de seleccionar el tipo de servicio que le fuera conveniente a su situación en particular.

Una conveniencia adicional de mantenerse agrupados sobre todo cuando no se trata de un negocio de altos consumos, los precios de los

insumos en forma independiente (menudeo) son más altos que si se adquieren como sociedad (mayorista), lo que disminuiría los costos y una oferta más justa en beneficio tanto del proveedor como de los consumidores.

Otro beneficio de formar una organización es una mejor regulación del ejercicio profesional, ya que se establecerían por consenso los criterios de calidad que toda clínica que desee asociarse debe llenar, algunos criterios mínimos en el funcionamiento, en donde se puede incluir la formación académica de los profesionales de la odontología que conforman la plantilla de trabajo de la clínica. En el caso de la Asociación de Nacional de Hospitales Privados los requisitos mínimos son:

- Ser un hospital privado.
- Contar con la certificación del Consejo de Salubridad General preferentemente, o estar en preparación para ello.
- Contar con un representante a nivel ejecutivo para que asista mensualmente a las reuniones ordinarias.
- Cubrir la cuota de inscripción.
- Comprometerse a formar parte activa del comité al que sea agregado.

Requisitos que podrían particularizarse mediante consenso que asegure la calidad y honorabilidad de la institución solicitante.

Los indicadores de calidad de servicios no son validados por organismos externos, lo que si sucediera pudiera ser objeto de acreditación o certificación que otorgara algún estatus de la calidad de los servicios odontológicos institucionales que ofrecería confianza en el usuario. La propia asociación pudiera tener una función certificadora y como consecuencia el fortalecimiento de la confianza de lo usuarios al ofertar servicios acreditados y certificados en la calidad.

Las instituciones odontológicas privadas no son actualmente un campo clínico que contribuya a la formación de odontólogos en cola-

boración con las universidades. Tampoco son promotoras de la actualización al no poner a disposición de los colegios áreas para ejercicios de actualización y no llevar a cabo los exámenes de certificación. La mejora de la calidad de las clínicas odontológicas privadas facilitaría la realización de convenios con las instituciones formadoras de profesionales en la odontología, como son las universidades de educación popular, como la Universidad de Guadalajara, privadas como Universidad Autónoma de Guadalajara, Universidad Cuauhtémoc o Lamar. Las clínicas privadas pudieran ser calificadas como campos clínicos de pregrado y postgrado. La actualización continua a través de los colegios, como son el Colegio de Odontólogos Universitarios de Jalisco, A.C., Colegio de Odontólogos «Dr. Gilberto Solís Arístegui» A.C., Círculo de Estudios Odontológicos, A.C. o de especialidades como la Sociedad Jalisciense de Endodoncia, A.C., Sociedad de Prostodoncia, A.C., o del interior del estado, como son Colegio Odontológico de la Región de los Altos, A.C., Colegio de Cirujanos Dentistas de Autlán, A.C., entre otros.

Las relaciones interinstitucionales no se llevan a cabo dentro de un ambiente de comunicación y acuerdos profesionales y éticos, sino a manera de rumor, lo que los hace nocivos para un buen desempeño institucional que en un ambiente institucional directo mejoraría las relaciones comerciales, económicas, sociales, mediante la elaboración de normas de ética entre las instituciones odontológicas privadas.

Las quejas, denuncias y demandas en el estado de Jalisco son altas en el medio privado por inconformidades de la atención odontológica en general, 14.4 por ciento de las quejas son de odontología (Camejal, *Informe anual de actividades, 2007*) (cuadro 1). Si lo analizamos como especialidad ocupa el primer sitio en la medicina privada y en general el segundo lugar (Cuadro 2). La mejora de la relación institucional mejoraría la calidad de atención en las clínicas odontológicas

privadas, que se traduciría en un factor de disminución en las quejas, denuncias y demandas de los pacientes ante las instancias jurisdiccionales y no jurisdiccionales.

Cuadro 1
 Distribución de las quejas según las disciplinas de ciencias de la salud
 (Camejal, junio 2001-diciembre2007)

<i>Disciplina de la salud</i>	<i>Seguridad</i>		<i>Asistencia</i>		<i>Medicina</i>		<i>Total</i>	
	<i>social</i>		<i>social</i>		<i>privada</i>			
	<i>Núm.</i>	<i>%</i>	<i>Núm.</i>	<i>%</i>	<i>Núm.</i>	<i>%</i>	<i>Núm.</i>	<i>%</i>
Medicina	434	98.4	123	95.3	580	74.6	1 137	84.4
Odontología	2	0.5	2	1.6	190	24.4	194	14.4
Enfermería	5	1.1	2	1.6	5	0.6	12	0.9
Otras	0	0.0	2	1.6	2	0.3	4	0.3
<i>Total</i>	<i>441</i>	<i>100.0</i>	<i>129</i>	<i>100.00</i>	<i>777</i>	<i>100.00</i>	<i>1 347</i>	<i>100.00</i>

Fuente: Archivo Estadístico de Camejal.

Las organizaciones deben ser conocedoras de sus derechos y obligaciones en las normas y leyes. Se deben organizar comités de honor y justicia y/o de apoyo jurídico para sus agremiados; podrían como promotores del conocimiento de las normas y leyes, derechos y obligaciones que les permita un ejercicio profesional odontológico más sólido en la prevención de la queja, demanda o denuncia y el apoyo necesario en caso de conflicto ya vigente.

Con estos retos se crearía la Asociación de Clínicas Odontológicas Particulares de Jalisco, Asociación Civil.

Cuadro 2
Cinco especialidades más frecuentemente señaladas como motivo de queja,
por tipo de institución en Jalisco.
(Camejal, junio 2001-diciembre de 2007)

	Núm.	Asistencia Social	Núm.	Medicina Privada	Núm.	Total	Núm.
Seguridad Social							
Ortopedia y trauma	24.3	Ginecobstetricia	22.5	Odontologia	24.5	Otopedia y trauma	15.0
Ginecobstetricia	14.3	Ortopedia y trauma	13.2	Ginecobstetricia	13.0	Odontologia	14.5
Oftalmologia	5.7	Urgencias	11.6	Ortopedia y trauma	10.1	Ginecobstetricia	14.3
Urgencias	5.6	Cirurgia plastica	8.5	Cirurgia plastica	9.0	Oftalmologia	6.5
Gastro	1.6	Gastro	0.8	Oftalmologia	8.1	Cirurgia plastica	6.0
Otras	48.5	Otras	43.4	Otras	35.3	Urgencias	3.0
441	100.00	129	100.00	779	100.00	1 349	100.00
						Otras	40.4

ANEXO
PROPUESTA QUE PRESENTA LA CAMEJAL

Francisco Javier Vázquez Cortés
Laura Fabiola Machuca Martínez

ESTATUTOS DE LA ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS
ODONTOLÓGICAS PARTICULARES DE JALISCO, A.C.

Artículo 1° La Asociación reglamentada por los estatutos es una Asociación Civil sin carácter lucrativo, que se denominará «Asociación de Clínicas Odontológicas Particulares de Jalisco», agregándose las palabras Asociación Civil y sus iniciales A.C.

Artículo 2° La duración de la asociación será indefinida.

Artículo 3° La asociación tendrá como objetivo la unión de las clínicas odontológicas asociadas en la búsqueda del mejoramiento constante y permanente de la calidad de la atención de nuestros pacientes, así como la tutela de los intereses generales de los asociados. Para su funcionamiento podrá adquirir los bienes inmuebles y muebles necesarios para su objeto y realizar las operaciones compatibles con la naturaleza y permitidas por la ley ante las distintas dependencias en que por su actividad se ven involucradas.

Artículo 4° El domicilio de la asociación será el correspondiente a la clínica que representa el asociado que sea electo como presidente de la asociación de acuerdo con lo que se establece en estos estatutos.

Artículo 5° La misión es la de ser un grupo de clínicas odontológicas particulares cuyo propósito es la unión y el fortalecimiento de la asociación en la búsqueda del mejoramiento constante y permanente de la calidad mediante la capacitación, asesoría e investi-

gación en un marco de respeto, honestidad y equidad entre sus asociados.

Artículo 6° Nuestra filosofía, la excelencia en el servicio.

Artículo 7° Nuestros valores son:

- a. Estimular la profesionalización de los cuadros directivos de las clínicas odontológicas a través de la capacitación, asesoría e investigación.
- b. Promover el cumplimiento de las normas oficiales que rigen la actividad profesional de la odontología.
- c. Ampliar el vínculo de comunicación con las diferentes instituciones públicas y privadas.

Artículo 9° La asociación no tendrá capital fijo y su patrimonio se formará por las aportaciones voluntarias de los socios y toda clase de adquisiciones a título de convenios, donación, herencia o legado.

Artículo 10° Los miembros de la asociación no adquieren derecho alguno sobre el patrimonio de ésta, ni pueden transmitir prerrogativas o facultades de ninguna especie en relación con la misma por acto entre vivos o a títulos de herencia, ni reclamar compensaciones o prestaciones de ninguna especie, en caso de que por cualquier motivo dejen de formar parte de ella.

Artículo 11° Los ingresos de la asociación se destinarán exclusivamente al cumplimiento de sus fines, sin que en ningún caso ni por motivo alguno, pueda repartirse utilidades a los asociados ya sea periódicamente al tiempo de la liquidación. Si al final de un ejercicio hubiere excedentes sobre los gastos efectuados, serán invertidos precisamente en los fines de la asociación. Si al practicarse la liquidación final quedare remanente una vez satisfechas las obligaciones a cargo de la asociación, se entregarán al instituto, fundación o asociación que la asamblea acuerde y que no tengan carácter lucrativo ni puedan repetir durante su vigencia, ni al tiempo de liquidación utilidad alguna a sus miembros.

Artículo 12° La asociación tendrá dos clases de miembros:

- a. Asociados activos, con derecho a votar en las asambleas generales, y en general, a participar en la vía jurídica de la asociación en los términos reglamentados por los presentes estatutos, teniendo, además, las prerrogativas a que se refiere el inciso siguiente.
- b. Asociados cooperadores, que deseen prestar ayuda económica o de otra índole a la asociación en forma temporal o permanente.

Artículo 13° Los candidatos a asociados podrán ser admitidos provisionalmente por la mesa directiva; pero su ingreso definitivo tendrá que ser aprobado por la asamblea general. Para ser admitido como asociado activo de la asociación se requiere:

- a. Hacer solicitud de ingreso por escrito y presentarla a la mesa directiva.
- b. Que exista aceptación y congruencia con los valores de las asociaciones.
- c. Ser propietario o representante de la Directiva de Clínica Odontológica que ofrezca servicios profesionales particulares; así como contar con carta poder de representante legal ante la asociación. Los asociados cooperadores serán admitidos con tal carácter por la mesa directiva.
- d. La institución solicitante debe contar con autorización oficial de las autoridades correspondientes, para la realización de las funciones de salud para la que fue creada.
- e. Contar con una recomendación de algún asociado activo, quien dará su voto inicial de confianza.

Artículo 14° Los asociados activos que asistan a cada una de las sesiones formalmente convocadas formarán parte de la Asamblea General de la Asociación de Clínicas Particulares. Los asociados activos de la asociación podrán hacerse representar a y través de una simple carta poder.

Artículo 15° La Asamblea General formalmente constituida como se establece en el artículo precedente, será la máxima autoridad en cada una de las sesiones que se realicen.

Artículo 16° Administrará y representará a la asociación una mesa directiva electa por la Asamblea General y formada por tres asociados activos. La mesa tendrá las amplias facultades de representación judicial y para actos Administrativos y de dominio respecto de toda clase de bienes, negocios e intereses sociales; recusar, consentir sentencias, presentar posturas en remate y, en general, actuarán todas las órdenes a nombre de la asociación, sin restricción de ninguna especie; podrá, asimismo, nombrar gerentes y apoderados generales o mandatos o nombramientos respectivos y revocarlos.

Artículo 17° De entre los asociados activos serán designados un presidente, un secretario y un tesorero, quienes serán electos en sesión especial por mayoría de votos y durarán en funciones dos años. La mesa directiva tendrá atribuciones para proponer a la asamblea la creación de comisiones (de dos a tres miembros), para la realización de los programas propuestos. Las comisiones tendrán la vigencia determinada por la tarea encomendada por la asamblea.

Artículo 18° Las sesiones de los asociados funcionarán válidamente con la concurrencia de la mitad más uno de sus miembros, y sus decisiones se tomarán por mayoría de votos. En caso de empate, el presidente tendrá voto de calidad. De cada sesión, que deberá celebrarse de acuerdo con el calendario y con la respectiva convocatoria formal de la mesa directiva, se levantará acta firmada por los representantes concurrentes. Debiéndose tomar compromiso de los acuerdos obtenidos, siendo responsabilidad de los asociados su seguimiento y cumplimiento.

Artículo 19° Toda clase de títulos de crédito, contratos y documentos que impliquen obligaciones para la asociación, llevarán las firmas del presidente y del tesorero en forma mancomunada.

Artículo 20° Los miembros de la mesa directiva y de las comisiones desempeñarán gratuitamente sus cargos.

Artículo 21° Los ejercicios sociales durarán 365 días.

Artículo 22° Al terminar cada ejercicio se formarán cuentas correspondientes, que serán sometidas a la Asamblea General Ordinaria Inmediata.

Artículo 23° La asamblea general de los asociados activos es el órgano supremo de la asociación y podrá acordar y revocar todos los actos y operaciones de ésta.

La Asamblea General resolverá especialmente:

- I. Sobre la administración de la asociación.
- II. Sobre la suspensión temporal o definitiva; así la exclusión de asociados activos.
- III. Sobre la disolución de la asociación.
- IV. Sobre nombramiento y revocación de miembros de la mesa directiva y comisionados, así como la aprobación de reglamentos.
- V. Sobre reformas de los estatutos.
- VI. Sobre aprobación de cuentas.
- VII. Sobre enajenación o gravamen de inmuebles.
- VIII. Sobre los demás asuntos cuya decisión la completa por disposición de la ley o de los estatutos.

Artículo 24° Para establecer un convenio o compromiso de colaboración con otra u otras instituciones, debe de presentarse a la asamblea y la misma determinará si se acepta.

Artículo 25° Las convocatorias serán suscritas por el presidente y secretario de la mesa directiva. Serán comunicados y enviadas a los asociados activos mediante correo electrónico, vía telefónica o bien por fax. En todos los casos deberá haber acuse de recibo.

Artículo 26° Las convocatorias designarán con exactitud el lugar, día y hora en que deben tener lugar las asambleas respectivas.

Artículo 27° Habrá sesiones de asamblea general ordinarias y extraordinarias. Las primeras se realizarán el primer lunes de cada mes, en el horario que acuerde la Asamblea General a propuesta de la mesa directiva.

Las sesiones extraordinarias de la asamblea serán cuando la mesa directiva en funciones lo juzgue conveniente o cuando lo solicite la mitad más uno de los integrantes de la asociación.

Artículo 28° Presidirá la asamblea el presidente de la mesa directiva, junto con el secretario. En las sesiones electorales, el presidente nombrará de entre los asociados o sus representantes en la asamblea a dos escrutadores de entre los que formen la lista de asistencia.

Artículo 29° En la asamblea las votaciones serán nominales y cada Asociado activo tendrá derecho a un voto.

Artículo 30° La Asamblea Ordinaria resolverá sobre aprobación de cuentas y designación de asociados y sobre los demás asuntos contenidos en la orden del día.

Artículo 31° Instalada legalmente, la asamblea si no fuere posible por la falta de tiempo resolver todos los asuntos comprendidos en la convocatoria, podrá suspenderse y continuarse en la siguiente convocatoria.

Artículo 32° Las resoluciones de la Asamblea General tomadas en los términos de esta escritura, obligan a todos los asociados, aun a los ausentes; serán definitivas y sin ulterior recurso, quedando autorizada la mesa directiva, en virtud de ellas, a dictar providencias, hacer las gestiones y celebrar los contratos necesarios para la ejecución de tales acuerdos.

Artículo 33° Las asambleas generales se considerarán formalmente establecidas en primera convocatoria, con la presencia de la mitad más uno del número de asociados. En los casos en que no se cubre con este requerimiento, se considerará formalmente establecida en

segunda convocatoria, 30 minutos después con los asistentes a la sesión y sus acuerdos serán válidos para la totalidad de los asociados.

Artículo 34° Las resoluciones adoptadas por las asambleas solamente serán válidas cuando fueren aprobadas por la mayoría simple de los asociados presentes; pero los acuerdos relativos a la disolución de la asociación, cambio de su objeto o cualquier especie de reforma de los estatutos sociales y enajenación o gravámenes de los inmuebles de la asociación, solamente tendrán validez cuando fueren aprobados por mayoría calificada del número total de asociados.

Artículo 35° En caso de empate decidirá el presidente con voto de calidad.

Artículo 36° De toda asamblea se formará acta que firmarán el presidente y secretario de la misma, así como los escrutadores en las áctas electorales de la mesa directiva.

Artículo 37° Al acordarse la disolución de la asociación se pondrá en liquidación, designando la Asamblea General uno o varios liquidadores que pagarán las deudas y realizarán el activo, salvo caso de que la asamblea apruebe su aplicación en especie.

Artículo 38° Pagando los créditos pasivos y gastos de liquidación, el sobrante será entregado por los liquidadores a la asociación, institución o fundación que la asamblea designe en los términos del artículo séptimo.

Artículo 39° En general. La liquidación se sujetará a las bases acordadas por la Asamblea General y por las disposiciones legales aplicables.

Artículo 40° Todo extranjero formalmente radicado en México, que en el acto de la constitución o en cualquier tiempo ulterior adquiriera un interés o participación social en la asociación, se considerará por ese simple hecho como mexicano respecto de uno y otra se entenderá que conviene en no invocar la protección de su gobierno

bajo la pena, en caso de faltar a su convenio de perder interés o participación en beneficio de la nación mexicana.

Artículo 41° Las percepciones económicas de la asociación serán:

- a. A través de la aportación anual de los socios cuyo monto lo fijará anualmente la Asamblea General a propuesta de la mesa directiva.
- b. Por concepto de inscripción de nuevas clínicas odontológicas siendo en todos los casos la aportación por este concepto el doble de la aportación anual.
- c. Por medio de aportaciones de otras instituciones u organismos a los que la asociación les brinda oportunidades de enseñanza e investigación.

Artículo 42° Serán motivo de suspensión temporal, hasta que la mesa directiva lo analice y determine.

- a. Las clínicas odontológicas particulares que dejen de efectuar su aportación económica anual.
- b. Las clínicas odontológicas que durante un año tengan más de tres inasistencias a asambleas.

Artículo 43° Serán sujetos de suspensión definitiva:

- a. Cuando no exista congruencia de valores entre los de la asociación y los de la clínica odontológica a la que se le dicta la separación.
- b. Cuando se detecte que las acciones de sus profesionales de la odontología que atienden a los pacientes, los representantes o directivos de la Clínica estén en contra de la ética que exigen el tipo de servicios que se otorgan profesionalmente.

COMENTARIO Y REFLEXIONES PERSONALES SOBRE EL EXPEDIENTE CLÍNICO ODONTOLÓGICO COMO ELEMENTO DE PREVENCIÓN DE CONFLICTOS

Heriberto Vera Hermosillo

Después de escuchar a los magníficos ponentes sobre las diversas problemáticas que enfrenta la odontología mexicana, considero que es necesario tomar ejemplos de intervenciones que han logrado resolver problemas similares, tal vez de mayor trascendencia para la vida de las personas, como lo es la mortalidad materna.

Durante la reciente evaluación del avance de los objetivos de desarrollo del milenio, llevada a cabo en la ciudad de Bogotá, Colombia, donde la disminución de la mortalidad materna es considerada uno de los más importante y donde México es uno de los países que ha logrado abatirla, a través de la estrategia de eslabones, donde se definen áreas de responsabilidad, considerados como eslabones. En la odontología deberemos llevar a cabo un ejercicio parecido que nos permita identificar las áreas que están propiciando las problemáticas y poder atacarlas de una manera más eficiente y en un periodo de tiempo claramente establecido.

Es claro que la información que se brinda al paciente sobre el tratamiento a realizar, así como el desarrollo del procedimiento, son uno de los factores que mayor problemática generan en cuestión de

Heriberto Vera Hermosillo. Subdirector técnico de Salud Bucal. Secretaría de Salud de la república mexicana.

demandas hacia los odontólogos de práctica privada, es por eso que el difundir la normatividad sobre la prevención y control de las enfermedades bucales es indispensable.

Es entonces cuando el expediente clínico se convierte en la mejor arma para poder informar a los pacientes de manera clara a través del consentimiento bajo información de las actividades que se le realizan, así como para el registro de cada uno de los procedimientos, recordando que este es un documento legal que ampara al profesional durante un proceso de demanda ante la ley.

El Expediente Clínico Odontológico (ECO) debe contener la información mínima indispensable para poder aclarar cualquier duda al momento de su lectura, y deberá integrarse información complementaria que le permita al odontólogo brindar mayor seguridad al paciente ante cualquier eventualidad, como es la toma de presión arterial, así como el nivel de azúcar en la sangre, por ejemplo.

La integración del ECO en los programas de estudio de las universidades que forman a los nuevos odontólogos, debe de actualizarse constantemente, brindando mayor información en el odontólogo recién egresado sobre su importancia y su ineludible conformación y conservación durante el tiempo legalmente establecido.

A esta información deben agregarse los derechos del paciente y del cirujano dentista publicados por la Secretaría de Salud, así como la carta de consentimiento bajo información que promueve la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

RESPUESTAS A PREGUNTAS CLAVE

María Cristina Sifuentes Valenzuela y
Heriberto Vera Hermosillo

PREGUNTA 1. ¿Qué se está haciendo para que los odontólogos integren un expediente clínico?

RESPUESTA: Si bien existe una normatividad que establece la obligatoriedad de elaborar el expediente clínico odontológico (NOM-013-SSA2-1994, *Para la prevención y control de enfermedades bucales y la* NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico), así como la elaboración de éstos se encuentra contemplada en todos los programas de estudio de las universidades, durante la formación de los estudiantes, la facultad o escuela deben fomentar la necesidad y obligación de integrar un expediente clínico odontológico al brindar un servicio de la salud bucal, consideramos importante complementar con acciones educativas para que el odontólogo conozca los alcances legales de dicho documento y que además se insista en la gran utilidad práctica que tiene como documento útil para la docencia, la investigación, la administración y la evaluación de los servicios, de tal forma que lo aprecie realmente como un elemento de interés profesional el realizarlo, actualizarlo y mantenerlo para su uso.

Es por ello que la Camejal, en vinculación con las universidades en Jalisco, brinda una serie de conferencias informativas sobre los beneficios de este documento legal, así como la problemática que ocasiona su ausencia o falta de actualización.

P 2. ¿La Ley General de Salud en México contempla el intrusismo odontológico?

R: Por supuesto, en el título cuarto de la Ley General de Salud relativo a los recursos humanos para los servicios de salud, se señalan las actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, entre otras que requieren títulos profesionales o certificados de especialización legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes, toda vez que nadie puede ejercer una profesión para la cual no fue preparado y que además no cuente con un documento que lo acredite como profesionista.

P 3. ¿Cuáles son los factores que determinan una buena relación médico-paciente?

R: La comunicación, y el considerar al paciente como una persona con todos sus derechos y no como un acto odontológico, por lo que es fundamental que el profesionista le informe de manera clara y precisa lo relacionado con su salud y enfermedad para que conozca y comprenda cuál es su situación, cuáles son las necesidades identificadas y las opciones de tratamiento (ventajas y desventajas), así como para que el cirujano dentista conozca, a través de este intercambio de información, las expectativas y necesidades que el paciente siente y expresa, lo cual permitirá a través del consentimiento bajo información del paciente, confirmar su entendimiento y lograr resultados satisfactorios (procedimientos de diagnóstico y tratamiento).

Otro aspecto importante es actuar con responsabilidad y respeto, por lo que debe tratarse con cortesía y no demorar la atención.

P 4. Con las especialidades y sub-especialidades, ¿qué le queda al odontólogo general? ¿Qué va a poder hacer y qué no?

R: De acuerdo con el perfil del egresado, el cirujano dentista de

práctica general está preparado para llevar a cabo el diagnóstico, prevención y rehabilitación de los pacientes, y en su intervención, fortalecer el enfoque preventivo, que incidan en la disminución de las enfermedades bucales que presenta más de 90 por ciento de la población mexicana, en función del contenido social de la profesión, por lo que sus actividades y el campo de trabajo es muy amplio y sólo deberá canalizar a los especialistas aquellos casos que ameriten su intervención con base en el área de su competencia. El odontólogo general es el principal protagonista del desarrollo de una buena odontología en nuestro país, es quien deberá de brindar una atención integral al paciente y saber distinguir qué casos deberán ser remitidos a un especialista.

P 5. ¿Un odontólogo es calificado por su extensa experiencia en una especialidad o por un título honroso por una institución rimbombante?

R: Ambas características son importantes, no obstante, el título que ofrecen las instituciones reconocidas, respalda la formación profunda de acuerdo con la especialidad de la que se trate; en este sentido, es obligado para quien ofrece actividades de alguna especialidad, contar con el aval institucional, lo cual durante su formación le permite adquirir la experiencia que se considera como indispensable para ejercer con calidad sus servicios, por lo cual la experiencia se complementa con el diploma otorgado. Posteriormente, es recomendable que los especialistas o cirujanos dentistas de práctica general, soliciten la certificación después de dos años de haberse graduado, ya que este proceso respalda la pertinencia y calidad de su ejercicio profesional.

P 6. ¿En dónde se puede encontrar la información sobre cómo hacer la carta de consentimiento bajo información y acuerdos bioéticos?

R: En el Código de Bioética para el ejercicio profesional, en la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, y en

la página electrónica de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, www.camejal.jalisco.gob.mx, se encuentra la *Guía para la elaboración de la carta de consentimiento bajo información*, así como el libro *La carta de consentimiento bajo información. Indicador de comunicación médico-paciente*.

P 7. ¿Los odontólogos son médicos? ¿Por qué no ven al paciente íntegramente? La boca es parte del cuerpo humano del paciente. ¿Por qué si realizan cirugías menores no toman las mismas medidas quirúrgicas para riesgos de anestesia y/o sangrados, etcétera?

R: El odontólogo es un profesional de la medicina y así debe ser concebido, sin embargo, la actividad profesional de éste se ha dirigido principalmente a la restauración dentaria y a la estética dental, lo que ha generado la visión de un consultorio dental más como una estética que como un consultorio médico. Es nuestra responsabilidad retomar el objetivo médico de nuestra profesión.

Además, todos los cirujanos dentistas deben elaborar una historia clínica completa de los pacientes, a través del interrogatorio, la exploración clínica y los estudios complementarios, lo cual les permite llevar a cabo un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado, e identificar a los pacientes comprometidos, dado que los programas académicos que respaldan su formación, los deben de proveer de las competencias profesionales adecuadas (conocimientos científicos, las habilidades técnicas y las actitudes humanísticas necesarias para conservar y mantener la salud de la boca y estructuras relacionadas) para este tipo de prestación de servicios de calidad.

P 8. ¿Qué necesito para certificarme y adónde puedo acudir?

R: Solicitar este trámite a los siguientes organismos: Asociación Dental Mexicana y la Asociación Nacional de Cirujanos Dentistas. Ellos

le indicarán los requisitos; no obstante, en general se ofrecen dos opciones: la curricular para cirujanos dentistas con más de cinco años de haber egresado, y la aprobación del examen de calidad del Ceneval, para odontólogos que tienen menos de cinco años de haber egresado y que cuenten con el documento aprobatorio del EGEL-O con menos de tres años de haber sido expedido. Fundamentalmente, para la certificación se evalúan los conocimientos, habilidades y destrezas con los que cuenta el profesionista y los cursos de actualización, capacitación y los estudios de posgrado realizados. La certificación se debe solicitar a los dos años de haberse graduado y la recertificación a los cinco años.

La certificación de cirujanos dentistas de práctica general la llevan a cabo el Consejo de la Asociación Dental Mexicana (ADM), el Consejo Mexicano de Odontología Restauradora (práctica general) y el Consejo Nacional de Cirujanos Dentistas (CNCD). Los consejos que certifican las especialidades son: el Consejo Mexicano de Cirugía Oral y Maxilofacial, Consejo Mexicano de Endodoncia, Consejo Mexicano de Ortopedia Maxilar A.C., Consejo Mexicano de Rehabilitación Oral y Maxilofacial, Consejo Mexicano de Odontopediatría, Consejo Mexicano de Periodoncia, Consejo Nacional de Ortodoncia y Consejo Mexicano de Prostodoncia.

P 9. ¿Qué falta o qué se necesita para que los gobiernos estatal y federal realmente puedan regular el ejercicio profesional?

R: Existen actualmente las suficientes regulaciones para la odontología en México, lo que falta es una verdadera cultura de cumplimiento y no de reguladores que estén vigilándonos qué hacemos bien y qué mal. Si bien es necesario contar con un número mayor de personas que visiten los consultorios para evitar el intrusismo, es más importante que los odontólogos estemos informados de las acciones a tomar para el cumplimiento adecuado de nuestras funciones y responsabilidades.

Normar la certificación de todos los que ejercen la profesión, con los respectivos procedimientos para su verificación. En este sentido, es fundamental que a los consultorios se les otorgue la autorización de apertura de acuerdo con lo que marca la norma, esto es por dos años, y que la permanencia del servicio que se ofrece esté supeditado a la recertificación vigente del profesionista (normalmente se otorga por cinco años).

P 10. ¿Qué estados de la república mexicana cuentan con el expediente electrónico odontológico?

R: Dentro de las instituciones de salud, el IMSS cuenta con un expediente utilizando los medios electrónicos, donde se incluyen aspectos odontológicos, y en la Secretaría de Salud en el estado de Sinaloa se inició el pilotaje de un expediente clínico odontológico específico.

P 11. ¿Se tiene algún antecedente de que el expediente clínico electrónico haya sido utilizado en alguna situación legal en México?

R: Actualmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social, ya se está utilizando el expediente clínico, elaborado en archivos digitales en los medios electrónicos, sin contar hasta el momento con la firma electrónica. Al existir algún procedimiento de tipo legal en el cual les soliciten dicho expediente, lo que se hace es imprimir el mismo y éste debe ser certificado por el director de la unidad médica correspondiente, para luego ser enviado a la autoridad que lo solicitó.

CAPÍTULO VI

EL CONFLICTO PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA Y EL CONFLICTO MÉDICO-PACIENTE

INTRODUCCIÓN

José Antonio Beas Nava

Durante la atención médica se desarrollan relaciones entre el personal de salud y los pacientes, el vínculo que se da entre ellos es la capacidad del profesional para ganar su confianza y responder a ella con sensibilidad y competencia.

Josefina Díaz-Bahena, Mayor

En las últimas décadas en los países latinoamericanos se han dado importantes cambios socioeconómicos. México no ha sido la excepción, ha recibido la influencia del desarrollo tecnológico, de la investigación genética, de la biotecnología, de la comunicación, de la informática, y de los avances en la investigación de tratamientos médicos y quirúrgicos, con consecuencias en las condiciones de vida y la situación de salud de la población. Al mismo tiempo se han gestado cambios en la población, es más consciente y exigente cuando de sus derechos se trata, de tal forma que cada vez es más común la manifestación de sus inconformidades porque sus expectativas de salud no son satisfechas adecuadamente. Esto ha influido para que en el campo de la salud, en lo particular lo relacionado a la prestación de servicios de hospitalización, consulta externa y de urgencias, se estén realizando y a su vez propiciando cambios significativos en la seguridad del paciente y la previsión y aplicación de medidas tendientes a evitar o minimizar los eventos adversos como consecuencia de los actos médicos.

José Antonio Beas Nava. Subcomisionado médico. Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

La enfermería paulatinamente se ha transformado de una práctica informal a una carrera universitaria con todos los requisitos de la educación superior, llevando consigo cambios en el ejercicio de la profesión para responder a los avances científicos y tecnológicos y a la reforma del sistema de salud, con lo cual se ha venido logrando la expansión de su papel como profesional reconocido en los sistemas de salud y en amplios sectores de la sociedad. Con esta transformación también han adquirido mayores responsabilidades, que los convierte en profesionales que deben responder por los errores u omisiones que cometan en el momento del ejercicio del quehacer de su disciplina.

La organización de la atención a la salud implica tres niveles. El primero corresponde a la atención primaria, los otros dos a la atención hospitalaria en sus tres componentes: consulta externa, hospitalización y urgencias. Hoy en día el trabajo médico, especialmente el de tipo hospitalario, se lleva a cabo en equipo. El ejercicio exclusivamente individual es cada vez más raro. Aunque en la práctica el quehacer de la enfermería hospitalaria no ha logrado la autonomía profesional, porque sus actuaciones y decisiones se ubican entre el poder de una administración superior y la autoridad técnica del médico que disfruta de la máxima autonomía en relación con los demás profesionales del campo de la salud. Esta circunstancia no le disminuye en absoluto la responsabilidad profesional que tiene desde el punto de vista de los procedimientos a realizar para cada uno de los paciente hospitalizados, la cual, y a manera de ejemplo, se le puede atribuir, de cualquiera de las siguientes formas:

Bajo la dirección del médico que ordena el tratamiento, sus actividades son dependientes, pero realiza sus actividades en forma simultánea sin depender del otro, y bajo su propio campo de responsabilidad, como serían los procedimientos invasivos, la administración de sueros, suministro de medicamentos en dosis y tiempos indicados, los

cuidados específicos para cada uno de los pacientes, independientemente del número que estén bajo su control.

Se debe tener presente que la responsabilidad profesional constituye la sanción natural de una actividad libremente escogida y ejercida, en cualquiera de sus espacios, privado y público, el incumplimiento da pauta a la insatisfacción y ésta a ser denunciada. De tal forma que este fenómeno que ha venido desarrollándose paralelamente con los cambios culturales, y conforme transcurren los años, la manifestación de las inconformidades en contra de los profesionales salud son múltiples, las causas por una supuesta mala práctica se engloban en actos sanitarios negligentes, imprudentes o de impericia, aunada a la deficiente vigilancia en la evolución o monitorización del proceso de atención.

Los cinco eventos adversos más costosos en salud son: las complicaciones quirúrgicas, los tratamientos *no quirúrgicos*, infecciones intrahospitalarias, los errores en la medicación y las úlceras por presión. El pabellón quirúrgico ocupa el primer lugar, debido al tipo de ambiente en el que se trabaja (Doreen, 2007) .

En este sentido, en la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco de sus registros desde 2001, encontramos la falta de un diagnóstico adecuado y oportuno representan 19.4 por ciento, la instauración de una terapéutica satisfactoria 77.3 por ciento, la falta de vigilancia en la evolución del proceso 3.3%. Las quejas por la prestación de servicios de enfermería como disciplina profesional de la salud representan el uno por ciento (Informática Camejal).

Los eventos adversos reportados como más frecuentes que ocurren en el quirófano son: las complicaciones intraoperatorias, retención de cuerpos extraños (como compresas, toallas o instrumentos), errores de transfusión, eventos relacionados con la anestesia, causados por la ventilación, lesiones causadas por el equipo quirúrgico y

errores en la medicación, los que causan daño o muerte de los pacientes.

Los motivos que se aducen por las inconformidades en contra del profesional en enfermería tienen que ver con los deberes incumplidos hacia el paciente: atención óptima, atención oportuna, continua y cuidadosa, acatamiento de instrucciones en la aplicación de medicamentos, en la realización de algún procedimiento intervencionista y el comportamiento inadecuado.

Con el propósito de analizar algunos criterios sobre la prestación de servicios de enfermería en el hospital, resaltan dos áreas de trabajo de esta disciplina, el quirófano y los encamados.

En primer término el trabajo de enfermería en el quirófano, el cual implica tres momentos, la preparación del paciente para el acto quirúrgico (admisión al quirófano), el transquirúrgico y el postquirúrgico inmediato. El personal de enfermería que participa en estos eventos son: instrumentistas, auxiliares de anestesiología y circulante.

Debemos reconocer que pocas funciones tienen tan hondo impacto sobre el paciente como el procedimiento de recepción y la manera de ejecutarlo: la actitud y el comportamiento de la enfermera para con quien ingresa al hospital para someterse a una intervención quirúrgica.¹

La ansiedad natural del paciente despierta un cierto grado de rechazo y, en ocasiones, de franca hostilidad; pero sobre todo, de inseguridad y temor. Su primer contacto en el quirófano es la enfermera que lo recibe. Se presupone una actitud afable y no apresurada que despierte empatía, pero además es imperativo que la enfermera se desempeñe en este momento crucial. Su comportamiento debe ser

¹ (<http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria7104-memorias2.htm>)

con el más alto grado de profesionalismo, porque es ello lo que va a infundir la confianza y seguridad que tanta influencia van a tener en el éxito del procedimiento quirúrgico al que será sometido.

El servicio de enfermería que se proporciona en un nosocomio al paciente hospitalizado es continuo durante las 24 horas de todos los días del año, lo anterior significa que además de aplicar las técnicas aprendidas en la escuela y proporcionar datos al cuerpo médico para una mejor atención, infundir confianza al paciente, proporcionarle la comodidad necesaria y vigilar su seguridad, para lograrlo se requiere que el personal de enfermería debe estar enterado de la identidad del paciente y de su médico tratante, así como de la naturaleza de su problema de salud, del procedimiento a que va a ser sometido, la hora programada y el plan general de su atención.

La enfermera quirúrgica es una profesional de elevada y versátil idoneidad, capaz de interpretar y utilizar los métodos de medición bioquímica y biológica, de intervenir activamente en la realización de los procedimientos quirúrgicos y en el manejo del paciente en estado crítico, de asumir funciones de definida responsabilidad en los servicios y unidades especializados, de compartir hombro a hombro con el cirujano y con el resto del equipo profesional toda la fascinante complejidad de la moderna tecnología y de dirigir y supervisar al personal técnico que cumple funciones complementarias.

Los cuidados de enfermería tienen especial importancia en la hospitalización, tanto por las características de buena parte de los pacientes que utilizan esta modalidad de atención (niños, adultos, ancianos, algunos con pluripatologías, en diversa fases) como porque parte de estos cuidados son diversos en tipo y volumen, y la cada vez mayor transferencia de éstos a los cuidadores del paciente, condición que genera insatisfacción entre los familiares.

Los cuidados de enfermería requeridos por un paciente hospi-

talizado pueden estimarse por métodos directos e indirectos. Los indirectos se basan en procedimientos que pretenden satisfacer la necesidad de cuidados, permiten clasificar a los pacientes en diferentes categorías. Los directos, se basan en el diagnóstico de enfermería como la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales del paciente que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia están capacitadas, autorizadas y legalmente responsabilizadas para tratar (Cuesta, 1994), que permite, entre otras cosas, determinar el tipo y tiempo para ejecutar las actividades que requiere cada paciente y proceso.

Por su parte, las instituciones de salud, para garantizar la calidad de la atención en los servicios de enfermería, no sólo deben disponer de personal suficiente, con conocimientos adecuados, actualizados, con entrenamiento específico en el mantenimiento del material y tecnología, sino además tener en cuenta que se trabaja sobre una persona, por lo que se deben priorizar los aspectos del trato, del cuidado y la información al paciente.

Como ya se mencionó, la enfermería se ha transformado en una disciplina universitaria, sin embargo, entre quienes ejercen la profesión, el nivel de capacitación es muy heterogéneo, va desde personal auxiliar con preparación informal pasando por estudios técnicos básicos hasta profesionales con postgrado, con la consiguiente variabilidad en el cumplimiento de sus funciones, lo que favorece la confrontación de nuevas y variadas responsabilidades.

En este sentido, se debe profundizar en la comprensión del papel que deben desempeñar los profesionales de enfermería en cada uno de los actos de atención a la salud, en el sentido del cumplimiento de sus funciones, especial énfasis en los registros, ya que son considerados como elementos que pueden ayudar en la investigación de un proceso judicial por responsabilidad profesional.

Las enfermeras y enfermeros necesitan, además de conocer y entender su propia práctica y las normas de atención que han sido establecidas por las instituciones y sus servicios de enfermería, recibir información formal y pertinente de los aspectos legales que representa su quehacer cotidiano, y la forma de prevenir o ayudar a responder apropiadamente ante este tipo de denuncias. En este contexto, encontramos tres oportunidades fundamentales: la primera se presenta cuando se realizan los estudios de enfermería (técnica, profesional o postgrado), la segunda a través de su participación activa en organizaciones profesionales (colegios y asociaciones). En este punto es necesario que los profesionales de enfermería procuren enrolarse a este tipo de organizaciones. Se tiene el reporte que sólo 8.5 por ciento (Ramos, 2007) pertenece a una agrupación científica y la tercera en reuniones académico-profesionales dirigidas como este congreso organizado por la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, donde se le da la oportunidad a un grupo de expertos en enfermería para expongan sus puntos de vista sobre diversos temas relacionados, así como a los asistentes de escuchar las disertaciones y plantear sus dudas y experiencias propias.

BIBLIOGRAFÍA

- Cuesta Zambrana, A., J.F. Guirao Goris, Benavent Garcea A. (1994), *Diagnósticos de enfermería*. Madrid: Díaz Santos.
- Doreen, Wagner (2007), «Errores en el pabellón quirúrgico: cambiando la práctica perioperatoria». En *Jornada internacional de enfermería quirúrgica*. Medwave, año VII, junio.
- Díaz-Bahena Josefina y cols. (2005), «Frecuencia de quejas durante los cuidados de enfermería en el Hospital Central Militar: un estudio comparativo». En Revista *Sanidad Militar México*, 59(1). Enero-febrero: 19-31.

- Flores Sandi, Gretchen (2003), «Responsabilidad profesional en enfermería: la perspectiva del uso de los registros en enfermería, desde el punto de vista forense». En *Medicina legal en Costa Rica*, vol. 20, núm. 1: 112-120. Marzo.
- Ramos, A. y cols. (2007), *Colegiación de los profesionales de la salud*. Guadalajara: Camejal.

LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

María del Carmen Martínez Corona

Responsabilidad, según Aquiles Menéndez en su libro *Ética profesional*, define a la responsabilidad como sinónimo auténtico de «conciencia», la obligación de rendir cuenta de los propios actos. La responsabilidad como deber es entendida como la obligación de responder de nuestros actos ante un tribunal.

Por su parte, la responsabilidad profesional es la obligación 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. En este contexto entraña el compromiso moral de responder de los actos propios y, en algunos casos, de los ajenos, y la obligación de reparar o indemnizar las consecuencias de actos perjudiciales para terceros (Cote y García, 2001).

RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

La esencia de la enfermería es: Cuidar la salud a través de las atenciones que permitan mantener y conservar la vida de la persona. Asimismo, se debe procurar la satisfacción de las necesidades del individuo, familia y comunidad. De tal forma que su campo de acción específico es dar respuestas relacionadas con el diagnóstico, el tratamiento y las

María del Carmen Martínez Corona. Colegio de Enfermeras de Jalisco, A. C.

medidas de prevención de que se requiera para cada condición de las personas bajo su cuidado.

El hospital es una de las áreas de atención que representa un alto grado de atención por parte del personal de enfermería, dentro de él se tienen que cumplir las funciones señaladas en el proceso de enfermería, de ahí se desprenden alguno de los problemas que a continuación señalo:

1. En la aplicación de medicamentos.
2. En el trato directo al paciente.
3. En la seguridad del paciente.
4. En la falta de orientación.
5. Revelar secretos.
6. El negarse a otorgar atención de salud a un ciudadano.
7. El realizar su trabajo con negligencia por falta de conocimiento.
8. Contestar alguna agresión.
9. Omitir o hacer de forma incompleta la nota de enfermería.

Administración de medicamentos

En enfermería, se tiene la facultada para «administrar los medicamentos», para lo cual es necesario apegarse a lo señalado o escrito en el expediente clínico, atención «nunca debe administrarse un medicamento por indicación verbal, mucho menos por medio de indicación por teléfono». Es necesario que después de haber realizado esta actividad: siempre que se administre un medicamento debe cuidarse la «regla de oro» y nunca olvidar el registro del fármaco, respuesta y evolución del paciente.

Trato al usuario

El artículo 51 de la Ley General de Salud ordena y a la letra dice: «los usuarios tendrán derecho a obtener servicios de salud oportunos y de

calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares». Por lo que la enfermera deberá dirigirse al usuario como lo señala el precepto legal.

En la actualidad se está insistiendo por todos los medios técnico-científicos de las disciplinas que prestan servicios de salud, me refiero a la seguridad del paciente, para ello es necesario que el personal de enfermería provea la protección del paciente.

- Evitar caídas de la unidad donde se encuentre o al caminar.
- De inobservancia de las técnicas y procedimientos en punciones.
- De infecciones cruzadas.
- Equivocaciones con el paciente en cualquier intervención.
- Quemaduras con colchón eléctrico o en el baño.

Falta de orientación al usuario

El paciente puede presentar o manifestar alguna inconformidad, argumentando que no le explicaron cómo realizar algún procedimiento o cómo tomar los medicamentos. Cabe señalar como ordenamiento legal el artículo 51 de la Ley General de Salud, que establece que parte de la responsabilidad de enfermería es proporcionar la información completa y correcta al respecto, ya sea al ocurrir el traslado del paciente o al ser dado de alta.

Revelación de secretos

Uno de los aspectos importantes que se debe cumplir cabalmente es lo relacionado a la confidencialidad, que debe ser absoluta. Algunos pacientes nos confían asuntos personales, si los divulgáramos podemos hacernos acreedores a la sanción que está establecida en el artículo 143 del Código Penal del Estado de Jalisco. «Se impondrán de dos meses a

un año de prisión al que sin justa causa, con perjuicio de alguien y sin consentimiento, revele algún secreto o comunicación reservada que conoce o ha recibido con motivo de la confianza en él depositada. Estos casos sólo se perseguirán por querrela de la parte ofendida».

Otro de los aspectos importantes que debemos tener en cuenta evitar *negarse a otorgar atención de salud a un ciudadano*. Si el personal de enfermería se negara a otorgar atención de salud a una persona, estaría infringiendo el artículo 469 de la Ley General de Salud, que establece que «el profesional técnico o auxiliar de la atención médica que sin causa justificada se niegue a prestar asistencia a una persona, en caso de notoria urgencia, poniendo en peligro la vida, se le impondrá de seis meses a cinco años de prisión y multa de cinco a 125 días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate y la suspensión para ejercer la profesión hasta por dos años».

Por otra parte, si se produjera algún daño en la persona a consecuencia de la falta de intervención, podrá imponerse además la suspensión definitiva para el ejercicio profesional, a juicio de la autoridad judicial.

Tal vez el concepto más utilizado en el contexto de la responsabilidad profesional sea la negligencia. Se le refiere como la falta de atención, no cumplir cabalmente con lo que tiene que hacer, «dejar incompleto el trabajo», y se le agrega otro componente: la falta de conocimiento o de habilidades, lo que se traduce en impericia. El personal de enfermería que «realice su trabajo con negligencia por falta de conocimiento», tendrá el riesgo de verse involucrado en el contenido del artículo 6º del Código Penal que señala: «Es delito culposo cuando se comete sin dolo, pero por imprudencia o negligencia».

Es importante que cuando el personal de enfermería desconozca cualquier situación respecto a su ejercicio profesional que pregunte, que se actualice antes de causar un problema al paciente, conside-

rando que el desconocimiento de la ley no exime su responsabilidad. En el artículo 48 del mismo código se señalan las sanciones.

En ocasiones hemos sido agredidos física o verbalmente en cumplimiento de nuestro deber, sin embargo, debemos estar conscientes que por *contestar alguna agresión* por parte del paciente o familiar, puede derivar en delito en el caso de lesiones. Estas están reglamentadas en el numeral 206 del Código Penal del Estado de Jalisco, y en el artículo 207 se señalan las sanciones.

Líneas arriba mencioné la necesidad de los registros de nuestras actividades en el expediente clínico. Voy a hacer algunas precisiones al mismo, haciendo referencia a las *omisiones o hacer de forma incompleta la nota de Enfermería*. La Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, se considera como un *documento legal* que contiene registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio y solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias; asimismo, regula y permite el uso, médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.

La responsabilidad de la enfermera respecto a las anotaciones que realiza en el expediente clínico radica en:

- Establecer una coordinación efectiva con el equipo interprofesional de salud.
- Aplicando en cada uno de los apartados del expediente clínico, reportes, informes, los lineamientos establecidos por la institución.
- Realizando los registros en forma clara, concisa, precisa, oportuna y confiable.
- Utilizando terminología técnica de uso y aceptación universal.
- Elaborando y considerando a los registros clínicos de enfermería como evidencia del cuidado.

Consecuencias que se pueden generar

El daño a la salud o a la integridad física, es el que se produce sobre la pérdida, disminución, alteración, perturbación, de alguno o más de los sentidos humanos del paciente; el cual puede ser enmendado a través de un tratamiento e intervención quirúrgica, o bien pagándose una cantidad compensatoria cuantificada en los parámetros que señala la tabla de enfermedades, incapacidades permanentes o totales de la Ley Federal del Trabajo.

El riesgo creado es la conducta lícita pero que por utilizar algún objeto peligroso, sin culpa alguna de su causante, logra crear un siniestro que produce de igual forma daño.

Para efectos de responsabilidad medica, el riesgo creado es cuando por la utilización de algún instrumento técnico o de la ingeniería biomédica, o por algún suceso derivado de las condiciones patológicas o del estado físico del paciente, o de otras circunstancias personales o profesionales relevantes; se produce de igual forma daño sobre el paciente, ya sea éste económico, moral o sobre su integridad física.

En consecuencia, la responsabilidad puede ser de tipo:

Responsabilidad profesional civil. Ocasionada por el incumplimiento de las obligaciones del profesional, presumiendo una conducta indebida sancionable de manera económica.

Responsabilidad profesional penal. Hace referencia a la comisión de un delito. Por lo tanto, los delitos cometidos en el ejercicio de la profesión pueden ser intencionales o dolosos e imprudenciales o culposos.

Responsabilidad profesional administrativa. Se genera cuando los servidores públicos cometen faltas ligeras o tienen conducta ilícita relativamente leve, las que son sancionadas por las autoridades administrativas a través de apercibimientos, amonestaciones, suspensiones o expulsiones de la entidad pública, sanción económica o inhabilitación.

Recomendaciones

La enfermera (o) debe conocer cuando menos la Ley General de Salud, donde se marcan obligaciones y derechos como servidores de la salud y los reglamentos de la misma de acuerdo con la materia. La Ley para el Ejercicio Profesional del Estado y la Ley Federal del Trabajo.

Las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas a la salud y que son emanadas a través de la Secretaría de Salud, de acuerdo a la actividad que se desarrolle, a manera de ejemplo sólo menciono con las:

NOM-007-SSA2-1993 «Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido».

NOM-169-SSA1-1998; del expediente clínico.

NOM-010-SSA2 1993, «Prevención y control de la infección por Virus de la Inmuno deficiencia Humana», y otras que intervienen en el quehacer de enfermería. (Entre otras)

Otros documento, que debemos conocer son:

Contrato Colectivo de Trabajo.

Reglamento interior de trabajo.

Contrato individual de trabajo.

Normas y reglamentos internos de la institución.

Procedimientos específicos para el ejercicio de sus actividades.

CONCLUSIÓN

Se debe utilizar la capacidad de razonamiento crítico que permita:

- Resolver problemas interdependientes o el diagnóstico de enfermería del cliente conforme a las necesidades.
- Abordar los problemas importantes, e incluir actuaciones que tengan posibilidades de ser efectivas.
- Establecer prioridades para atender de algún modo todas las demandas en su momento y abordar los problemas de mayor interés de su cliente.

- Conocer la influencia de los sistemas sociales en la conducta de los individuos y de los grupos es importante para la enfermería.
- Se espera que sepa aprovechar los conocimientos científicos y conductuales y que los aplique en la toma de decisiones en situaciones inmediatas de vida o muerte, que eviten crear situaciones de irresponsabilidad al proporcionar los cuidados.
- Los profesionales de la enfermería pueden perder pleitos por mala práctica, al omitir una o más etapas del proceso de enfermería o al realizarlas de forma incorrecta por el fracaso en el uso del razonamiento crítico.

BIBLIOGRAFÍA

- Menéndez, Aquiles (1992), *Ética profesional*. México: Herrero Hermanos Editores.
- Cote Estrada, Lilia y Paúl Torres García (2001), *La práctica médica y sus controversias jurídicas*. México: Científica Mexicana.
- Ley General de Salud.
- Ley Federal del Trabajo.
- Código Penal del Estado de Jalisco.
- Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998. Del Expediente Clínico.

CONOCIMIENTOS SOBRE LEGISLACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE JALISCO, 2006

José Antonio Beas Nava
Ana Silvia Rodríguez Miranda
Sofía Beas Luna

INTRODUCCIÓN

La responsabilidad legal¹ implica la relación jurídica que se presenta como una parte de la vida social que el ordenamiento jurídico regula, con el fin de que los individuos puedan realizar funciones económico-sociales necesarias para una tutela y protección. Se puede considerar también como un proceso que tiene naturaleza transitoria, ya que se inscribe en el devenir histórico, constituyéndose para alcanzar un fin, debiéndose extinguir con la consecución de este fin, aunque una vez extinguida conserve, en el pensamiento jurídico, trascendencia como causa o fundamento de las modificaciones que en virtud de ella han sido realizadas.

La enfermería ya no es un oficio, es una profesión de carácter social que se adquiere con estudios universitarios. Sus funciones están orientadas fundamentalmente a la salud del individuo, familia y comunidad con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos.

Ana Silvia Rodríguez Miranda. Jefa del Departamento de Enfermería, Secretaría de Salud Jalisco. *Sofía Beas Luna.* Médico de la Secretaría de Salud Jalisco.

¹ Definida como: «la deuda u obligación de reparar o satisfacer por sí o por otro la consecuencia de un delito, culpa u otra causa legal». <http://www.aibarra.org/Apuntes/Legislacion-Etica/default.htm>

El profesional de la enfermería dentro del campo de atención se ve inmerso en situaciones donde los principios ético-legales están presentes; esto conlleva al cumplimiento de las leyes, reglamentos y normas establecidas para el ejercicio profesional, destacando los derechos y deberes, de éstos, cuando se establece la relación profesional de la salud-paciente se formalizan las obligaciones,² las sanciones correspondientes por su incumplimiento, condiciones que les permite enmarcar su ejercicio profesional en el contexto jurídico correspondiente, ya sea civil o penal, en el ámbito federal o estatal.

Las bases legales de la práctica de la enfermería en lo general quedan sustentadas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la Ley General de Salud, Ley de los Servidores Públicos, Reglamento de Profesiones y, en lo particular, en el Reglamento Interior y Contrato Colectivo de Trabajo correspondiente para cada institución.

El personal de enfermería que labora en la Secretaría de Salud del Estado de Jalisco, en cuanto a su formación académica, es muy heterogéneo, que va de auxiliares hasta con licenciatura en esta disciplina profesional, lo que propicia una amplia variabilidad en la comprensión y consecuente aplicación de los procesos.

Las autoridades institucionales y los representantes sindicales en conjunto han venido realizando las *Jornadas Estatales Interregionales de Actualización en Enfermería* eventos académicos con el propósito de informar y capacitar a este grupo de trabajadores integrado por auxiliares, 1 754 (49.3%), generales 1 272 (35.8%), especialistas 74 (2.1%) licenciatura 83 (2.3%) y sin especificar nivel académico 374

² «Situación jurídica en la que una persona tiene un derecho que le permite exigir de otra un comportamiento determinado que esta última está obligada a realizar en favor de la primera».

(10.5%),³ para que su vez se fortalezca la congruencia de los procesos y disminuir la variabilidad en la prestación de sus servicios.

Es tradicional que la propuesta de aprendizaje que recibe el profesional de enfermería en las aulas esté dirigido a la aplicación de conocimientos científicos y destrezas técnicas, destinados a capacitarlos para que realicen un correcto abordaje del proceso salud-enfermedad, que les permita su aplicación en el cuidado y mantenimiento de la salud de la población que atienden.

Sin embargo, existe un vacío de dichos conocimientos en el momento que culminan sus estudios y se integran al campo laboral sobre los aspectos legales de su profesión. La información que se les proporciona generalmente versa sobre preceptos éticos y no legislativos. Esto debe comprenderse cabalmente. La Ley regula las conductas y obliga a ciertas actuaciones entre los hombres, y pertenecen al derecho, siendo éste quien determina la legalidad de los actos y, por tanto, la legitimación jurídica de los actos, en este caso de los profesionales de la enfermería. La ética por su parte es más amplia y obliga sin coerción, es propia del individuo y por ende al profesional.⁴

Ante estas condiciones establecimos la necesidad de determinar el grado de conocimientos que tiene el personal de enfermería de la normatividad que regula su práctica profesional, con el propósito de proponer alternativas para que se proporcione información adecuada y pertinente que a su vez permita que este personal fortalezca sus acciones considerando los aspectos legales de su profesión, y no dé lugar a inconformidades por parte de la población que atiende.

³ Datos de la Jefatura de Enfermería de la SSJ.

⁴ Ugarteche Lens, Jorge (2003), *Lo ético y lo legal*. Gerencia en Salud. Marzo. <http://www.gerenciasalud.com/index.htm>

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. El universo de trabajo fue el personal de enfermería que labora en las áreas de primero y segundo nivel y directivo de la Secretaría de Salud Jalisco. La muestra no aleatoria representó 19.8 por ciento de personal de esta disciplina. Se aplicó un cuestionario a los asistentes a las Jornadas Estatales Interregionales de Actualización en Enfermería realizadas en las ciudades de La Barca, Mazamitla, Puerto Vallarta y Guadalajara durante el año 2006 Cuadro 1.

Cuadro 1

Relación del registro de enfermería y encuestas realizadas,
personal de enfermería, Secretaría de Salud Jalisco, 2006

<i>Nivel académico</i>	<i>Registro ssj</i>	<i>Encuestas</i>	<i>Proporción registros</i>
Capacitación enfermería	1 752	63	3.6
Enfermería general	1 272	353	27.8
Especialidad enfermería	74	65	87.8
Licenciatura enfermería*	83	35	42.2
Sin especificar	374	190	50.8
<i>Total</i>	<i>3 555</i>	<i>706</i>	<i>19.9</i>

* Incluye un grado de maestría.

Fuente: Registros ssj, Encuestas.

Para el análisis de los datos y de acuerdo con las declaraciones del personal de enfermería que respondió a la encuesta, se agruparon en tres categorías: nivel académico, nombramiento administrativo y nivel de atención, donde, cumplen las funciones de enfermería. Las preguntas realizadas tuvieron tres opciones, de las cuales una es la

correcta, una opcional y la tercera no sabe. En los resultados solamente se presentan las respuestas correctas.

Para la determinación del grado de conocimientos sobre los aspectos legales del personal de enfermería se estratificaron las respuestas en tres subgrupos de conocimientos: a) Generales: contenidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; b) Específicos contenidos en leyes y códigos, y c) Particulares: Norma Oficial Mexicana SSA-I 1968, del Expediente Clínico.

Se consideró que cuando los conocimiento sobre los aspectos de la legislación en salud relacionados con enfermería fuera de 80 por ciento o más de respuestas correctas, se clasificaron como buenos; cuando estas respuestas estuvieran en el rango de 60 a 79 por ciento se consideran como regulares, y 59 por ciento o menos los conocimientos son bajos.

RESULTADOS

Se encuestaron a 706 profesionales de la enfermería de las trece regiones sanitarias, hospitales regionales y nivel jurisdiccional y central, durante la celebración de las jornadas de actualización organizadas por la Secretaría de Salud y el SNTSS Sección 28. Para el análisis de los datos del personal de enfermería que contestó la encuesta se presentan cifras relativas (porcentajes) de respuestas correctas. En los Cuadros 2, 3, y 4 se presentan los datos de acuerdo con cada una de las categorías establecidas, las cuales presentan variaciones discretas entre las diferentes subcategorías.

Los conocimientos generales relacionados a la garantía constitucional de la protección a la salud (gráfica 1) fueron bajos, por subcategorías destacaron del nivel académico el grupo de especialistas y licenciatura, de acuerdo con el nombramiento los auxiliares de enfermería tuvieron un discreto margen de más respuesta correcta, y por nivel de

Cuadro 2

Distribución de las respuestas correctas según nivel académico,
personal de enfermería de la Secretaría de Salud Jalisco, 2006

<i>Nivel académico</i>	<i>Casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Capacitación enfermería	63	49.8
Enfermería general	353	57.9
Especialidad enfermería	65	63.1
Licenciatura enfermería*	35	58.9
Sin especificar	190	52.3
<i>Total</i>	<i>706</i>	<i>56.2</i>

* Incluye un grado de maestría.

Fuente: Encuesta.

Cuadro 3

Distribución de las respuestas correctas según nombramiento,
personal de enfermería de la Secretaría de Salud Jalisco, 2006

<i>Nombramiento</i>	<i>Casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Auxiliar de enfermería	313	54.4
Enfermería general	339	57.1
Coordinación y jefatura	54	61.1
<i>Total</i>	<i>706</i>	<i>56.2</i>

Fuente: Encuesta

Cuadro 4

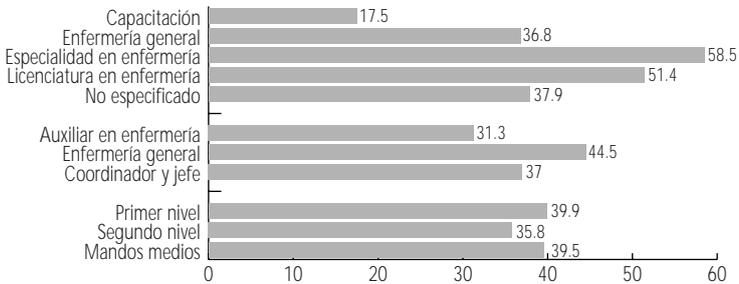
Distribución de las respuestas correctas según nivel académico,
personal de enfermería de la Secretaría de Salud Jalisco, 2006

Nivel de atención	Casos	Porcentaje
Primer nivel	358	55.7
Segundo nivel	310	56.7
Mandos medios	38	56.8
<i>Total</i>	<i>706</i>	<i>56.2</i>

Fuente: Encuesta

Gráfica 1

Artículo 4o Constitucional
Garantía de la protección a la salud. Personal de enfermería
Secretaría de Salud Jalisco, 2006

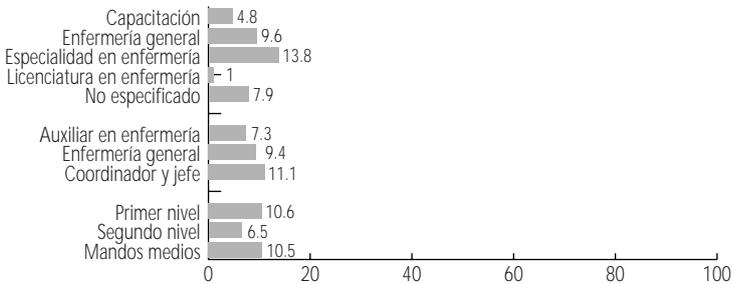


Fuente: Encuesta.

atención los tres grupos fueron muy similares. Su comportamiento fue homogéneo.

La autoridad máxima en salud del país recae en la persona del Presidente de la República (gráfica 2), esta pregunta se constituyó como la más controversial de la encuesta, el mayor puntaje lo obtuvo el grupo de especialistas apenas con un 13.8%, asimismo llama la atención el porcentaje que obtuvieron los de licenciatura de uno por ciento.

Gráfica 2
El presidente de la república es la máxima autoridad en salud.
Personal de enfermería.
Secretaría de Salud Jalisco, 2006

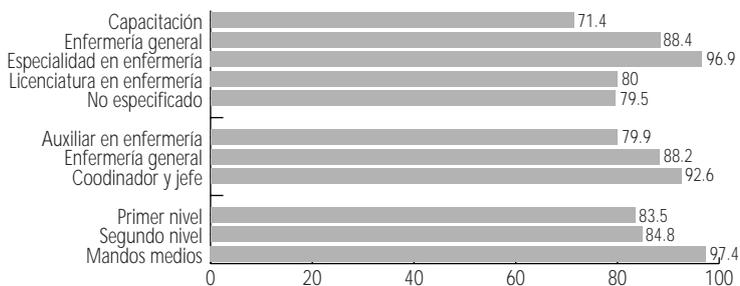


Fuente: Encuesta.

En cambio, la pregunta que mayor porcentaje de aciertos tuvo correspondió a que el desconocimiento de la ley no es excusa para su cumplimiento. El valor más bajo (gráfica 3) correspondió al nivel académico de capacitación en enfermería; el valor más alto correspondió a especialistas y los que laboran en el mandos medios con 96.9 y 97.4 por ciento, respectivamente.

La regulación de la práctica profesional es uno de los puntos importantes sobre los que el personal de enfermería debe de tener

Gráfica 3
El desconocimiento de la Ley no excusa su cumplimiento
Personal de enfermería
Secretaría de Salud Jalisco, 2006



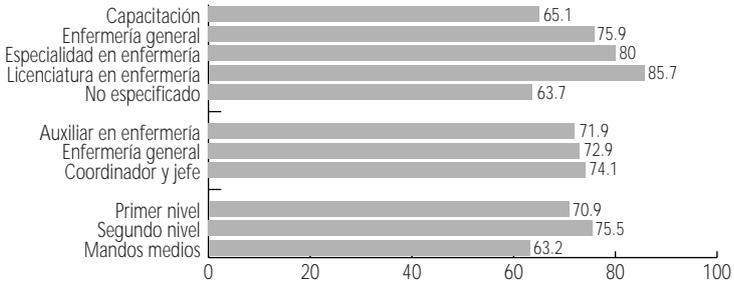
Fuente: Encuesta.

conocimientos, lo que se manifestó solo en el nivel educativo, especialistas y licenciatura alcanzaron 80.0 por ciento o superior, lo cual se considera adecuado. El resto osciló entre 63 y 75 por ciento, lo que se puede considerar como un resultado medianamente satisfactorio (gráfica 4).

El conocimiento de las obligaciones que tiene el personal de enfermería de la Secretaría de Salud de Jalisco, representó la segunda pregunta mejor calificada; el rango de asertividad fue de 84.1 a 97.4 por ciento. Los más destacados correspondieron a especialistas, coordinadores y jefes y el de mandos medios, todos por arriba de 95.0 por ciento (Gráfica 5).

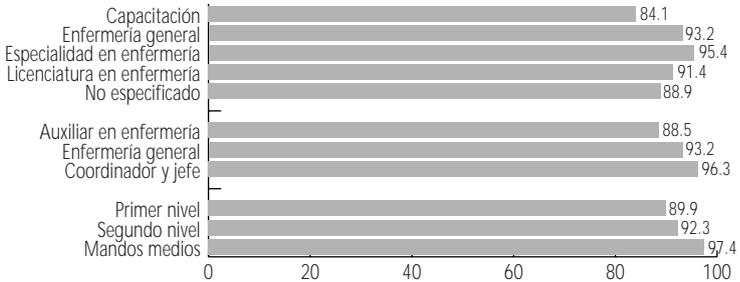
El conocimiento de las sanciones a las que se puede hacer merecedor un profesional de salud al negar la atención a una persona que reclame los servicios fue bajo, sólo los coordinadores y jefes obtuvieron por arriba de sesenta por ciento, en cambio el grupo de especialis-

Gráfica 4
 La Ley General de Salud y de profesiones regula a la práctica profesional en salud.
 Personal de enfermería
 Secretaría de Salud Jalisco, 2006



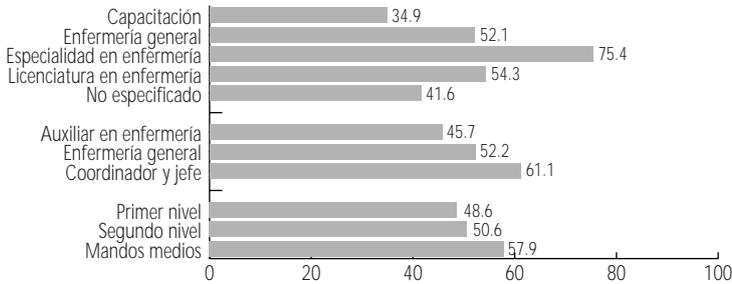
Fuente: Encuesta.

Gráfica 5
 Artículo 33, Ley de Profesiones: obligaciones para atención a pacientes.
 Personal de enfermería
 Secretaría de Salud Jalisco, 2006



Fuente: Encuesta.

Gráfica 6
 Artículo 469, Ley General de Salud: sanciones por negativa de atención.
 Personal de enfermería
 Secretaría de Salud Jalisco, 2006



Fuente: Encuesta.

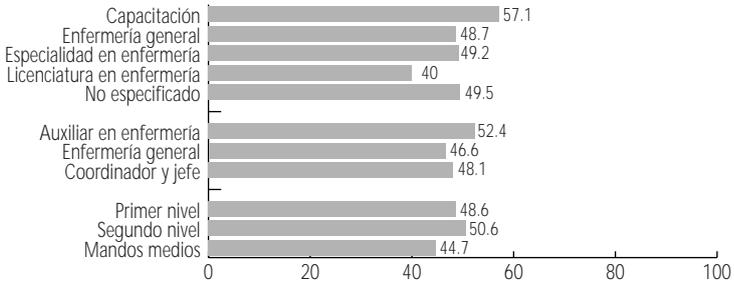
tas por arriba de setenta y cinco, el resto osciló entre 35.0 y 55.0 por ciento (gráfica 5).

Hablar de confidencialidad y secreto profesional es de los principios éticos importantes de un profesional de la salud, sin embargo, saber cuál es su base legal no resultó tan conocido para el personal de enfermería de la Secretaría de Salud ninguna de las categorías en que agruparon alcanzó 60 por ciento (gráfica 7).

Uno de los conocimientos que se considera deben estar en todo trabajador es el relacionado a las condiciones generales del contrato colectivo. Los datos que arrojó esta pregunta obtuvo los segundos resultados más bajos, el valor máximo obtenido correspondió al grupo de licenciatura en enfermería, con apenas 31.4 por ciento y coordinador y jefe con 42.6 por ciento de aciertos (gráfica 8).

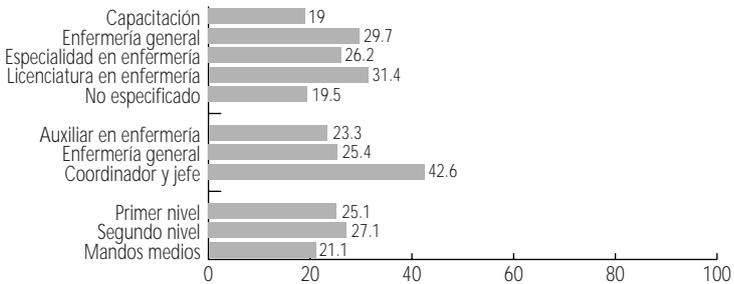
Entre la normatividad más trascendente para la prestación de servicios de salud lo representa el Expediente Clínico, que está contenida

Gráfica 7
Ley de profesiones y Código Civil establecen el secreto profesional.
Personal de enfermería
Secretaría de Salud Jalisco, 2006



Fuente: Encuesta.

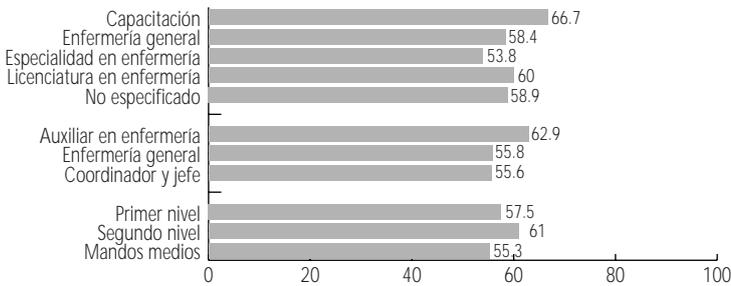
Gráfica 8
Apartados que contiene el Contrato Colectivo de Trabajo de la SSA.
Personal de enfermería
Secretaría de Salud Jalisco, 2006



Fuente: Encuesta.

en la Norma Oficial Mexica SSA-1 168. Su identificación obtuvo resultados deficientes, sólo el personal ha recibido capacitación para desempeñar las funciones de enfermería, se constituyó con el porcentaje más alto (66.7%) en segundo lugar auxiliares de enfermería (62.9%) y los de segundo nivel (61%) ocuparon el tercer sitio (gráfica 9).

Gráfica 9
 La NOM SSA-1 168 del Expediente Clínico.
 Personal de enfermería
 Secretaría de Salud Jalisco, 2006



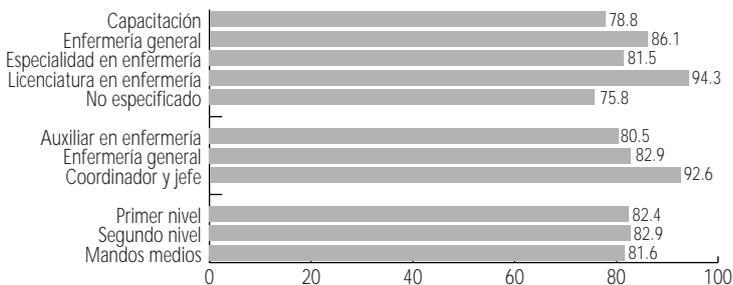
Fuente: Encuesta.

Los conocimientos relacionados con el tipo de registros que enfermería debe plasmar en el expediente clínico alcanzaron un nivel de respuesta adecuado, sólo el personal que ha recibido capacitación y los que no especificaron su nivel académico fueron menos de 80 por ciento, del resto los que fungen como coordinadores y jefes y los de licenciatura alcanzaron cifras por arriba de 90 por ciento (gráfica 10)

DISCUSIÓN

De acuerdo con el número de aciertos, en cada una de las categorías se encontraron diferentes grados de variabilidad. El más importante

Gráfica 10
 Características de los registros de enfermería en el Expediente Clínico.
 Personal de enfermería
 Secretaría de Salud Jalisco, 2006



Fuente: Encuesta.

correspondió al nivel académico, que alcanzó los 14 puntos porcentuales, diferencia que resultó significativa con $p < 0.001$ y X^2 de 22.81, entre el personal que solamente ha recibido capacitación con los que han cursado alguna especialidad en enfermería. Estos últimos, al desglosar las preguntas individualmente, fueron más consistentes, 50.0 por ciento de sus respuestas asertivas representaron el mayor porcentaje en esta categoría, fueron superiores al personal con grado de licenciatura, sin embargo, la diferencia entre ellos no fue significativa.

El número de aciertos en la categoría de la función administrativa que cumple cada uno de los profesionales de enfermería dentro de la Secretaría de Salud Jalisco, se determinó una variabilidad relativa de siete puntos porcentuales, entre los auxiliares de enfermería y los coordinadores y jefes, diferencia que resultó significativa con $p < 0.004$ y X^2 de 8.45, al desglosar las preguntas el grupo más consistente en respuestas acertadas, correspondió a los mismos coordinadores y jefes, en este caso era lo que pudiera esperarse.

En relación con la categoría del nivel de atención donde desempeñan sus funciones los profesionales de enfermería de la Secretaría de Salud Jalisco, la variabilidad se constituyó como la distribución del conocimiento sobre los aspectos legales de esta profesión como la más compacta. El grado de variabilidad alcanzó la diferenciación de 1.4 puntos porcentuales, siendo no significativa. Asimismo, no se manifestó ningún grupo superior al otro. En el análisis por pregunta individual el resultado fue similar, no hubo grupo destacado y las diferencias no fueron significativas. El análisis por pregunta, en comparación con el estudio realizado en personal de enfermería de segundo nivel del Instituto Mexicano de Seguro Social 2002.

En la identificación del artículo constitucional que establece la garantía de la protección a la salud de los mexicanos: SSJ 38.1, IMSS 44.7; la identificación de la autoridad máxima en salud de nuestro país 8.6 SSJ, 15.9; en relación con el artículo 12 del Código Civil del Estado de Jalisco, el desconocimiento de la ley no exime de responsabilidad 84.8 SSJ, 86.0 IMSS. La Ley General de Salud y la Ley de Profesiones regulan la práctica profesional de los servicios de salud, el personal de la SSJ acertó en 72.1 por ciento, el del IMSS 83.7 por ciento.

En cuanto a las obligaciones que tiene el personal de enfermería establecidas en el artículo 33 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional Relativo al ejercicio de las profesiones, el personal de la SSJ contestó correctamente en 91.4 por ciento, en cambio, el del IMSS lo hizo en 91.9. Las sanciones por negarse a brindar atención profesional cuando una persona se lo solicita establecidas en el artículo 49 de la Ley General de Salud, se obtuvo 50.0 para la SSJ y el 54.9 para el IMSS.

La Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional Relativo al ejercicio de las profesiones, en su artículo 36, establece la obligatoriedad del secreto profesional. Las respuestas correctas del personal de

enfermería de la SSJ fue de 49.3 por ciento, mientras que en el IMSS alcanzó 72.0 por ciento.

El expediente clínico en la actualidad es el documento de mayor trascendencia jurídica para los profesionales de la salud. El conocimiento de la existencia de la NOM SSA-1 168 del expediente clínico fue manifestado por 58.9 por ciento por parte del personal de la SSJ, y 36.2 por parte del personal de enfermería del IMSS. Los registros que el personal de enfermería debe realizar en el expediente clínico es del conocimiento de 82.6 por ciento para la SSJ por un 93.9 por ciento para el IMSS.

CONCLUSIONES

El nivel de conocimientos sobre algunos aspectos de la legislación en salud por parte del personal de enfermería de la Secretaría de Salud, de acuerdo con la escala establecida, del total de respuestas sólo 56.2 por ciento fueron correctas, por lo que se considera que el nivel presentado bajó (59 por ciento o menos). Solamente en tres de las diez áreas exploradas, se obtuvieron calificaciones calificadas como buenas (80 por ciento o más).

El personal con especialidad en enfermería, seguida por los de licenciatura, fueron las que se manifestaron con un mayor grado de conocimientos en la categoría de nivel académico. La diferencia con el resto del grupo fue estadísticamente significativa.

El personal de la Secretaría de Salud que se desempeña como coordinador o cumple funciones de jefe fue el grupo que demostró el mayor grado de conocimientos en la categoría del nombramiento administrativo. La diferencia de ellos en relación con el resto fue estadísticamente significativa.

No se estableció una diferencia significativa de conocimientos por parte del personal de enfermería de la Secretaría de Salud en la

categoría del nivel de atención. Contrario a lo que se esperaba que el grupo que se desempeña en los mandos medios se manifestara con un mayor grado de conocimientos.

Los conocimientos sobre conceptos constitucionales fueron bajos (<60%). En esta misma calificación se encuentra el contrato colectivo de trabajo. Los conocimientos sobre las leyes y reglamentos son regulares (60-79%).

Los conocimientos regulares que tiene el personal de enfermería sobre el expediente clínico se contrarrestan con los buenos conocimientos que tienen del registro de sus actividades en el propio expediente clínico.

BIBLIOGRAFÍA

- Beas Nava, J.A., M.I.Cabezas Arrañaga, A.M. García Buenrostro, M.D. González Jiménez y M. Montaña Guerrero M. (2002), «La normatividad de responsabilidad profesional de enfermería». En *Arbitraje Médico: Recurso para la calidad de la atención*. Guadalajara: Comisión de Arbitraje Médico del Gobierno del Estado de Jalisco, pp. 257-272.
- Díaz-Bahena, Josefina y cols. (2005), «Frecuencia de quejas durante los cuidados de enfermería en el Hospital Central Militar: un estudio comparativo». En *Revista Sanidad Militar México*, 59(1). Enero-febrero, pp. 19-31.
- García Ramírez, S. (2000), *La responsabilidad penal del médico*. México: Porrúa.
- Carbonell, M. (2004), *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. México: Porrúa.
- La Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional Relativo al ejercicio de las profesiones. *Diario Oficial de la Federación*, 2 de Diciembre de 1993.

Ley General de Salud (2000), México: Porrúa.

Nuevo Código Civil del Estado de Jalisco (2004), Periódico Oficial *El Estado de Jalisco*, 21 de octubre.

Ley Estatal de Salud (2000), Periódico Oficial *El Estado de Jalisco*, 2 de diciembre.

COMENTARIOS AL ARTÍCULO ANTERIOR Y REFLEXIONES SOBRE LA ENFERMERÍA. ¿PARTE DEL CONFLICTO MÉDICO-PACIENTE?

Laura Margarita Padilla Gutiérrez

El cuidado individualizado es el arte y esencia del profesional de la enfermería y demuestra un genuino interés por el paciente o usuario de los servicios de salud. Esta relación incluye sentimientos, actitudes y conductas, por lo tanto, su práctica se guía por valores personales y profesionales, creencias y normas para proteger los derechos de los pacientes.

El personal de enfermería no debe realizar actividades o asumir funciones para las cuales no está habilitada, sea por falta de estudios, experiencia o capacitación.

Las instituciones de salud interesadas en la calidad de los servicios y seguridad de los pacientes, deben contratar personal profesional y ubicarlo de acuerdo con su perfil y no exponer al usuario y a la enfermera (o) a actos de responsabilidad profesional civil, penal o administrativa.

El expediente clínico se considera un documento legal, ya que en él se consignan los elementos esenciales para el estudio y solución de los problemas de salud del usuario, incluyendo acciones preventivas, curativas y de rehabilitación. La enfermera (o) debe retomar la

Laura Margarita Padilla Gutiérrez. Presidenta de la Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería A. C. Profesor titular de tiempo completo de la Universidad de Guadalajara.

elaboración de las «notas de enfermería» con método a fin de que sean claras, precisas, completas y en un momento dado, una evidencia de buena práctica.

Los programas educativos deben incorporar al currículum la formación requerida y proporcionar las experiencias de aprendizaje de una práctica independiente con los beneficios, responsabilidades y riesgos que esto implica.

Las universidades en primer término y los colegios profesionales en segunda opción, tienen la obligación de informar a sus docentes, estudiantes y egresados, sobre aspectos normativos y de responsabilidad civil, administrativa y penal. Participar y actualizarnos en los aspectos de índole legal y de responsabilidad profesional con el mismo interés que lo hacemos para nuestro campo profesional.

En el contexto de los comentarios sobre la presentación de la ponencia de María del Carmen Martínez Corona, sobre «La responsabilidad profesional de enfermería en la atención del paciente hospitalizado». Este trabajo empieza con la definición de «Responsabilidad profesional» como la obligación de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios en el ejercicio de una profesión.

El profesional de la enfermería puede encontrarse ante un acto de responsabilidad en cualquier momento y actividad realizada durante su desempeño laboral, sea de orden cognitivo, procedimental, de seguridad, ético, conductual y actitudinal.

Resaltan algunas recomendaciones, como:

- Cuidar la llamada «regla de los cinco correctos» y/o «regla de oro» (verificación repetida del medicamento, dosis, vía, paciente y hora de aplicación correctas), al administrar cualquier fármaco. Es importante el registro de dicha aplicación, la respuesta y evolución del paciente.

- La enfermera y los pacientes son sujeto y objeto de trato digno, cortés, respetuoso, responsable y ético.
- Es una gran responsabilidad la protección y seguridad del paciente, de su personal y su persona.
- Comunicación e información oportuna, confiable, completa.
- Elaboración de las notas de enfermería.
- Conocer y aplicar la normatividad inherente a nuestra práctica profesional, como es: La Ley General de Salud, Ley para el Ejercicio Profesional, Ley Federal del Trabajo, normas oficiales mexicanas del ejercicio profesional, Contrato Colectivo de Trabajo, reglamentos, contratos y normas institucionales, manuales de procedimientos.

RESPUESTAS A PREGUNTAS CLAVE

José Antonio Beas Nava

Roberto Becerra Zavala

Laura Fabiola Machuca Martínez

PREGUNTA: 1. ¿El paciente tiene el derecho a presentar demanda por contestar una agresión verbal? ¿Qué derecho tiene la enfermera para no ser agredida verbalmente o físicamente por un paciente agresivo o grosero?

RESPUESTA: Se debe, precisar algunos aspectos. Primero, efectivamente, los pacientes al ser agredidos verbalmente, pueden acudir a diversas instancias, una de ellas es interponer una queja, sugerencia o reclamación ante la institución donde se prestó el servicio de salud; otra, es interponer una demanda civil, pues se podría estar atentando contra alguno de los derechos de personalidad, tales como sus afectos, sentimientos, creencias o su honor o reputación. Podría incluso interponerse una denuncia penal por el delito de injurias. Otras posibilidades, serían, por ejemplo, si es servidor público, interponer una queja ante alguna de las comisiones de derechos humanos, ya sea estatal o federal.

Por otra parte, debe quedar claro que el paciente no tiene el derecho a contestar la agresión verbal de la misma manera o con mayor intensidad, sino acudir a las instituciones competentes para expresar su inconformidad.

En segundo lugar, la enfermera, como diversos profesionales de la salud, puede llegar a presentar situaciones incómodas que son difi-

ciles de evitar, como atender a un paciente grosero o que realice conductas poco apropiadas como la agresividad. Lo anterior deberá valorarse apropiadamente, ya que éstos pueden actuar de dicha manera por la misma enfermedad que podrían estar presentando, por ejemplo, una persona afectada de sus facultades mentales, por lo tanto, como profesionistas y como personas se tiene el derecho a ser tratados con dignidad y respeto, por lo que si un paciente o usuario comete una agresión verbal o física, con la salvedad antes mencionada, evidentemente podrá actuar legalmente.

P 2. ¿Cuál es la responsabilidad profesional de enfermería cuando es contratado como enfermero (a) general y realiza funciones de especialista? ¿Se puede uno negar a realizar funciones?

R: De la pregunta se puede desprender tanto el aspecto laboral como el civil.

En cuanto al aspecto laboral, debe revisarse el «contrato laboral» en donde debe, asentarse las condiciones de trabajo, tales como los servicios que deben prestarse, ya que de no establecerse, la obligación es desempeñar el trabajo de acuerdo con sus fuerzas, aptitudes, estado o condición. Lo anterior implica que el enfermero (a) debe efectuar las actividades para las que fue contratado, lo complejo es cuando no está claro o determinado el tipo de servicio, lo que permite una interpretación muy amplia. El enfermero, en su carácter de trabajador sí puede negarse a realizar funciones para las que no fue contratado, pero antes debe revisar tanto su contrato laboral como la normatividad interna de la institución, sobre todo si trabaja para una institución hospitalaria pública.

El aspecto civil implica que un enfermero sea contratado por sus servicios, ya no bajo las órdenes de un patrón y el pago de un salario, sino a través de un acuerdo, pagándosele sus honorarios respectivos.

Esta situación es diferente, ya que debe cumplirse el contrato, pues su incumplimiento podría ser motivo de responsabilidad contractual, debiendo quedar claro que no es necesario que éste conste por escrito.

P: 3. ¿Hasta dónde alcanza la responsabilidad de la enfermera como testigo de un evento de negligencia médica?

R: El término negligencia implica un descuido o falta de cuidado, por ejemplo, cuando debiendo hacerse algo, no se realiza, o bien, cuando no debiendo hacerse algo, se actúe.

Como se puede apreciar, la negligencia médica por sí sola no origina responsabilidad civil, ni penal, salvo que a consecuencia de la misma se origine un daño, o bien, se cometa un delito.

Ahora bien, ¿quiénes son testigos? El Código de Procedimientos Civiles del Estado de Jalisco, en su artículo 362, menciona: «Todos los que tengan conocimiento de los hechos que las partes deban probar, están obligados a declarar como testigos». Para lo anterior, una de las partes que esté en litigio (demandante o demandado), deberá haber ofrecido la prueba testimonial, a efecto de que el testigo declare lo que presenció, lo anterior bajo protesta de conducirse con la verdad y advirtiéndosele las penas a las que se pueden ser acreedores.

De lo anterior, se desprende la responsabilidad de un testigo de decir siempre la verdad, ya que de no hacerlo podrá cometer un ilícito, como lo es el delito de falsedad de declaraciones.

Concluyendo, la enfermera puede presenciar diversos hechos e incluso negligencias, pero sólo estará obligada a denunciar, cuando con motivo de éstas se cometa un delito, tal como lo estipula el Código de Procedimientos Penales del Estado de Jalisco en el artículo 88 primer párrafo: «Toda persona que tenga conocimiento de la comisión de un delito está obligada a denunciarlo al Ministerio Público y, en caso de urgencia, ante cualquier funcionario o agente de policía, los

que darán cuenta inmediata al Ministerio Público»; por otra parte, la enfermera sólo tendrá el carácter de testigo cuando una parte así la nombre ante una autoridad, pudiendo ser ante un órgano jurisdiccional (juzgado) y su obligación será declarar lo que haya presenciado con veracidad.

P 4. En caso de que el paciente sufra un daño en su habitación por levantarse de la unidad con ayuda de su familiar, previa indicación de que no se hiciera. ¿Qué tipo de responsabilidad tiene la enfermera? ¿O no la tiene?

R: Para que exista responsabilidad, es necesario que se presenten todos los elementos que a continuación se enumeran: uno, que se presente un daño, el cual en este caso sí se presentó; dos, que se obre de manera culposa o ilícita o contra las buenas costumbres, así que en el ejemplo, todo dependerá de hasta dónde la enfermera puede retirarse, dejar de atender al paciente e indicar al mismo y a su familiar una orden. Si lo anterior está justificado, no hay problema, pues ya no existe una ilicitud, ni un acto culposo, y por ende, ya no se presentaría el elemento denominado causalidad que vincula el acto con el daño, sino por el contrario, podría ser responsable el mismo paciente o su familiar, ya que actuaron negligentemente; pero sí la enfermera debió estar al cuidado y no desatender al paciente, se configuraría el acto ilícito y culposo y la causalidad, lo que originaría una responsabilidad civil.

P 5. Dentro del área de trabajo: ¿Quién es responsable si dentro de él hay estudiantes, pasantes, auxiliares, enfermeras generales y licenciados, en un caso médico legal?

R: Cada persona en lo individual es responsable de sus actos. En el caso de que en una unidad hospitalaria existan diversos prestadores

de los servicios de salud, ya sea que estén en formación o cumplan con su trabajo, cada uno de ellos desempeña una función de la cual son absolutamente responsables, sin embargo, en los actos médicos existe una jerarquía, la más alta es el responsable solidario. La responsabilidad no se delega, se comparte.

P 6. En el Servicio de Urgencias hay exceso de trabajo, sólo hay un médico, los pacientes exigen atención inmediata, la enfermera es la que recibe su insistencia en la atención que solicitan, se les informa de la situación, pero ahí la enfermera es la que recibe incluso el reporte o queja a la Dirección o mal trato del paciente, porque no se le atiende pronto. ¿Qué tiene que hacer la enfermera en ese caso?

R: El personal de salud de primer contacto con el paciente, en el caso que se plantea en el servicio de urgencias, tiene que cumplir con varias funciones: identificar los casos de urgencia real (aplicación del Triage,¹ por ejemplo) y darles la prioridad de atención, con la consecuente información al resto de los pacientes para que comprendan esta medida.

Cuando la manifestación de inconformidad (queja) se da por parte de los pacientes, se tiene que demostrar que las acciones realizadas eran las necesarias, porque dichas actividades deben ser debidamente registradas en el sistema de información correspondiente.

P 7. Cuándo se trabaja en equipo con un auxiliar, ¿se debe firmar el reporte con ambos nombres o sólo de quien lo realiza?

¹ Triage, método de la medicina de emergencia para la selección y clasificación de los pacientes, basándose en las prioridades de atención privilegiando la posibilidad de sobrevivir, de acuerdo con las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.

R: La Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, establece en el punto 9: «Los reportes del personal profesional, técnico y auxiliar». Entre éstos tenemos la hoja de enfermería, la cual debe ser realizada por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico. También tenemos los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, debiendo ser elaborados por el personal que realizó el estudio. Por lo tanto, debe asentarse el nombre y la firma de ambos.

P 8. Si la agresión a la enfermera es por parte del paciente, ésta se puede justificar valorando el padecimiento del paciente. ¿Pero si la agresión es del familiar, qué se valora?

R: Definitivamente no se justifica ningún tipo de agresión, por ninguna de las dos partes. La primera recomendación es tratar de hacerles comprender que la acción que dio motivo a la agresión se debe realizar tal cual. El personal de enfermería lo hace, sin embargo, a pesar de las explicaciones y en caso que ésta (la agresión) continúe, existen procedimientos legales para entablar la denuncia correspondiente por injurias o por lesiones y que la autoridad judicial sancione al responsable.

P 9. ¿Qué diferencia hay entre denuncia y demanda?

R: Una explicación breve y sencilla para diferenciarlos, se refiere a que la denuncia es un acto por el cual cualquier persona pone en conocimiento de la autoridad correspondiente (juez, agente del ministerio público, policía u otro funcionario público competente), un hecho constitutivo delictivo; en tanto, la demanda es un acto procesal, por el que una persona plantea a un órgano jurisdiccional una cuestión, solicitándole que resuelva a su favor mediante una sentencia, después de agotar los requisitos y trámites legales. Ésta última como se

puede apreciar no se refiere a delitos, sino a otras cuestiones jurídicas que pueden ser civiles o de otra materia.

P 10. Riesgo creado. ¿Podría ahondar en el tema?

R: El *riesgo* en lenguaje común, es la posibilidad de que llegue un acontecimiento futuro que amenaza a toda persona, de sufrir un daño o perjuicio.

El *riesgo creado* surge como reacción a los problemas provocados por el uso de máquinas o aparatos utilizados principalmente en empresas o industrias, los cuales provocaban daños.

En el sentido jurídico el *riesgo creado* es la conducta lícita, pero que por utilizar algún objeto peligroso, sin culpa alguna de su causante, logra crear un siniestro que produce de igual forma daño.

El *riesgo creado* se apoya por tanto en el dato objetivo del uso de un objeto peligroso, por lo que no importa si se actuó de manera lícita, jurídica e inculpable, pues sólo basta que se haya usado o aprovechado un objeto peligroso que produzca un daño, por lo que cae en el campo de la responsabilidad objetiva que establece la obligación de indemnizar por el daño causado.

Para efectos de responsabilidad en la atención medica, el *riesgo creado* es cuando por la utilización de algún instrumento técnico o de la ingeniería biomédica, o por algún suceso derivado de las condiciones patológicas o del estado físico del paciente, o de otras circunstancias personales o profesionales relevantes; se produce de igual forma daño sobre el paciente, ya sea éste económico, moral o sobre su integridad física.



GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

C.P. Emilio González Márquez
Gobernador Constitucional del Estado de Jalisco

Lic. Fernando Antonio Guzmán Pérez Peláez
Secretario General de Gobierno

Dr. Alfonso Gutiérrez Carranza
Secretario de Salud Jalisco

Dr. Alfredo Ramos Ramos
Comisionado de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco



CONSEJO DE LA
COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE JALISCO

Dr. Alfredo Ramos Ramos
Presidente

Dr. Alfonso Gutiérrez Carranza
Secretario de Salud Jalisco

Dr. Víctor Manuel Ramírez Anguiano
Consejero Representante de la Universidad de Guadalajara

Dr. Adalberto Vázquez García
Consejero Representante de la Universidad Autónoma de Guadalajara

Dr. Eusebio Angulo Castellanos
Presidente de la Asociación Médica de Guadalajara, Colegio Médico A.C.

Dr. Jorge Adrián Chuck Sepúlveda
Presidente de la Federación de Colegios de Profesionistas de Jalisco A.C.

Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias
*Consejero Representante de la Federación Jalisciense de Colegios,
Asociaciones y Academias de Profesionistas A.C.*

Dr. Jaime Guillermo González Gámez
*Consejero Representante del Consejo Coordinador
de Colegios de Profesionistas de Jalisco A.C.*

Dr. José Luis Treviño Rodríguez
*Presidente de la Comisión de Higiene y Salud Pública
del H. Congreso del Estado de Jalisco*

L.A.E. Benito Gerardo Carranco Ortíz
*Delegado Estatal del Instituto de Seguridad y Servicios
Sociales de los Trabajadores del Estado, en Jalisco*

Lic. Miguel Ángel Sánchez Obregón
Delegado Estatal del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Jalisco

El conflicto en la práctica profesional de atención a la salud

terminó de imprimirse en octubre de 2008

en los talleres de Pandora, S.A. de C.V.

Caña 3657, La Nogalera, Guadalajara, Jalisco, México

se tiraron 6 000 ejemplares más sobrantes para reposición

Composición tipográfica:

RAYUELA, DISEÑO EDITORIAL

