

Editores:

*Victor Huggo Córdova Pluma
Alejandra Y Romo Dávila*

S1 Presentación

Manuel Ramiro H

S3 La episteme del oficio médico. Aquello de la responsabilidad inmersa en lo sustantivo del ejercicio profesional

Victor Huggo Córdova-Pluma

S7 El conflicto de la relación médico-paciente

Juan Miguel Abdo-Francis

S10 El lugar jurídico de los consejos de especialidad médica

Carlos L Pliego-Reyes

S15 La prueba pericial en la responsabilidad profesional médica

Miguel Oscar Aguilar-Ruiz

S20 Aspectos jurídicos relevantes de los médicos residentes

Victor Hugo Olmedo-Canchola, Germán Bazán-Miranda

S26 Medicina basada en evidencia jurídica

Alejandra Y Romo Dávila

S31 La importancia de la bioética en el análisis interdisciplinario del error médico

Martha Patricia Hernández-Valdez

S35 Objeción de conciencia sanitaria, una necesidad de profesionales de la salud íntegros

Agustín Antonio Herrera-Fragoso

S42 La mala intención hospitalaria

Juan Francisco Fernández-Pellón Silva

Medicina Interna

de México

Editor fundador

Manuel Ramiro Hernández

Coeditores

Enrique Nieto Ramírez

Eduardo Aguirre Alanís

La revista **Medicina Interna de México** es una publicación continua, independiente, de artículos originales, revisiones y casos clínicos editada por un grupo de médicos internistas con especialidad en las distintas ramas de la medicina interna. Editor responsable: Enrique Nieto R. Reserva de Título de la Dirección General del Derecho de Autor (SEP) número 04-2021060918445800-203. Certificado de Licitud de Título número 11967 y Certificado de Licitud de Contenido de la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas (SeGob) número 8375. Publicación indizada en Periódica (<http://dgb.unam.mx/periodica/html>), en el Directorio de Revistas Latindex (<http://www.latindex.org>) y en la Base de Datos Internacional de EBSCO.

Editada y producida por **Edición y Farmacia SA de CV** (Nieto Editores®). Av. Chamizal 97, Colonia La Trinidad, Texcoco 56130, Estado de México.
E-mail: articulos@nietoeditores.com.mx

El contenido de los artículos firmados es responsabilidad de sus autores. Todos los derechos están reservados de acuerdo con la Convención Latinoamericana y la Convención Internacional de Derechos de Autor. Ninguna parte de esta revista podrá ser reproducida por ningún medio, incluso electrónico, ni traducida a otros idiomas, sin autorización de sus editores.

Medicina interna de México es una publicación continua, de acceso abierto a todos los médicos internistas y especialistas en las ramas de la medicina interna. No se cobra a los autores por publicar. Su historial, antecedentes de continuidad y aparición en las bases de datos de Scielo, CrossReference y reportada en Scimago avalan su seriedad por ser arbitrada por pares reconocidos.

www.medicinainterna.org.mx

Medicina Interna

de México

Volumen 39, Suplemento 1, 2023

CONTENIDO

- S1 Presentación**
Manuel Ramiro H
- S3 La episteme del oficio médico. Aquello de la responsabilidad inmersa en lo sustantivo del ejercicio profesional**
Victor Huggo Córdova-Pluma
- S7 El conflicto de la relación médico-paciente**
Juan Miguel Abdo-Francis
- S10 El lugar jurídico de los consejos de especialidad médica**
Carlos L Pliego-Reyes
- S15 La prueba pericial en la responsabilidad profesional médica**
Miguel Oscar Aguilar-Ruiz
- S20 Aspectos jurídicos relevantes de los médicos residentes**
Víctor Hugo Olmedo-Canchola, Germán Bazán-Miranda
- S26 Medicina basada en evidencia jurídica**
Alejandra Y Romo Dávila
- S31 La importancia de la bioética en el análisis interdisciplinario del error médico**
Martha Patricia Hernández-Valdez
- S35 Objeción de conciencia sanitaria, una necesidad de profesionales de la salud íntegros**
Agustín Antonio Herrera-Fragoso
- S42 La mala intención hospitalaria**
Juan Francisco Fernández-Pellón Silva

CONTENTS

- S1 Presentation**
Manuel Ramiro H
- S3 The episteme of the medical profession. That of responsibility immersed in the substance of professional practice**
Victor Huggo Córdova-Pluma
- S7 The conflict of the doctor-patient relationship**
Juan Miguel Abdo-Francis
- S10 The legal place of medical specialty councils**
Carlos L Pliego-Reyes
- S15 Expert evidence in medical professional liability**
Miguel Oscar Aguilar-Ruiz
- S20 Relevant legal aspects of resident doctors**
Víctor Hugo Olmedo-Canchola, Germán Bazán-Miranda
- S26 Medicine based on legal evidence**
Alejandra Y Romo Dávila
- S31 The importance of bioethics in the interdisciplinary analysis of medical error**
Martha Patricia Hernández-Valdez
- S35 Health conscientious objection, a need for honest health professionals**
Agustín Antonio Herrera-Fragoso
- S42 The bad hospital intention**
Juan Francisco Fernández-Pellón Silva



Víctor Huggo Córdova Pluma



Alejandra Y Romo Dávila

Presentación

Presentation.

Manuel Ramiro H

Este trabajo, coordinado por Víctor Hugco Córdova y Alejandra Y Romo, es importante, interesante y diferente. Aborda aspectos habitualmente soslayados de la práctica de la medicina. Consiguieron reunir a un grupo de expertos serio y profesional, los que con su conocimiento y experiencia abarcan diversas características del ejercicio del médico; lo exponen, como los que dominan el tema, de manera clara y sencilla, a pesar de lo novedoso y complicado de los temas.

Córdova llama muy adecuadamente a su capítulo *Episteme del oficio médico* porque efectivamente el médico, además de los conocimientos, es necesario que tenga una actitud por ayudar a su paciente y una manera adecuada de desenvolverse para conseguirlo; como el autor construye su escrito metodológicamente desde su experiencia y conocimiento es adecuado decir que es una episteme.

La relación médico-paciente siempre ha sido complicada, primero porque es muy difícil de enseñar y, por tanto, de aprender, pareciera que, además de algunas consideraciones teóricas, la única forma de educar en este importantísimo aspecto es el *Role model*; Abdo en su capítulo nos muestra cómo, además, el ejercicio actual de la medicina obliga a nuevas formas de relación médico-paciente.

Carlos Pliego es un justo heredero de una institución sólida y prestigiada, el Consejo Mexicano de Medicina Interna, lo que le permite abordar la certificación y sus ventajas para asegurar a la sociedad que sus problemas sean atendidos por un médico al corriente de los conocimientos para atenderlo y para el médico es un respaldo estar certificado, ante la vicisitud de tener problemas incluso legales.

Editor.

Correspondencia

Manuel Ramiro H
manuel.ramiroh@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Ramiro HM. Presentación. Med Int Méx 2023; 39 (Supl. 1): S1-S2.

Aguilar Ruiz en su capítulo nos muestra y hace reflexionar sobre la importancia de la prueba pericial, sin ella no puede establecerse responsabilidad al médico, y mucho menos penal; a lo largo de su escrito nos muestra la importancia de conocer la prueba pericial, para poder establecer la responsabilidad, su falta debe permitir una defensa adecuada en los casos que un médico pueda ser indicado como no apegado adecuadamente a sus obligaciones.

Uno de los expertos en la problemática de los cursos de especialidad a través de las residencias, Olmedo Canchola, aborda el problema que existe al tener el residente una doble vertiente como trabajador y como alumno, y la obligación de la institución de salud de proteger al residente, intentando evitar que incurra en responsabilidades jurídicas, aunque los residentes deben procurar no incurrir en faltas al reglamento, para eludir posibles problemas.

Patricia Hernández nos conduce de forma muy clara a analizar la importancia de la bioética en el análisis del error médico. El estudio interdisciplinario del error médico puede conducir a estrategias que eviten su reiteración.

Herrera Fragoso analiza el problemático concepto de objeción de conciencia. Nos lleva a una revisión histórica y filosófica, a la necesidad que quede perfectamente claro el concepto y afirma que es una necesidad establecer; nos narra cómo en nuestro país las

leyes al respecto se encuentran detenidas en el Poder Legislativo.

Fernández Pellón tiene gran experiencia como responsable, director y gestor de hospitales privados, nos muestra la gran problemática que existe al enfrentarse los intereses de los diferentes participantes en la atención privada de los enfermos, en las condiciones actuales en las que generalmente participa; primero el paciente que requiere y quiere ser atendido de la mejor y más eficiente manera, el médico que puede sentirse injustamente remunerado y limitado en su actuar, la compañía aseguradora que siente que los gastos son muy elevados, los hospitales que aducen que las remuneraciones, en ocasiones, no son suficientes para cubrir sus costos, la industria farmacéutica y los proveedores de equipo médico se quejan que los precios de sus bienes se reducen demasiado. Nos comenta que, aunque se mantiene la demanda de los pacientes, así como la necesidad de los médicos y el crecimiento de grandes cadenas hospitalarias, ofrece estabilidad financiera y seguridad funcional, es necesario establecer puentes entre los diferentes actores, porque algunas compañías aseguradoras piensan retirarse del ramo y los proveedores están cada vez menos satisfechos.

Este suplemento nos ofrece material valioso para conocer y reflexionar sobre nuevas formas de atención médica y del ejercicio profesional de los médicos.

La episteme del oficio médico. Aquello de la responsabilidad inmersa en lo sustantivo del ejercicio profesional

The episteme of the medical profession. That of responsibility immersed in the substance of professional practice.

Víctor Huggo Córdova-Pluma

En su origen filosófico la medicina no contempla el escenario de provocar un daño al paciente, a su familia ni a la sociedad; sin embargo, los accidentes o riesgos son condiciones inherentes, su interpretación como maldad es el producto de uno o más intereses alejados de la condición de nuestro ejercicio profesional.

La formación universitaria que recibimos requería hasta hace poco tiempo de la conjunción de ciertos elementos de acción directa para ir en un plano ascendente adquiriendo el conocimiento necesario para interpretar ese maravilloso concierto de signos, síntomas, síndromes e intuición que conformaban la antesala del sincretismo con la medicina científica; esa dualidad empoderada entre la clínica y lo concreto que nos llevó a paso discreto por momentos y a paso veloz en los últimos tiempos en los que “su majestad la clínica” también debió evolucionar en una especie de “democratización involuntaria” al ser superada en ciertos rincones o en espacios diáfanos. Desde hace algunos años, las y los médicos sumamos a ese arsenal de habilidades y destrezas los instrumentos producto del universo digital, tanto para continuar educándonos como para diagnosticar, tratar e incrementar la exactitud de nuestro trabajo, lo cual nos ubica en un punto diametralmente distinto a todo aquello que era común obtener en otros tiempos. Es en este compás de diferencias cognitivas en donde se abre la posibilidad de

Internista con Certificación Nacional Vigente. Diplomado en alta dirección de instituciones públicas por el Instituto Nacional de la Administración Pública. Egresado del sistema AD1 y del programa consejeros en acción del IPADE. Expresidente del Colegio de Medicina Interna de México AC. Exsecretario y consejero emérito del Consejo Mexicano de Medicina Interna AC. Miembro de la Academia Nacional Mexicana de Bioética AC. Miembro de la Academia Nacional de Educación Médica AC. Secretario de la Academia de Ciencias Médicas del Instituto Mexicano de Cultura AC. Miembro de la Sociedad Latinoamericana de Medicina Interna. Socio fundador y presidente del consejo consultivo del Instituto Nacional de la Defensa Médica. Presidente del consejo consultivo y director general del Instituto Latinoamericano para el Estudio del Sobrepeso y la Obesidad. CEO de NBT unidad de neurociencias en el Hospital Ángeles México.

Correspondencia

Víctor Huggo Córdova Pluma
vhcordova@huggocordova.org

Este artículo debe citarse como: Córdova-Pluma VH. La episteme del oficio médico. Aquello de la responsabilidad inmersa en lo sustantivo del ejercicio profesional. Med Int Méx 2023; 39 (Supl. 1): S3-S6.

interpretar de formas diferentes lograr asertividad o caer en un error.

En este siglo postpandemia es claro que las transiciones en la educación médica son momentos de intenso aprendizaje, en el aprendizaje este proceso se permite que ocurra por casualidad y oportunidad. Las estrategias educativas no deben trasladarse directamente a otros entornos; sin embargo, deben adaptarse al contexto cultural de la formación.¹

La diferencia del contrato social entre la figura médica y a quien brinda sus servicios no nace dentro de una relación puramente comercial, pero se transformó en muchos puntos en ella, por eso se torna difícil, al no ser su diseño natural. Es aquí donde conceptualmente encontramos uno de los más antiguos elementos de discusión que, en su mayoría, resulta inconciliable. En su origen la medicina era casi una virtud divina, por años intentó agazaparse en ello e inclusive fue receptáculo de muchas historias legendarias, pero se mantuvo, como toda actividad humana, dentro de un sistema de creación de interés económico. En muchos países, la evolución social que dio origen a la institucionalidad de la seguridad social no ayudó a su concepto de retribución económica dentro del fichero natural de los bienes y servicios como ocurrió con otras profesiones y es ese uno de los elementos de disociación entre el bien hacer ante el riesgo de no pertenecer al sistema económico natural. Es la diferencia entre un modelo económico actual con intensos tintes neoliberales y la discreta evolución romántica y poco acorde a los modelos de mercado lo que provoca una insospechada escena de incompreensión.

Si en sus inicios la medicina mexicana se hubiera colocado en forma masiva en el libre mercado, esta interacción no existiría, pero inició con una polaridad dramática, los grandes centros hospitalarios con la tecnología válida para el momento

eran propiedad del Estado, en su mayoría los médicos que socialmente se consideraban el prototipo de éxito ejercían en un mundo mixto, entre lo público y lo privado. Fue sin duda el auge de capitales autónomos ligados a diversas formas de financiamiento, más la adhesión de una cultura de compra alrededor de los productos de las compañías aseguradoras en rubros de salud e inclusive retiro o jubilaciones en conjunción con el nacimiento de terceros pagadores del gasto menor en la atención primaria lo que giró el mercado e inspiró las diferentes formas de las reglas entre los prestadores de servicios con sus nuevos clientes. La medicina mexicana presencié en menos de 70 años modelos socioeconómicos diferentes de su propia existencia inicial. En ese espacio la referencia ética del ejercicio de nuestra profesión enfrenta día con día la adaptación de sus elementos más simbólicos e inspiradores; cuesta mucho mantener el arquetipo supuestamente heredado de cómo y para qué relacionarse de cierta manera con las y los pacientes y sus entornos. De golpes más o menos inesperados pasamos de la total confianza de nuestros enfermos a una serie sin precedentes de formas o maneras de ser medianamente confiables hasta ser evaluados por un cúmulo de variables ajenas a nuestro margen de maniobra intelectual, especialmente porque recaen más en opiniones externas o alejadas del conocimiento del arte médico y más inmiscuidos en ese torrente sin fin que es la opinión alejada de la realidad pero envuelta del poder que otorga el anonimato e inspira la lejanía de las redes sociales o la mercadotecnia digital. La forma de sustentar en la responsabilidad profesional un desarrollo inadecuado con todo aquello que provoca la inspiración a una ruptura, descontento, desconfianza, intimidación u origen adverso, se origina en la forma en que se dañan los conceptos filosóficos del bien común; la cada vez más distancia entre la bondad del libre ejercicio. Ubicar al médico como quien solo presta un servicio definido y delimitado nos coloca en

serios problemas de abandono de una amplia posibilidad para esforzarnos más allá de lo convenido y que en teoría procura el salvaguardar a quien busca nuestra opinión o intervención. Cada momento nos plantea en una seria distancia en lo personal y humano para conferirnos y habilitarnos en los entretelones de una actividad comercial que se instala en sí misma con todos sus recursos para ser primariamente defensiva y secundariamente resolutive con el altísimo riesgo de perder su esencia humanística.

Baste concientizar que a los maestros de mis maestros formalmente nadie les enseñó ética médica; sin embargo, la aprendieron en una algarabía ocupacional realista e incondicional a su acto de aprendizaje de la profesión. Correspondía a su generación el vínculo entre la rígida estructura descrita en el código del rey Hammurabi (1700 aC) hasta las conclusiones de Thomas Percival y su primer texto *Medical Ethics* y por supuesto al siempre presente “Juramento Hipocrático” del siglo V aC que, sin duda, hoy nos resulta imposible de seguir o realizar en diversos sentidos por conceptos verdaderamente atemporales. En un contrasentido todo documento deontológico apunta a una serie de actitudes o formas de conducta que en la actualidad quedan sujetas a una serie de variables no totalmente controladas por los médicos; por ejemplo, en el código ético de la AMA se leerá: “El médico estará dedicado a proporcionar servicios médicos competentes con compasión y respeto por la dignidad humana”. ¿Qué sucede entonces cuando por los requisitos administrativos de un servicio médico dependiente de un gobierno o de la iniciativa privada no es posible que suceda? Otro elemento de duda sería aquel renglón que señala “Excepto en emergencias, el médico debe poder decidir libremente a qué paciente atender y el ambiente en el que desea proporcionar sus servicios”. ¿Esto sucede realmente en los servicios de salud gubernamentales en los cuales el cupo está rebasado y los recursos limitados? ¿Es

así cuando un enfermo esté impedido de pagar honorarios privados y por la administradora de salud a la que pertenece debe abandonar al profesional de su entera confianza y colocar su internamiento en otro médico al cual no conoce ni confía por lo menos de manera inicial?²

¿Cuál es nuestro concepto actual de la enfermedad y de estados no patológicos? ¿Cuál es, entonces, nuestra autodefinición de bienestar profesional? ¿En dónde queda la benevolencia con nosotros mismos para alcanzar un nivel de vida personal satisfactorio? Si en esencia la medicina como una de las humanidades sustenta que es un modo de conocimiento caracterizado por la universalidad de su objeto: no versa sobre tal o cual aspecto de la realidad, sino sobre la realidad en su conjunto,³ la tarea pendiente es alinear las formas de evaluar el actuar clínico, quirúrgico, diagnóstico, terapéutico e intervención cualquiera que sea en el binomio de ausencia o presencia de salud en un marco conceptual coincidente con los elementos jurídicos que pretenden ejercer un acto de señalamiento, sanción, condena o excepción; de lo contrario, esta temeraria forma de impartir justicia en ambos sentidos será una demanda caduca ante una vigencia cuestionable. La salud y la enfermedad no son dos modos que difieren esencialmente, como pudiera creerse, no deben considerarse principios distintos, entidades que se disputan al organismo vivo y que lo convierten en el teatro de sus luchas, éstas resultarían antiguallas médicas. Si la salud y la enfermedad como elementos reales han cambiado, también deben hacerlo las herramientas que se utilizan para evaluarlas.

Filosóficamente es este saber sistemático que debe aportar un método, un conocimiento y un objeto de estudio específico para alcanzar el arte y la ciencia de una manera distinta, nueva, temporal sin duda pero sólida como una respuesta social, política e inclusiva que tiene una existencia independiente para cumplir con el

bien hacer de nuestra libertad en el ejercicio de la profesión. Será la única forma de continuar con la evolución suficiente para no heredar un conflicto que dañe la textura íntima de nuestra sociedad y, en cambio, logre hacer valer esa sentencia heredable que señaló mi querido maestro Ruy Pérez Tamayo: dejar lo mejor de los logros para nuestros alumnos, en quienes depositamos no solo nuestros esfuerzos más genuinos, sino también nuestras esperanzas más íntimas.⁴

REFERENCIAS

1. Sá J, Strand P, Hawthorne K, Da Silva A, et al. Transitions in medical education: Filling in the blanks. *Educación Médica* 2021. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2021.07.001>.
2. Pérez-Tamayo R. Ética médica, salud y protección social. *Salud Pública Méx* 2005; 47 (3).
3. Savater F. *Diccionario de Filosofía*. Ariel. Editorial Planeta, 1995.
4. Pérez-Tamayo R. Un fantasma en el siglo XX, discurso de ingreso al Colegio Nacional (27 de noviembre de 1980).

El conflicto de la relación médico-paciente

The conflict of the doctor-patient relationship.

Juan Miguel Abdo-Francis

El paradigma actual del acontecer médico es la expresión de la ciencia moderna en la salud, cuyos fundamentos son la racionalidad, la objetividad y la verificación, la cual se dirige principalmente más a la enfermedad y menos a la salud. La enfermedad se explica e interviene como un proceso principalmente biológico a partir del cual se explica el origen y curso de los síntomas y signos en un cuerpo con ciertas condiciones de edad, sexo, nutrición e inmunidad.

En las últimas tres décadas este paradigma ha llegado a su cumbre con los esfuerzos y la confianza depositada en la investigación genética. Se afirma que en el ADN estaría la respuesta a la prevención de las enfermedades y a diversas expectativas de bienestar, no solo físico (color de los ojos y piel, talla, sexo, longevidad, etc.), sino también psicológico y social (adicciones, actitud para aprender, actitud pacífica, opciones políticas e ideológicas, fidelidad, entre otros).

En este paradigma los actores más importantes son los profesionales de la salud, que se certifican con estudios universitarios y de especializaciones sucesivas. Los medios de curación exigen cada vez mayor sofisticación tecnológica para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. Esto se logra a través de nuevos fármacos y tecnología quirúrgica de vanguardia, todo lo cual se organiza en los hospitales de diferentes niveles de

Gastroenterólogo con Certificación Nacional Vigente. Expresidente de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. Expresidente de la Academia Mexicana de Cirugía. Académico y Tesorero de la Academia Nacional de Medicina.

Correspondencia

Juan Miguel Abdo Francis
drjuanmiguelabdo@yahoo.com.mx

Este artículo debe citarse como: Abdo-Francis JM. El conflicto de la relación médico-paciente. Med Int Méx 2023; 39 (Supl. 1): S7-S9.

complejidad. Se desarrolla dentro de un sistema de mercado, llegando a generarse una industria de la salud de crecientes costos, destacando como el más claro ejemplo la poderosa industria de laboratorios y los hospitales privados.

México ha vivido en la última década cambios políticos, generacionales, de explosión tecnológica y de globalización que, sumados al cambio de paradigma de la medicina, han repercutido en forma profunda la relación médico-paciente y que han llevado a un desfase entre el caudal de conocimientos y su aplicación a la práctica clínica, siendo los hospitales fiel reflejo de ello.

Vivimos la época de la revolución biológica molecular comparable con las revoluciones industrial y electrónica que llevó, en forma acelerada, del conocimiento en 1977 de la secuenciación del primer gen humano compuesto por 122 pares de bases, hasta la secuencia casi completa del genoma humano y la posibilidad infinita de explorar enfermedades crónicas, degenerativas e inmunológicas, entre otras.

El personal de la salud ha cambiado. La presencia femenina es cada vez mayor en las esferas médicas y todo el personal de salud se encuentra expuesto a nuevas tecnologías de comunicación y a la adquisición rápida de nuevos conocimientos, modelos de gestión que ocupan parte del tiempo de la asistencia para trámites administrativos y síndrome de desgaste físico secundario a la carga laboral excesiva, pero el enfermo también ha cambiado.

Nos encontramos ante una transición epidemiológica producto del cambio en la pirámide poblacional. El paciente, expuesto también a nuevas tecnologías de comunicación como el Internet, se documenta, consulta y cuestiona con base en lo analizado. Se ha vuelto más demandante con un nivel de confianza menor en el personal y las instituciones de salud.

En tiempos en los que el paciente se convirtió en “cliente” o “usuario externo” y el personal de salud en “proveedor” o en “cliente interno” para las instituciones, debemos hacer una pausa, volver la mirada, recorrer mentalmente el camino y concluir que aun en tiempos de avances tecnológicos y administrativos como los actuales, en los que el ser humano es capaz de viajar a las estrellas o descubrir el codiciado secreto del genoma humano, el trato amable y el contacto de una mano jamás podrán ser sustituidos.

Ante estos cambios en el acontecer de la medicina que alejan al paciente del personal de salud, el conflicto de la relación médico-paciente ha crecido de forma importante con incremento en las quejas y demandas por la atención recibida. La pregunta obligada es: ¿dónde quedó el que-hacer médico? Aquel que era capaz de convertir la ciencia en arte. En donde la mirada, la sonrisa, el tacto y la expresión corporal formaban parte del arsenal terapéutico y tenían la maravillosa cualidad de no poder comprarse en alguna farmacia o botica cercana.

¿Qué hace falta entonces para recuperar la grandeza médica del pasado y la adecuada relación médico-paciente? Recobrar la certidumbre en nuestra profesión, la mística de servicio, el concepto de atención integral y la sensación de libertad que durante años fueron las bases del acontecer del personal de la salud y que llevó a la creación de especialidades médicas, cursos de posgrado, manuales de procedimiento, libros de texto y liderazgo nacional e internacional de la medicina mexicana para así crear un nuevo paradigma en la atención médica.

Trabajar para buscar la salud de los pacientes es mucho más que tener un título. Es adquirir una actitud mental fundamentada en valores. Integridad, equidad de trato, honestidad, calidad, calidez, entre otros, deben ser los valores en los que se sustente el acontecer médico.

Tenemos que adquirir nuevos conocimientos; sin embargo, nada de lo anterior conviene que se haga, ni debe hacerse si no tiene como objetivo

central nuestro paciente, nuestra razón de ser como personal de salud y el punto en el que deben converger todos nuestros esfuerzos.

El lugar jurídico de los consejos de especialidad médica

The legal place of medical specialty councils.

Carlos L Pliego-Reyes

INTRODUCCIÓN

Data de muchos años la necesidad de someter a escrutinio a aquellos en quienes se les deposita la confianza para la atención de la salud de la población, sin duda representa un acto de justicia social que lleva como único fin garantizar a la sociedad que quien preserva lo más preciado de un individuo, que es la salud y la vida, se encuentre debidamente preparado para realizarlo. En un sano juicio, ninguna persona o institución cuestionaría dicha labor; sin embargo, existen grandes vacíos por los que ese sano juicio resulta no serlo y provoca cuestionamientos de la existencia de los consejos de especialidades médicas. Por otro lado, existe una regulación deficiente en el proceso de formación de los médicos especialistas, y esto proviene no solo de los mismos especialistas, sino también desde la formación básica que nos lleva a ser médicos cirujanos o también llamados médicos generales, con la creación de un sinnúmero de escuelas de medicina que son sometidas a un proceso de “acreditación” que, por supuesto, también podría ser cuestionado. Es por ello que cuando se trata de mantener los lineamientos jurídicos, hasta la fecha vigentes, deben cumplirse a cabalidad, ya que está demostrado que la certificación del médico especialista y la vigencia de la misma no solo salva vidas, sino también optimiza recursos económicos en el sistema de salud.

Internista y alergólogo con Certificación Nacional Vigente. Profesor de Medicina Interna en la Facultad de Medicina de la UNAM. Presidente del Consejo Mexicano de Medicina Interna.

Correspondencia

Carlos L Pliego Reyes
cl.pliego.reyes@cmmi.org.mx

Este artículo debe citarse como:

Pliego-Reyes CL. El lugar jurídico de los consejos de especialidad médica. Med Int Méx 2023; 39 (Supl. 1): S10-S14.

Por contraparte, los consejos de especialidades médicas deben mantener el proceso de certificación con transparencia, tal y como sucede hasta el momento, con la finalidad de cumplir con un beneficio global: calidad de atención en salud.

HISTORIA

El conjunto de leyes se remonta desde el código de Hammurabi (1760 aC), donde se establecían mediante la “ley del talión” cómo se castigaría a aquéllos que infringían la ley de acuerdo con los ordenamientos del rey de Babilonia Hammurabi. Sin embargo, fue con el rey Enrique VIII cuando se formó el primer colegio encargado de sancionar a aquéllos que realizaban malas prácticas en la atención de los pacientes, con la observación puntual de mencionar “curan el mismo número de personas que también matan”, surgiendo de esta forma el *Royal College of Physicians*, fundado en 1518. Desde entonces en las distintas latitudes ha existido la preocupación de regular la atención médica y fue así como en nuestro continente en 1916 se fundó el primer consejo de especialidad en Estados Unidos, a lo cual continuó la formación de otros consejos de especialidades, hasta lo que se conoce al día de hoy como el *American Board of Medical Specialties*, que congrega a 24 consejos de especialidades. En México, en 1963 se inició el proceso de fundación del primer consejo de especialidad médica, siendo el de los médicos anatomopatólogos, y en 1974 ya existían 15 consejos de especialidades médicas, que, en conjunto con la Academia Nacional de Medicina, iniciaron los trabajos para su funcionamiento, aceptando esta última ser la entidad coordinadora y normativa que, al mismo tiempo, otorgó la idoneidad a estos consejos de especialidades. Para 1995 se sumó a esta función la Academia Nacional de Cirugía y en ese mismo año se convocó a todos los consejos de especialidades para dar surgimiento

al Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM) AC y cuyo cuerpo de gobierno se constituye actualmente por cuatro vocales de la Academia Nacional de Medicina, cuatro de la Academia Mexicana de Cirugía y cuatro vocales obtenidos por insaculación provenientes de los presidentes de los Consejos de Especialidades Médicas. Todo esto fue generado por el impulso de una sociedad cada vez más informada y demandante, pero sobre todo con la finalidad de tener lineamientos establecidos para la evaluación entre pares, y con ello entregar a la población médicos especialistas con conocimientos mínimos necesarios para el ejercicio de la profesión dado por la certificación, y al supervisar el proceso de educación médica continua, que lleva a mantener la vigencia de certificación, se garantiza la actualización de los conocimientos del médico en su práctica diaria.

MARCO LEGAL

Tras el surgimiento del CONACEM, se iniciaron los procesos para la reglamentación de sus funciones y con ello la modificación de la Ley General de Salud, que en 2011 emitió el decreto donde se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, entre ellos los artículos 81 y 83 que hacen referencia directa al marco legal actual y que describimos textualmente:

Artículo 81.- La emisión de los diplomas de especialidades médicas corresponde a las instituciones de educación superior y de salud oficialmente reconocidas ante las autoridades correspondientes. Para la realización de los procedimientos médicos quirúrgicos de especialidad se requiere que el especialista haya sido entrenado para la realización de los mismos en instituciones de salud oficialmente reconocidas ante las autoridades correspondientes. El Comité Normativo Nacional de

Consejos de Especialidades Médicas tendrá la naturaleza de organismo auxiliar de la Administración Pública Federal a efecto de supervisar el entrenamiento, habilidades, destrezas y calificación de la pericia que se requiere para la certificación y recertificación de la misma en las diferentes especialidades de la medicina reconocidas por el Comité y en las instituciones de salud oficialmente reconocidas ante las autoridades correspondientes. Los Consejos de Especialidades Médicas que tengan la declaratoria de idoneidad y que estén reconocidos por el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, constituido por la Academia Nacional de Medicina de México, la Academia Mexicana de Cirugía y los Consejos de Especialidad miembros, están facultados para expedir certificados de su respectiva especialidad médica. Para la expedición de la cédula de médico especialista las autoridades educativas competentes solicitarán la opinión del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas.

En este apartado se nombra específicamente la obligatoriedad para el ejercicio de la profesión de la “opinión del CONACEM” y que los consejos de especialidades que lo integran están facultados para expedir certificados, siendo que el mecanismo para la expedición del mismo es la evaluación mediante un examen de certificación que realizan cada uno de los consejos.

Por otro lado, con la finalidad de dar certidumbre a la población en relación con el médico con el cual ha solicitado su atención, se modifica el artículo 83 de esta misma ley, que a la letra dice:

Artículo 83.- Quienes ejerzan las actividades profesionales, técnicas y auxiliares y las especialidades médicas deberán poner a la vista del público un anuncio que indique la institución que les expidió el Título, Diploma, número de

su correspondiente cédula profesional y, en su caso, el Certificado de Especialidad vigente. Iguales menciones deberán consignarse en los documentos y papelería que utilicen en el ejercicio de tales actividades y en la publicidad que realicen al respecto.

Al referirse “en su caso” en este apartado, es en referencia a las especialidades médicas, una vez que no todas las actividades profesionales, técnicas y auxiliares cuentan con instituciones certificadoras.

Por otro lado, en esta misma modificación en la Ley General de Salud, también se establece la coexistencia de las asociaciones, sociedades, colegios o federaciones de profesionales de su especialidad, no como entidades certificadoras, sino como garantes del profesionalismo y ética de los expertos en esta práctica de la medicina.

Asimismo, en esta misma ley se establece que la Secretaría de Salud deberá dictar los mecanismos para el funcionamiento del comité normativo, fue así como en 2015 en el Diario Oficial de la Federación se publica el acuerdo por el que se emiten los lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud, para la aplicación de lo dispuesto por el artículo 272 bis y el Título Cuarto de dicha ley, donde hacen referencia principalmente a los mecanismos que se deben sujetar el CONACEM y sus consejos de especialidades, además de especificar la categoría de idoneidad de cada consejo y el refrendo de la misma.

A partir de estas modificaciones, surgieron cuestionamientos que incluso argumentaban que era violatorio para el libre ejercicio de la profesión, de modo tal que, en la publicación del Sema-

nario Judicial de la Federación del 20 de enero de 2017, se establece que los artículos 81 y 272 bis de la Ley General relativa no trasgreden el derecho de la libertad al trabajo, consagrado en nuestra Constitución Política. Por el contrario, se habla de la profesionalización de los médicos y cuya restricción no es prohibitiva absoluta a la libertad del trabajo.

Todo esto resulta un planteamiento jurídico consistente en el cual una vez más busca garantizar la calidad de atención médica para la población en general, pero sobre todo que es una evaluación que se da entre pares. Con ello podemos interpretar que en cada rincón del país donde exista un médico certificado, existe atención médica actualizada y con los elementos mínimos necesarios para brindar calidad en el cuidado de la salud.

BENEFICIOS DE LA CERTIFICACIÓN Y SU VIGENCIA

Los consejos de especialidades médicas son entidades reguladas por el CONACEM que cuentan con categoría de idoneidad que se otorga cada cinco años, siempre y cuando se cumplan los requisitos para calificar en la misma. Es por ello que se trata de entidades evaluadoras, líderes en su género, con prestigio sólido y con facultad para expedir certificados y que avalan las competencias clínicas de los médicos especialistas que aseguran un alto nivel en el ejercicio de la práctica médica. Al mismo tiempo y con la finalidad de garantizar que los médicos que han terminado su formación en la especialidad se mantengan actualizados, estos consejos también tienen la facultad de otorgar el aval de calidad a los distintos programas de educación médica continua.

Es así como tenemos dos conceptos bien definidos, la certificación que provee un testimonio relevante e indica que el médico posee las

competencias mínimas necesarias para ejercer la profesión. Se trata de un proceso de adquisición y actualización del conocimiento que acompaña el ejercicio diario y está dado por los distintos cursos de especialidad que realizan las diferentes sedes formadoras de recursos humanos en salud, avalados por una institución educativa y que ve culminado su objetivo, mediante una evaluación de alta consecuencia, el examen de certificación, una vez que su acreditación resulta en el otorgamiento de la cédula profesional.

El otro concepto es la vigencia de certificación o recertificación, entendida como el proceso en el cual el médico especialista ha participado en actividades de educación médica continua, y con ello ha adquirido los conocimientos de los nuevos desarrollos científicos, así como de los cambios que se han suscitado en la práctica clínica. Esto garantiza la actualización en la práctica médica.

Todo lo cual, y de acuerdo con el marco legal actual, estos dos conceptos resultan ser de carácter obligatorio amparados por la Ley General de Salud en su artículo 83.

De este modo, podemos considerar que los beneficios de la certificación y su vigencia en primer lugar resultan ser un atenuante ante la posible mal praxis del especialista, una vez que se están cumpliendo los requisitos legales para ejercer la profesión. Asimismo, representa un mecanismo para la autocrítica y la reflexión, ya que es un proceso que se da entre pares, con lo cual confiere un honor, así como la facilitación para el desarrollo profesional y mayor proyección laboral al consumir el compromiso con la calidad en la atención médica y al ser un elemento público, el paciente poder tener certidumbre que la persona que está atendiendo su condición de salud reúne los elementos indispensables para otorgar un mejor desenlace en su padecimiento.

AMENAZAS AL MARCO JURÍDICO ACTUAL

Debido a que existen diferentes intereses, principalmente políticos y de grupos que se consideran desfasados por los cambios establecidos en la ley, existe un riesgo en la modificación de la misma. Sin embargo, el principio constitucional elemental consagrado en el artículo 4º, donde se establece el derecho a la protección de la salud, partiendo asimismo, de la definición de ésta de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud como “un estado de bienestar físico, psíquico y social, tanto del individuo, como de la colectividad”, entonces debe abarcar la protección de la colectividad y no solo de un grupo específico, siendo que uno de los mecanismos bien identificados es lograr una certificación al término del proceso de formación avalado por una institución de salud y una entidad educativa, teniendo como árbitro y juez de este proceso una tercera entidad que cumple con lineamientos de idoneidad y que tiene como finalidad entregar a la sociedad un recurso que permitirá el mantenimiento de este derecho a la salud, con los más altos índices de calidad, ya que éste es un requisito no solamente de la existencia misma del sistema comprendido globalmente, una vez que un sistema sanitario no funciona si opera en pésimas condiciones, ya que llevará no solo a la no protección de la salud, sino, incluso, a su empeoramiento. La certificación y su vigencia en su cumplimiento jurídico actual tienen como elemento fundamental alcanzar un mínimo de igualdad entre quienes acceden a servicios públicos de salud y quienes lo hacen en servicios privados. Es por ello que no deben prosperar estos intentos de modificación de la ley, más aún, debemos ser corresponsables en el cumplimiento de las reglamentaciones y trabajar por fortalecer un sistema de salud equitativo, con transparencia, justicia y equidad en beneficio de una población.

CONCLUSIONES

La reglamentación de la atención de salud data de muchos años y lleva como principal fundamento la protección de la salud con calidad y de carácter universal. Los consejos de especialidades médicas son entidades jurídicamente reglamentadas, que trabajan para lograr una idoneidad, pero sobre todo la certificación y su vigencia resulta ser una evaluación que se realiza entre pares y los consejos funcionan como árbitros o jueces de un proceso de formación y de mantenimiento del conocimiento. Por lo que su permanencia y existencia estarán garantizadas siempre que se visualice la atención de salud como una condición indispensable para el desarrollo de una persona en su colectividad y como un logro de justicia social, al ser la certificación y su vigencia, mecanismos que garantizan la calidad de atención en salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Laín Entralgo P. Historia de la medicina. Barcelona: Salvat, 1990.
2. Freire JM. Política sanitaria. En varios autores, Políticas sociales y Estado de bienestar en España. Memoria de 1999, Madrid, Trotta, 1999: 433.
3. Ramiro M, Lifshitz A, Tanur B. Historia reciente de la Medicina Interna en México. En: Historia de la Medicina Interna. (ed) Asociación de Medicina Interna de México, A.C, 2000: 135-14.
4. Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas. Bosquejo histórico.conacem.org.mx.
5. DECRETO por el que se reforman los artículos 81, 83, 271 y se adiciona el artículo 272 Bis, 272 Bis 1, 272 Bis 2, 272 Bis 3 de la Ley General de Salud. DOF: 01/09/2011.
6. ACUERDO por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud, para la aplicación de lo dispuesto por el artículo 272 Bis y el Título Cuarto de dicha Ley. DOF:25/03/2015.
7. Tesis 2ª./J.4, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, I. 38, enero de 2017, p.490.

La prueba pericial en la responsabilidad profesional médica

Expert evidence in medical professional liability.

Miguel Oscar Aguilar-Ruiz

INTRODUCCIÓN

En la actualidad considero importante dar a conocer o recordar la posible responsabilidad penal médica que se puede generar dentro del proceso de atención a un paciente; es común en la actualidad que cuando el binomio médico-paciente no está de acuerdo se generen denuncias sobre el actuar del médico aduciendo falta de profesionalismo, ética, experticia, así como otros adjetivos aplicables a su actuar.

Hoy en día los pacientes son generalmente asesorados por abogados, quienes con sus conocimientos jurídicos pretenden encuadrar diversos delitos presuntamente atribuibles a los médicos.

En las siguientes líneas pretendo abordar aspectos jurídicos de la prueba pericial médica señalando el significado de la prueba dentro del proceso penal, así como en específico de la prueba pericial a efecto de que el experto en medicina conozca el fundamento y a su vez pueda actuar conociendo sus responsabilidades y también la posibilidad de tener una actuación como peritos en medicina dentro del proceso judicial, lo anterior a efecto de difundir las generalidades en que puede quedar inmersa la actividad médica cuando es vinculada al derecho penal.

Miembro de la Academia Mexicana de Ciencias Penales. Expresidente de la Academia Mexicana de Criminalística. Expresidente de la Academia Iberoamericana de Criminalística y Estudios Forenses. Profesor de Posgrado en ciencias penales en la Facultad de Derecho de la Universidad Anáhuac Norte.

Correspondencia

Miguel Oscar Aguilar Ruiz
moar-moar@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:
Aguilar-Ruiz MO. La prueba pericial en la responsabilidad profesional médica. Med Int Méx 2023; 39 (Supl. 1): S15-S19.

LA PRUEBA PERICIAL

La prueba pericial forma parte de la teoría del delito en el derecho penal donde se señala que los hechos son interpretaciones no solamente empíricas, sino complejas, ya que combinan elementos teóricos y de observación, además de ser normativos o valorativos, de ahí la intervención de los testigos, de peritos y de otras pruebas.

Desde el ámbito jurídico la prueba demuestra las afirmaciones que se hacen sobre hechos que son materia del proceso penal y que son discutibles y discutidos, ya que pretenden contestar las llamadas preguntas de oro de la investigación: qué, cuándo, dónde, con qué, cómo, quién y por qué a efecto de dilucidar las dudas del juez para conocer la verdad sobre el hecho investigado y así emitir un juicio sobre el problema planteado.

La prueba es el medio legal por el cual el órgano judicial conoce de los hechos a través del análisis cognoscitivo que conduce al conocimiento de lo investigado, es decir, pasar de la duda existente a la probabilidad científica del resultado, ¿por qué no?, a la certeza de lo ocurrido, situación señalada en el artículo 20 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se establece que el objeto del proceso es el esclarecimiento de los hechos, por lo cual el juez debe conocer lo ocurrido para lo cual utiliza las pruebas.

Es importante señalar que al juez no le constan los hechos, por lo cual recurre a quien los conoce, es decir, las pruebas son la esencia de los juicios, no podría emitirse una sentencia sin la presentación y análisis de las mismas. Al respecto, el Código Nacional de Procedimientos Penales indica que cualquier hecho puede ser probado por cualquier medio, siempre y cuando sea lícito.

A lo largo de la historia han existido diversas clasificaciones para el estudio de la prueba, entre las

que se mencionan las pruebas personales y las reales, las pruebas escritas y las orales, también las pruebas directas e indirectas, etc. Las pruebas aplicables a los peritos son las personales y las orales, dada la información que el experto proporciona al juez, al perito, igual que el juez, no le constan directamente los hechos; sin embargo, se auxilia con la evidencia directamente encontrada en la escena del crimen, así como en los indicios recolectados a la víctima y al presunto victimario a efecto de estudiarlos con base en sus conocimientos sobre su ciencia, técnica o arte en la que es un experto.

La prueba pericial es, por tanto, la intervención de un experto ante la necesidad de examinar personas, hechos, objetos o circunstancias que son relevantes para el proceso penal y que requieren conocimientos específicos en alguna ciencia, como la medicina en el caso que nos ocupa; en otras palabras, basa sus determinaciones en el método científico y en la objetividad, lo cual realza su importancia en el proceso penal.

Brevemente analizaremos ahora el procedimiento en que los jueces valoran la prueba pericial, misma que se encuentra establecida en la fracción II del apartado A del artículo 20 constitucional, que señala: La valoración de las pruebas deberá ser de manera libre y lógica; esta disposición se reafirma en el artículo 265 del Código Nacional de Procedimientos Penales que establece: El órgano jurisdiccional asignará libremente el valor correspondiente a cada uno de los datos y medios de prueba de manera libre y lógica, debiendo justificar adecuadamente el valor otorgado a las pruebas y explicará y justificará su valoración con base en la apreciación conjunta, integral y armónica de todos los elementos probatorios.

En el actual sistema penal acusatorio y oral la valoración de las pruebas debe basarse en la libre valoración de la prueba, debe ser desahogada

con la presencia del perito y debe considerarse coherente, inteligible y razonable, es decir, debe realizarla el juez quien lo hace considerando el aspecto individual de la prueba y, a la vez, del resto de las pruebas.

El juez generalmente considera la técnica utilizada por el perito en relación con el método científico exigible, es decir, el perito explicará el procedimiento utilizado en la elaboración de su dictamen; también es importante señalar que el dictamen debe contener información sobre el grado de error, es decir, el margen científico de acierto del perito; también debe considerarse que los procedimientos utilizados respeten las normas de calidad vigentes y la buena práctica internacional; en síntesis, éstos son los parámetros que el juez califica para valorar de manera individual. Ahora bien, desde el punto de vista del valor que tiene en conjunto, el juez generalmente señala el valor otorgado a cada prueba pericial y su vínculo con el resto, manifestando sus razones y criterios de racionalidad de la prueba, destacando el uso de datos empíricos, la argumentación del perito, su experiencia y que no presente contradicciones.

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA

Un gran número de denuncias contra los médicos se deben al delito de responsabilidad profesional, señalado en el libro segundo, título decimosegundo, artículos 228, 229 y 229 bis, en específico aplicable a los médicos, del Código Penal Federal. Se le conoce también como mala praxis o mala práctica médica.

Actualmente la actividad del médico es frecuentemente cuestionada y se ha detectado una tendencia a incrementar las denuncias penales por mala práctica, han surgido varias hipótesis, entre ellas, una tendencia ideológica de la sociedad de tratar de culpar al profesional de

la medicina si el paciente no se recupera o los resultados no son los esperados.

Es posible que en los tiempos actuales los médicos en el ejercicio de su profesión sientan más inseguridad que antaño, ya que dentro de mi experiencia personal conozco médicos que manifiestan intranquilidad al tratar a un paciente, es decir, se sienten inseguros de no alcanzar resultados positivos o los esperados por el paciente y tener que enfrentarse en los tribunales; uno de estos factores de inseguridad se debe a la proliferación de la victimización.

Existen prototipos de víctimas alentadas por aspectos ideológicos de no asumir un resultado contrario al esperado o, bien, al de su interés particular y suponer que existe un tercero responsable a quien imputar el hecho con las correspondientes consecuencias, sean éstas del orden patrimonial o penal; esta ideología adoptada tiene sus orígenes en el extranjero en la que se procede con la demanda judicial, pretendiendo buscar no solo responsables sino también culpables de un resultado que no satisface los intereses de la presunta víctima.

Debe encontrarse un responsable, sin entender la idea de que, por ejemplo, también hay muertes naturales; sin embargo, se busca la imputación de una negligencia, imprudencia, impericia que da como resultado una mala práctica médica entre otras circunstancias o eventualidades.

Por lo anterior es conveniente señalar con claridad que la responsabilidad profesional médica es la obligación de todo médico de responder por las consecuencias negativas de los actos cometidos en el ejercicio de su función.

Entre las causas más frecuentes de demandas contra el médico señalaré las siguientes:

1. Demora en el diagnóstico.

2. Errores de diagnóstico.
3. Consecuencias fatales en la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
4. Accidentes terapéuticos
5. Enfermedad primaria agravada por demora en el diagnóstico, tratamiento erróneo o complicación quirúrgica.
6. Tratamiento incompleto, que incluye resección parcial de tumores, etc. y uso inadecuado de terapéutica establecida.
7. Cuidado o seguimiento inadecuado o erróneo por médicos, personal paramédico, incluyendo enfermeras.

Por otra parte, es importante manifestar las principales situaciones por las que el médico puede verse denunciado ante el Ministerio Público por su actuar profesional.

Iatrogenia

Comprende los efectos nocivos, inevitables en la actuación profesional del médico y los medios que emplea; son las complicaciones que ocurren a pesar de haberse actuado con la debida técnica, diligencia, prudencia, con la observación de los reglamentos, por tanto, es no punible, es decir, no existe responsabilidad profesional médica.

Mala práctica o malpraxis

Consiste en el ejercicio inadecuado de la profesión, es la responsabilidad médica propiamente dicha, es generalmente culposa desde el punto de vista penal, es decir, se comete sin la intención de causar un daño. Comprende 4 eventualidades:

Impericia. Actuar con ausencia de conocimientos fundamentales.

Negligencia. Actuación perezosa, con falta de celo y constancia profesional.

Imprudencia. Actuar de manera temeraria o precipitada.

Inobservancia de reglamentos. Solamente abundaré que, en el estudio o investigación penal de un caso de mala práctica, la autoridad ministerial o judicial debe requerir de manera inmediata el expediente clínico a efecto de proteger que la información contenida pueda ser alterada, ya que esta información representa un importante valor tanto para el análisis de la autoridad como para el perito que vaya a emitir un dictamen sobre el caso.

También considero importante señalar que tiene importancia legal la conocida responsabilidad vicariante, es decir, la responsabilidad que un médico tiene por los actos realizados por otra persona o colega bajo su tutela, da como resultado que si un subalterno se excedió de lo autorizado por el superior, la responsabilidad será suya y no del médico tutor. También puede ser atribuible al médico tutor cuando las indicaciones generadas no estén acordes a la buena práctica, por lo que se sugiere que todas las instrucciones del médico tutor sean por escrito o, bien, queden plasmadas en el expediente médico del paciente.

Responsabilidad dolosa

Se define como la acción que lleva implícita la intención de hacer daño.

COMENTARIOS FINALES

En las investigaciones realizadas por el Ministerio Público a través de las carpetas de investigación y que resultan posteriormente vinculadas a un juez, es importante manifestar que generalmente se investiga si el médico o el equipo de médi-

cos cometió un delito imprudente de acción u omisión; los más frecuentes son los delitos de omisión, en cambio, son poco frecuentes las investigaciones por delitos dolosos.

Cabe señalar que no es una tarea fácil para los jueces determinar si un probable delito es de acción u omisión, ya que cuando recae una responsabilidad sobre un médico con frecuencia se investiga si el paciente recibió o no oportunamente el tratamiento médico que lo condujo a fallecer o a no impedir que el padecimiento o enfermedad evolucionara más allá de lo permitido.

De lo anterior se deduce que la existencia de un delito ha de fundarse en la certeza del hecho investigado y de las circunstancias objetivas y subjetivas exigidas por la norma jurídica. A la certeza se llega a través de la prueba pericial médica, por lo que recordemos que para señalar una responsabilidad, en este caso de un profesional de la medicina, el hecho debe ser probado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Código Penal Federal.
3. Código Nacional de Procedimientos Penales.

Aspectos jurídicos relevantes de los médicos residentes

Relevant legal aspects of resident doctors.

Víctor Hugo Olmedo-Canchola,¹ Germán Bazán-Miranda²

INTRODUCCIÓN

Realizar una residencia médica en México puede ser una travesía que marque definitivamente la vida de cualquier médico. Sin duda el sueño de muchos y la realidad de unos cuantos. A pesar de las carencias del Sistema Nacional de Salud en México, el médico residente tiene una amplia gama de posibilidades para cursar su especialidad médica, que incluyen los tres niveles de atención médica y algunas rotaciones en el extranjero.

Las residencias médicas en México se encuentran contextualizadas en un amplio marco jurídico, que debe ser conocido, aplicado y cumplido por las sedes que conforman el Sistema Nacional de Residencias Médicas para brindar mejores oportunidades de desarrollo profesional a cada médico residente.

Para comprender el marco normativo vigente que rige a las residencias médicas es importante contextualizar la historia de su origen y evolución.

ORIGEN Y DESARROLLO DE LAS RESIDENCIAS MÉDICAS

Desde 1906, los cursos de posgrado ya existían en forma errática, irregular y sin cronología; sin embargo, no fue hasta la primera residencia

¹ Médico cirujano, Facultad de Medicina de la UNAM. Internista con certificación nacional vigente. Maestro en Epidemiología Clínica, Facultad de Medicina de la UNAM. Investigador de la Facultad de Medicina de la UNAM. Coordinador de comités académicos en la División de Estudios de Posgrado Facultad de Medicina de la UNAM. Consejero titular del Consejo Mexicano de Medicina Interna. ² Coordinación de Subcomités Académicos, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM.

Correspondencia

Víctor Hugo Olmedo Canchola
victor.olmedo@fmposgrado.unam.mx

Este artículo debe citarse como:
Olmedo-Canchola VH, Bazán-Miranda G. Aspectos jurídicos relevantes de los médicos residentes. Med Int Méx 2023; 39 (Supl. 1): S20-S25.

en el Hospital General de México que su realización se hizo regular, ordenada y sistematizada.¹

Las primeras residencias médicas formales se iniciaron en el Hospital General de México en 1942, en las cuales se adoptaba el tradicional esquema de enseñanza tutelar de las especializaciones y la labor asistencial.² Al empezar a funcionar las residencias, los médicos permanecían en este puesto de uno a dos años y rotaban por Medicina Interna, Cirugía General, Ginecoobstetricia, Anatomía Patológica y Urgencias (residencia rotatoria).³

Hoy en día, el programa de residencias médicas se ha ampliado en extensión y en profundidad en forma considerable; su impacto ha sido notable, no es concebible en la actualidad el manejo de los hospitales que comprenden el Sistema Nacional de Salud sin médicos residentes; el entrenamiento de posgrado se ha agilizado y modernizado, la enseñanza de especialidades se ha facilitado y existen múltiples programas académicos que cuentan con el respaldo de las instituciones de educación superior.

El objetivo principal de una especialidad es profundizar en el dominio de conocimientos teóricos, técnicos y metodológicos en alguno de los aspectos o áreas de una disciplina profesional o de un campo de conocimiento, ampliando la capacitación profesional a través de un adiestramiento intensivo. Para concluir la especialidad debe realizarse un trabajo final individual de investigación (tesis), cuya modalidad varía de acuerdo con cada institución académica con la intención de obtener el grado de especialista.⁴

Por ejemplo, en la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), a través del Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) se forman médicos especialistas competentes en los diversos cam-

pos disciplinarios del saber y el quehacer de la medicina, capaces de desarrollar una práctica profesional de alta calidad científica, con un profundo sentido humanista y vocación social de servicio, que integren a su trabajo experto de atención médica las actividades de investigación y de educación.⁵

EL SER MÉDICO RESIDENTE

El médico general que decide realizar una residencia médica en México pasa por un arduo camino para llegar a ser médico residente, primero debe aprobar el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) y posteriormente el proceso de selección de la sede académica y curso de su elección. Este proceso implica estrés, frustración, problemas económicos, desgaste físico y emocional.⁶ Aunado a esto, para los residentes recién egresados, debemos agregar lo que concierne a presentar y aprobar el examen del consejo de la especialidad correspondiente, requisito indispensable para obtener la cédula profesional, esto con base en la reforma al Artículo 81 y 272 de la Ley General de Salud,^{7,8} vigente desde septiembre de 2011 y la tesis jurisprudencial emitida por la Suprema Corte de Justicia de la Nación número 2a./J. 4/2017 (10a.).⁹ Sin estos requisitos los especialistas recién egresados no podrán laborar en el campo de su especialidad.

Existe un marco normativo que especifica claramente los derechos y obligaciones de los médicos residentes y las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Residencias Médicas que deben observar y cumplir.

Las instituciones y dependencias que conforman el Sistema Nacional de Residencias Médicas para que puedan albergar cursos de especialización médica deben apegarse a un marco normativo vigente que incluyen: la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los Tratados Inter-

nacionales en materia de Derechos Humanos, la Ley General de Salud, la Ley Federal del Trabajo, Ley del IMSS, Ley del ISSSTE, Reglamentos, Normas Oficiales Mexicanas y circulares, entre otros, así como la legislación de la institución académica de nivel superior que otorga el aval académico.

Con base en la *Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas*, el residente es un “profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una residencia médica de tiempo completo”, en la que realiza estudios de posgrado en una de las sedes hospitalarias que integran el Sistema Nacional de Residencias Médicas.¹⁰

El mismo ordenamiento jurídico refiere que la residencia médica es el conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el médico residente dentro de las unidades médicas receptoras de residentes, durante el tiempo estipulado en los programas académico y operativos correspondientes.¹¹

Durante la implementación y desarrollo de las residencias médicas han surgido protestas de los médicos residentes por una problemática que se mantiene vigente hasta nuestros días, incluye diversos aspectos: académicos, económicos, jurídicos, de insumos e infraestructura que afectan su formación profesional y han suscitado diversos movimientos para luchar, proteger y salvaguardar por los derechos de los médicos residentes.

MOVIMIENTOS MÉDICOS EN PRO DE SUS DERECHOS

Uno de los movimientos más importantes se gestó entre 1964 y 1965 por los médicos re-

sidentes en el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE.³ El 26 de noviembre el director del hospital, el Dr. José Ángel Gutiérrez, confirmó la disposición de cancelar los aguinaldos, con el argumento de que eran becarios y no trabajadores de la institución, por lo que percibían becas y no salarios. El día 28 se inició el primer paro que duró 22 días. Al mismo tiempo, y para otorgar legitimidad a sus reclamos, los médicos formaron asociaciones, la Asociación Mexicana de Médicos Residentes e Internos (AMMRI) y la Alianza de Médicos Mexicanos (AMM). El Gobierno determinó el despido inmediato de 206 internos y residentes,¹² lo que originó que distintos hospitales se sumaran al movimiento, generando diversos paros y marchas en el país.

El movimiento más reciente se realizó el 9 de abril del 2019: los médicos residentes del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga realizaron una marcha pacífica para hacer notoria la falta de pago, entre otras inconformidades; derivado de esta manifestación se presentó en el Congreso de la Unión la iniciativa que incorporó a la Ley General de Salud en su artículo 88-bis¹³ el concepto de médico residente, definido actualmente en la *Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012*, donde se especifican como derechos mínimos la percepción de una remuneración, así como la asesoría y defensoría jurídica en caso de demandas o quejas por las acciones relacionadas con su desempeño en la institución de salud donde se realiza la residencia médica.

EL MÉDICO RESIDENTE COMO TRABAJADOR Y ESTUDIANTE

El residente, al estar debidamente acreditado por las instituciones de salud, cumple una doble función: trabajador temporal y estudiante de posgrado, como se establece en la Ley Federal del

Trabajo, artículo 353- letra A-I y en la Legislación Universitaria vigente.^{10,c}

^c Ley Federal del Trabajo. Capítulo XVI Trabajos de médicos residentes en período de adiestramiento en una especialidad.

Artículo 353-A. Para los efectos de este Capítulo, se entien- de por: I. Médico residente: El profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autori- dades competentes, que ingrese a una Unidad Médica Re- ceptora de Residentes, para cumplir con una residencia. II. Unidad Médica Receptora de Residentes: El establecimien- to hospitalario en el cual se pueden cumplir las residencias, que, para los efectos de la Ley General de Salud, exige la especialización de los profesionales de la medicina; y III. Residencia: El conjunto de actividades que deba cumplir un médico residente en período de adiestramiento; para realizar estudios y prácticas de posgrado, respecto de la dis- ciplina de la salud a que pretenda dedicarse, dentro de una Unidad Médica Receptora de Residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas.

Artículo 353-B. Las relaciones laborales entre los médicos residentes y la persona moral o física de quien dependa la Unidad Médica Receptora de Residentes se regirán por las disposiciones de este capítulo y por las estipulaciones contenidas en el contrato respectivo, en cuanto no las con- tradigan.

Artículo 353-C. Son derechos especiales de los médicos residentes, que deberán consignarse en los contratos que se otorguen, a más de los previstos en esta Ley, los siguientes: I. Disfrutar de las prestaciones que sean necesarias para el cumplimiento de la residencia; II. Ejercer su residencia hasta concluir su especialidad, siempre y cuando cumplan con los requisitos que establece este capítulo.

Artículo 353-D. Son obligaciones especiales del médico residente, las siguientes: I. Cumplir la etapa de instrucción académica y el adiestramiento, de acuerdo con el pro- grama docente académico que esté vigente en la Unidad Médica Receptora de Residentes; II. Acatar las órdenes de las personas designadas para impartir el adiestramiento o para dirigir el desarrollo del trabajo, en lo concerniente a aquél y a éste; III. Cumplir las disposiciones internas de la Unidad Médica Receptora de Residentes de que se trate, en cuanto no contraríen las contenidas en esta Ley; IV. Asistir a las conferencias de teoría, sesiones clínicas, anatomoclí- nicas, clinicorradiológicas, bibliográficas y demás activida- des académicas que se señalen como parte de los estudios de especialización; V. Permanecer en la Unidad Médica Receptora de Residentes, en los términos del artículo si- guiente; y VI. Someterse y aprobar los exámenes periódicos de evaluación de conocimientos y destreza adquiridos, de acuerdo con las disposiciones académicas y normas admi- nistrativas de la Unidad correspondiente.

Artículo 353-E. Dentro del tiempo que el médico residente debe permanecer en la Unidad Médica Receptora de Resi- dentes, conforme a las disposiciones docentes respectivas, quedan incluidos, la jornada laboral junto al adiestramien- to en la especialidad, tanto en relación con pacientes como en las demás formas de estudio o práctica, y los periodos para disfrutar de reposo e ingerir alimentos.

Artículo 353-F. La relación de trabajo será por tiempo de- terminado, no menor de un año ni mayor del periodo de

Desde 1977, la Ley Federal del Trabajo recono- ció a los médicos residentes como trabajadores, ya que la relación del residente con la unidad médica en la que participa tiene naturaleza laboral, con características especiales, y el adiestramiento para lograr una especialidad (carácter de alumno), sin disolver el vínculo que tiene como trabajador. Además, existe el elemento esencial que identifica las relacio- nes de trabajo, esto es, la subordinación en la prestación del servicio, pues los médicos residentes tienen una jornada, un salario, así como la obligación de acatar órdenes y cumplir con los deberes que les son impuestos, tanto laborales como académicos.¹⁴ Por tanto, el mé- dico residente es un médico general que estará laborando en un área médica específica, bajo la subordinación del jefe de servicio y médicos adscritos, realizando actividades clínicas o quirúrgicas propias de la especialidad y cuyo contrato laboral terminará cuando finalice su residencia. Por otro lado, es también un alum- no de posgrado, a cargo de un profesor titular y adjunto que en conjunto con la plantilla de profesores colaboradores serán los responsa-

duración de la residencia necesaria para obtener el certi- ficado de especialización correspondiente, tomándose en cuenta a este último respecto las causas de rescisión seña- ladas en el artículo 353-G. En relación con este capítulo, no regirá lo dispuesto por el artículo 39 de esta Ley.

Artículo 353-G. Son causas especiales de rescisión de la relación de trabajo, sin responsabilidad para el patrón, además de la que establece el artículo 47, las siguientes: I. El incumplimiento de las obligaciones a que aluden las fracciones I, II, III y VI del artículo 353.D; II. La violación de las normas técnicas o administrativas necesarias para el funcionamiento de la Unidad Médica Receptora de Resi- dentes en la que se efectúe la residencia; y III. La comisión de faltas a las normas de conducta propias de la profesión médica, consignados en el Reglamento Interior de Trabajo de la Unidad Médica Receptora de Residentes.

Artículo 353-H. Son causas de terminación de la relación de trabajo, además de las que establece el artículo 53 de esta Ley: I. La conclusión del Programa de Especializa- ción; II. La supresión académica de estudios en la espe- cialidad en la rama de la Medicina que interesa al médico residente.

Artículo 353-I. Las disposiciones de este capítulo no serán aplicables a aquellas personas que exclusivamente reciben cursos de capacitación o adiestramiento, como parte de su formación profesional, en las instituciones de salud.

bles de su formación y deberá cumplir con las actividades asistenciales, de docencia y de investigación inherentes a su especialidad.

Es importante señalar que, derivado de las jornadas laborales extenuantes de los residentes, trabajando hasta 36 horas continuas, en 2018 se presentó la iniciativa de proyecto de Decreto que reforma y adiciona el artículo 353-E de la Ley Federal del Trabajo y adiciona un segundo párrafo al artículo 87 y un tercero al artículo 95 de la Ley General de la Salud, por el Partido Acción Nacional en el Congreso de la Unión,¹⁵ con la intención de regular las jornadas laborales, proteger los derechos humanos y evitar afectaciones en la salud de los residentes.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS Y RESIDENCIAS MÉDICAS

El 18 de octubre de 1983 se creó la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud la cual, a través de su Comité de Enseñanza de Posgrado y Educación Continua, se encarga de coordinar todo lo relativo a la formación de médicos especialistas. Asimismo, las autoridades sanitarias, en el intento de organizar y sistematizar el funcionamiento de las residencias médicas, han emitido diversos ordenamientos jurídicos para tal fin, el primero de ellos fue la *Norma Técnica número 76* para la organización y funcionamiento de las residencias médicas, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de diciembre de 1986;¹⁶ posteriormente en sustitución de esta norma, el 22 de septiembre de 1994, conforme al artículo 47 fracción III de la Ley Federal de Metrología y Normalización, con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, se publicó en el Diario Oficial de la Federación la *Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994*¹⁷ para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

En aras de seguir protegiendo los derechos del médico residente y mejorando el funcionamiento de las residencias médicas, se realizó una actualización en la normatividad y se publicó el 4 de enero de 2013, en el Diario Oficial de la Federación, conforme al artículo 47 fracción III de la Ley Federal de Metrología y Normalización, con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, la *Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas*.¹¹

Ante la problemática de los médicos residentes, actualmente se encuentra en la etapa de comentarios el *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-001-SSA3-2018, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica*, que se publicó el 23 de noviembre de 2018 en el Diario Oficial de la Federación,¹⁸ en el que se hace mención especial sobre la jornada y guardias de los médicos residentes y pondera la condición de becarios sobre la de trabajadores, entre otros puntos.

CONCLUSIONES

Con el marco normativo vigente se procura, en todo momento, proteger al médico residente, para evitar problemas de responsabilidad profesional durante su formación médica, por tanto, en su adiestramiento siempre debe estar acompañado por sus profesores o médicos adscritos al realizar sus actividades académicas, clínicas, asistenciales o quirúrgicas. En caso de incurrir el médico residente en responsabilidad legal derivado de un acto médico, deberá considerarse su actuación y la preparación con base en el grado de residencia.

Un reto en la formación de los médicos residentes es cumplir con la obligación de proteger el bienestar y la privacidad de los pacientes, debido

al uso indiscriminado de las redes sociales para compartir información privada, con la intención de evitar problemas éticos y legales entre los pacientes, los médicos residentes y las instituciones formadoras de especialistas.

El proyecto de *Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-001-SSA3-2018, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica*, cuando sea publicada, como todo ordenamiento jurídico, deberá estar apegada a los tratados internacionales en materia de derechos humanos y respetar principalmente los derechos relativos a educación, salud y trabajo de los médicos residentes.

Actualmente, las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Residencias Médicas deben estar preparadas, ante el incremento de plazas para médicos residentes, con la infraestructura adecuada, insumos y campos clínicos suficientes, planes de estudio y programas académicos vigentes y profesores capacitados para brindarles una formación profesional de calidad y egresar especialistas altamente capacitados.

REFERENCIAS

1. Quijano-Pitman F. Origen y desarrollo de las residencias hospitalarias. *Gac Méd Méx* 1999; 135 (1).
2. Fajardo G, Graue E, Kershenobich D, Vilar P. Desarrollo de las especialidades médicas en México. México: Alfíl, 2012.
3. Rivera H. Historia de la Residencia Médica en el Hospital General de México de 1941 a 1988. *Rev Méd Hosp Gen Méx* 2007; 70 (1): 43-46.
4. Maestría o Especialidad, ¿Qué estudiar? | OLA (observatoriolaboral.gob.mx), consultado el 12 de octubre de 2021, disponible en https://www.observatoriolaboral.gob.mx/static/preparate-empleo/Maestria_especialidad.html.
5. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. (2013) Plan Único de Especializaciones Médicas. Recuperado el 12 de octubre de 2021 de https://www.posgrado.unam.mx/oferta/planes/e2/puem_tomo_i.pdf.
6. Rodríguez L, Ramírez J. ¿Tenemos claro lo que es la residencia médica? *Acta Médica del Grupo Ángeles* 2016; 14 (3): 183-184.
7. Ley General de Salud. Consultada el día 12 de octubre de 2021. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf.
8. CONACEM. Consultada el día 13 de octubre de 2021. Disponible en <https://conacem.org.mx/index.php/marco-juridico/cedula-de-medico-especialista-el-articulo-81-ultimo-parrafo-de-la-ley-general-de-salud>.
9. Suprema Corte de Justicia de la Nación, Registro digital: 2013495, Instancia: Segunda Sala, Décima Época, Materias(s): Constitucional, Laboral, Tesis: 2a./J. 4/2017 (10a.), Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 38, Enero de 2017, Tomo I, página 490, Tipo: Jurisprudencia.
10. Olmedo-Canchola VH, Bazán-Miranda G, Torres-Carrillo J, Ramírez-Tejeda M y col. Los médicos residentes de la UNAM, piezas clave frente a la pandemia por COVID-19. *Med Int Méx* 2020; 36 (6): 841-851. <https://doi.org/10.24245/mim.v36i6.4594>.
11. DOF. NOM-001-SSA3-2012. Consultado el 13 de octubre de 2021. Disponible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013.
12. Gutiérrez C. El movimiento médico en México (1964-1965). ¿Qué pasa medio siglo después? *Gac Méd Méx* 2016; 15: 124-134.
13. Cámara de Senadores Honorable Congreso de la Unión. Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se adicionan los artículos 88 Bis 1 y 88 Bis 2 a la Ley General de Salud. Consultado el día 14 de octubre de 2021. Disponible en https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/1/2019-04-30-1/assets/documentos/Dic_Medicos_Residentes.pdf.
14. Registro digital: 2013538, Instancia: Segunda Sala, Décima Época, Materia(s): Común, Laboral, Tesis: 2a./J. 2/2017 (10a.), Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 38, Enero de 2017, Tomo I, página 608, Tipo: Jurisprudencia.
15. Secretaría de Gobernación. Proyecto Iniciativa de Decreto que reforma y adiciona el artículo 353-E de la Ley Federal del Trabajo y adiciona un segundo párrafo al artículo 87 y un tercero al artículo 95 de la Ley General de la Salud. Consultada el día 14 de octubre de 2021. Disponible en http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2019/05/asun_3879372_20190529_1559168484.pdf.
16. DOF. Norma técnica número 76. Consultado el 14 de octubre de 2021. Disponible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4822918&fecha=16/12/1986&print=true#:~:text=Secretar%C3%ADa%20de%20Salud-,NORMA%20T%C3%A9cnica%20n%C3%BAmero%2076%20para%20la,Funcionamiento%20de%20las%20Residencias%20M%C3%A9dicas.&text=ARTICULO%201.&text=%20Unidad%20m%C3%A9dica%20receptora%20de%20residentes,para%20fungir%20como%20unidad%20docente.
17. DOF. NOM-090-SSA1-1994. Consultado el 14 de octubre de 2021. Disponible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4691683&fecha=29/04/1994.
18. DOF. PROY-NOM-001-SSA3-2018. Consultado el 14 de octubre de 2021. Disponible en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5544617&fecha=23/11/2018.

Medicina basada en evidencia jurídica

Medicine based on legal evidence.

Alejandra Y Romo Dávila

Para poder hablar de medicina basada en evidencia jurídica debemos hacer referencia a dos conceptos básicos y que resultan indispensables para la debida comprensión de lo que está sucediendo hoy en día al gremio médico y profesionales de la salud en general.

El primer concepto que vamos a abordar es el de responsabilidad profesional según el artículo 228 en relación con el 229 y 230 del Código Penal Federal vigente¹ y que a la letra dice:

“Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre ejercicio profesional, en su caso:

- I. Además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados según sean dolosos o culposos, se les aplicará una suspensión de un mes a 2 años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia; y
- II. Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquellos.

Artículo 229. El artículo anterior se aplicará a los médicos que habiendo otorgado responsiva para hacerse cargo de la atención de un lesionado

Licenciada en Derecho con Especialidad y Maestría en Derecho Penal y Maestría en juicios orales por la Facultad de Derecho de la Universidad Tecnológica de México UNITEC SC. Diplomada en el Instituto Nacional de Ciencias Penales en Ciencias Penales, Averiguación Previa, Responsabilidad Médica Profesional, Amparo Penal, Psicología Criminal, Destrezas del Litigio y Estrategias en Procesos Penal Acusatorio. Asesora Jurídica durante la LXIII y LXIV Legislaturas de la H. Cámara de Diputados. Recibió el reconocimiento de excelencia por la asesoría y defensa del Colegio de Medicina Interna de México en 2010. Asesora Jurídica permanente en sociedades, asociaciones y colegios médicos en el país. Fundadora y directora general del Instituto Nacional de la Defensa Médica. Profesora titular de la Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle.

Correspondencia

Alejandra Y Romo Dávila
a.romo@inademm.org.mx

Este artículo debe citarse como:

Romo-Dávila AY. Medicina basada en evidencia jurídica. Med Int Méx 2023; 39 (Supl. 1): S26-S30.

o enfermo lo abandonen en su tratamiento sin causa justificada, y sin dar aviso inmediato a la autoridad correspondiente.

Artículo 230. Se impondrá prisión de tres meses a dos años, hasta cien días multas y suspensión de tres meses a un año a juicio del juzgador, a los directores, encargados o administradores de cualquier centro de salud, cuando incurran en alguno de los casos siguientes:

- I. Impedir la salida de un paciente, cuando éste o sus familiares lo soliciten, aduciendo adeudos de cualquier índole.
- II. Retener sin necesidad a un recién nacido, por los motivos a que se refiere la parte final de la fracción anterior.
- III. Retardar o negar por cualquier motivo la entrega de un cadáver, excepto cuando se requiera orden de autoridad competente.

La misma sanción se impondrá a los encargados o administradores de agencias funerarias que retarden o nieguen indebidamente la entrega de un cadáver, e igualmente a los encargados, empleados o dependientes de una farmacia, que al surtir una receta sustituyan la medicina, específicamente recetada por otra que cause daño o sea evidentemente inapropiada al padecimiento para el cual se prescribió.”

Ahora bien, una vez especificado lo anterior es menester tener claro el tipo de conductas en las que puede incurrir cualquier profesional de la salud sin darse cuenta, es más, sin siquiera saber que existen. Es por ello que debemos hacer hincapié en un principio general de derecho que resulta básico explicar para todo profesional de la salud y que reza “*ignorantia iuris non excusat*”: la ignorancia de la ley no me exime de su cumplimiento, esto es, el médico que incurra en una conducta tipificada como delictiva y que no sepa que consiste en un delito, al igual que

cualquier otro ciudadano mexicano será sujeto al procedimiento penal correspondiente; así como al procedimiento civil o administrativo que se pudiera iniciar por haber incurrido en hechos considerados ilegales, verbigracia, el ostentarse como médico o especialista en alguna rama de la medicina sin serlo.

Según la Real Academia Española (RAE),² médico es la persona legalmente autorizada para ejercer la medicina.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS),³ la medicina es la suma de conocimientos, técnicas y prácticas fundamentadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas que se utilizan para mantener la salud tanto física como mental.

Una vez manifestado lo anterior, resulta importante hacer hincapié en que la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) en 1996 resulta un parteaguas por lo que hace a la visión y concepción que la sociedad civil asume respecto al profesional de la salud, ya que dicha comisión surge por decreto de creación en el Diario Oficial de la Federación para dirimir las controversias que se suscitan entre el personal de salud y los pacientes, es decir, que el profesional de la salud deja de ser la autoridad que representaba en décadas anteriores frente al paciente y sus familiares y se convierte en un simple prestador de servicios de salud y con ello transforma a su vez al paciente en el usuario de dicho servicio que por derecho tiene la facultad de cuestionar en todo momento respecto al actuar y resultado de quien presta el multimencionado servicio (médico), así como su nivel de conocimiento.

Es bien sabido que la comisión mencionada en líneas precedentes es quien promulga la Carta de los Derechos del Paciente,⁴ no así la carta de los Derechos del Médico dejando con ello

ver, desde mi personal perspectiva, que existe una flagrante parcialidad hacia los intereses del usuario del servicio, mas no así cuando dicho usuario comete una conducta que pudiera, inclusive, tipificarse como delictiva en contra del prestador del servicio de salud.

A partir de ese momento en específico es que comienzan también a iniciarse en materia civil, penal y administrativa controversias por demandas, denuncias y quejas sucesivamente debido a la tan trillada y explotada hoy en día negligencia médica; de igual manera, ante la persecución de la que es víctima el profesional de la salud comienzan a surgir empresas que refieren defender o proteger a cualquier médico en el ejercicio de su profesión sin contar con la debida experiencia en el tema por ser una materia poco explorada del Derecho, aunando a lo anterior la regulación excesiva de quien ejerce o tiene que ver con los servicios de salud, ya sea en materia pública o privada, lleva al personal de salud a ejercer en un total y absoluto estado de indefensión la ya tan conocida medicina defensiva.

Con el transcurso de los años la incidencia respecto a la demanda del paciente o sus familiares contra el médico ha sufrido un crecimiento exponencial en el que las estadísticas⁴ manejan que, hoy en día, 10 de 10 profesionales de la salud serán en algún momento de su ejercicio profesional sometidos al escrutinio y juicio no solo de quienes tienen a su cargo la procuración y administración de justicia, sino de la sociedad civil en general, dejando con ello la puerta abierta a que los usuarios de un sistema de salud colapsado abusen y saturen en el área médica los mecanismos establecidos dentro del Derecho Procesal Mexicano para la solución de controversias, lo anterior como consecuencia de la ignorancia que caracteriza a los servidores públicos mencionados en líneas precedentes y que dicho sea de paso y desde mi particular punto de vista, resulta lo más conveniente para

todo profesional de la salud, ¿por qué?, simple, porque “el peor enemigo del médico es otro médico”, paradigma que rige esta profesión desde hace ya casi tres décadas y que, mientras no sea erradicado, continuará siendo el principal motivo de las controversias médico-legales cuya finalidad principal es el beneficio económico para el paciente o los familiares que hayan sufrido un supuesto daño derivado de la atención médica brindada a nivel público o privado.

El artículo cuarto constitucional⁵ marca de forma indubitable el derecho humano que tiene todo mexicano a la protección de la salud, precepto jurídico que no se toma en consideración al momento de brindar atención médica a nivel público o institucional, lo anterior toda vez que es obligación del Estado proveer y contar con el recurso material y humano suficientes para proporcionar una atención médica de calidad apeguándose a lo dispuesto por el artículo mencionado, hechos que resultan no sabidos y no conocidos por el paciente o sus familiares para quienes, a su vez, resulta sumamente fácil presentar una inconformidad por cualquier vía en contra de los encargados de brindar la atención médica y que no son responsables de la falta de insumos y personal a nivel institucional, ya que a quien debe reclamarse la reparación del daño y el incumplimiento a la protección de la salud como un derecho humano es al Estado mexicano, es decir, al Ejecutivo, que es quien fija las partidas presupuestarias para los servicios de salud.

Entre todos los derechos establecidos en la Carta de los Derechos del Médico hay uno que resulta, por mucho, más relevante que los demás y es el que reza que todo médico debe tener un trato digno, derecho violentado todos los días por los pacientes que creen que su figura es parecida a la del patrón del profesional de la salud al momento de solicitar, exigir, demandar e inclusive amenazar por requerir la atención del médico en

consulta externa o también llamado de primer contacto quien, a pesar del trato, es obligado por sus superiores a proporcionar dicha consulta de manera impecable, motivo por el cual día a día se devalúa aún más la profesión médica, profesión que debe ser de inmediato dignificada por las nuevas generaciones haciendo valer en todo momento sus derechos, comenzando por el más importante, un trato digno y respetuoso, mismo que merecen por el conocimiento adquirido a través de los años de estudio, así como el internado, servicio social, aprobación del examen nacional de residencias médicas, realización de la residencia médica y lo que conlleva el hacerla en un país como México, con el trato y condiciones que trae aparejado a pesar de encontrarse dichas residencias reguladas por lo dispuesto en la *Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012*,⁶ *Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de las residencias médicas*, condiciones que el paciente y sus familiares desconocen al momento de solicitar cualquier tipo de atención médica y que a su vez es obligación de cada uno de los integrantes del sistema de salud hacerle ver e informar, en todo momento que ustedes, como parte de esta tríada (médico, paciente y sistema de salud) en el sistema de salud, no son corresponsables de la posibilidad de atención ante problemas que se escapan de su ejercicio directo, como la existencia de insumos, el número de médicos tratantes, la disposición de camas o espacios para diagnóstico o cirugías, independientemente de que, sin duda, se trata de un derecho humano, demandando con ello un servicio de salud de calidad ya que contribuye, tratándose de una relación obrero-patronal (según la institución) al acceso absoluto a todos los niveles hospitalarios con los que se cuenta en el país.

En ese orden de ideas, resulta indispensable hablar de igual manera del sistema de salud a nivel privado, sistema que no está exento al momento de violentar los derechos del profesio-

nal de la salud, siendo con mayor frecuencia el derecho que tienen a cobrar un honorario justo por los servicios realizados dejando en manos de las aseguradoras, que ni idea tienen de la materia y su formación, la responsabilidad de establecer lo que van a percibir por el servicio brindado, mas no lo que deben percibir por el nivel de estudios realizados y la capacidad que tienen para proporcionar una medicina asertiva que resuelve la problemática del paciente en la mayoría de los casos. Resulta lamentable que, cuando se presenta una demanda, denuncia o queja haciendo alusión a las vías civil, penal y administrativa por las que puede ser perseguido un profesional de la salud, los hospitales privados se dediquen cínicamente a trasladar la responsabilidad de la que son parte al médico que otorgó la atención al paciente que demanda, sin observar que existe hoy en día una postura por parte de la Suprema Corte de Justicia de la Nación llamada jurisprudencia, en la que se le adjudica a dichos hospitales una responsabilidad solidaria en caso de darse una sentencia condenatoria al profesional de la salud por una supuesta negligencia médica, esto es, que no solo el médico tendrá que cubrir la reparación del daño correspondiente, también lo hará en la misma proporción el nosocomio en el que se haya dado la atención médica que desencadenó la controversia con el paciente o sus familiares, erradicando la mala fe en la que incurrierán al trasladar la responsabilidad absoluta al médico con dicho criterio.

En una etapa como la que estamos viviendo hoy en día en donde reina la incertidumbre y la crisis económica aunada a la también crisis en materia de salud por un sistema colapsado ante una pandemia sin precedentes que está afectando a nivel mundial, resulta de suma relevancia que cada uno de los que colaboran dentro del área de la salud sepan cómo se pueden defender frente a las controversias mencionadas en líneas precedentes y hasta dónde pueden llegar siendo

conscientes que antes de ser profesionales de la salud, son ciudadanos mexicanos con derechos y obligaciones que se deben hacer valer en todo momento.

Es un hecho que los profesionales de la salud no saben qué hacer ante una falta de equipo de protección personal, no saben cómo llenar una nota médica según la Norma Oficial Mexicana 004 del expediente clínico,⁷ mucho menos un consentimiento informado, desconociendo con lo anterior el valor que tienen dichos documentos frente a cualquier autoridad que se los requiera. En términos prácticos y sencillos no saben simplemente cuál es la normatividad o cuál es la legislación aplicable a la materia, es decir, cuál es la legislación que va a regir su ejercicio como profesional de la salud.

La Constitución Política es muy clara respecto a los derechos humanos que les asisten no como profesionales de la salud, sino como ciudadanos mexicanos, ejemplo de lo anterior es lo que sucedió al principio de la pandemia en 2020 durante el segundo trimestre del año los profesionales de la salud, en general, estaban siendo explotados laboral y emocionalmente trayendo consecuencias; después de 2 años todavía desconocemos el efecto que tendrán en dichos profesionales de la salud dicha explotación y abusos, sin contar a todos los que

perecieron durante la crisis de la pandemia por SARS-CoV-2.

Para concluir solo me resta invitarles a hacer valer sus derechos, a romper paradigmas y con ello dejar de ser su peor enemigo. Hoy en día cualquiera puede ser susceptible de vivir una detención, como tantas que se han visto últimamente; la unión hará que se dé un cambio razonable en la legislación mexicana y de igual manera el ejercicio de una medicina responsable, así como la demanda al paciente que hace escarnio con su nombre, será determinante para que cada profesional de la salud salvaguarde lo más importante que posee, su honorabilidad y prestigio profesional, sin mencionar la estabilidad económica y psicológica de todo su entorno familiar.

REFERENCIAS

1. Código Penal Federal vigente.
2. Diccionario de la Real Academia Española.
3. www.oms.org.
4. www.conamed.gob.mx.
5. bis-www.conamed.gob.mx.
6. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos vigente.
7. Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de las residencias médicas.
8. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.

La importancia de la bioética en el análisis interdisciplinario del error médico

The importance of bioethics in the interdisciplinary analysis of medical error.

Martha Patricia Hernández-Valdez

La salud ha sido señalada por organismos internacionales como un elemento fundamental del progreso social y reconocimiento de la dignidad humana, teniendo en cuenta que todos y cada uno de los individuos son sujetos de su protección (a saber: el personal de salud, los pacientes y los miembros de la familia involucrados). Por ello, para hablar de la importancia de la bioética en el análisis interdisciplinario del acto médico, se hace referencia al fenómeno de la centralización de la persona en el ámbito de las ciencias de la salud.

En primera instancia, el acto médico se refiere a lo que el profesional de la medicina ejerce en el desempeño de su profesión frente al paciente, su familia, la sociedad y otros miembros del personal de salud. Lo anterior engloba, desde luego, todas y cada una de las disposiciones que realiza en cualquier momento de su actuación, a saber; prevención, diagnóstico, tratamiento, pronóstico y rehabilitación. Dicho acto se reconoce en el momento en el que el médico aplica de forma reiterada el conocimiento científico actualizado a un momento determinado, siendo entonces pertinente (adecuado en el tiempo) e idóneo (que funciona o crea un progreso en el estado de salud del paciente^a).

^a Es importante comprender que el progreso no siempre significa la cura para los pacientes, sino una mejoría en torno a su salud desde el punto de vista integral o en alguno de sus aspectos: biológico, psicológico, social y espiritual.

Doctora en Bioética por la Universidad Anáhuac México. Presidenta del capítulo Estado de México de la Academia Nacional Mexicana de Bioética. Profesora de pregrado y posgrado en Bioética en la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac. Coordinadora de la Maestría en Estudios de Bioética de la Universidad Anáhuac México Norte. Secretaria Académica de la Academia Nacional Mexicana de Bioética, AC.

Correspondencia

Martha Patricia Hernández Valdez
martha.hernandez@anahuac.mx

Este artículo debe citarse como: Hernández-Valdez MP. La importancia de la bioética en el análisis interdisciplinario del error médico. Med Int Méx 2023; 39 (Supl. 1): S31-S34.

Otra de sus características es, por supuesto, el sustrato ético bajo el cual se enmarca la práctica profesional, de ahí que surjan los diferentes y complejos dilemas en el mundo de la medicina, mismos que han sido estudiados y analizados desde el nacimiento de esta ciencia y, a pesar de que en muchas ocasiones grandes transgresiones a dichos elementos éticos han tenido lugar, en general se ha deseado el bien de la persona en la que incide el acto médico.

De acuerdo con Athié-Gutiérrez y Dubón-Peniche (2020), las intervenciones médicas tienen un propósito específico, que obedece al hecho de beneficiar integralmente a los pacientes; empero, dado que la medicina no es una ciencia exacta, existe la posibilidad de causar daño, ya que la dinámica compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que conforman el sistema moderno de prestación de servicios de atención médica conlleva riesgos relacionados con sucesos desfavorables. En este sentido, se entiende al error médico como una equivocación (en la cual no existe intención) de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico y que causa una situación adversa en el estado de salud del paciente (Aguirre-Gas y Vázquez-Estupiñán, 2006).

En concordancia, el desarrollo profesional del médico se encuentra sujeto a la reflexión, deliberación de programas normativos y de políticas públicas para la resolución de conflictos que surgen en la práctica. Para cumplir este objetivo, la bioética ha surgido como el estudio sistemático de la conducta humana en las ciencias de la vida y de la salud, a la luz de los valores y de los principios morales (Reich, 1978), proponiéndose como un puente entre las ciencias de la salud y las ciencias humanas, fundamentando la vida y la dignidad como eje rector de la actuación profesional (Gorczyca, 2020). Mucho se ha especulado sobre la diferencia entre la ética médica y la bioética cuando se estudia el error

médico: la primera acepción hace referencia a un conjunto de patrones morales, aplicados a la medicina y sus especialidades (es decir, enfocados al actuar de los miembros de las ciencias de la salud), mientras que el segundo concepto (cuya definición ha sido ya señalada) se focaliza en quien recibe la atención a su salud, por parte de cualquier agente de cambio que ejerza una ciencia o disciplina, además de tomar en cuenta a los demás individuos que intervienen en esta interacción.

Así, se ha propuesto que el campo de estudio en la bioética es integral, holístico y multi-nivel cuando hablamos de la protección a la salud, a través de cuatro principios fundamentales (Hincapié Sánchez y Medina Arellano, 2019):

- a. Principio de no maleficencia. Considerado el más importante, hace hincapié en que la actuación profesional pretende, por sobre todas sus conductas, no hacer daño alguno de forma directa o indirecta, inmediata o mediata.
- b. Principio de beneficencia. Estrechamente relacionado con el anterior, señala que la intención del profesional es generar un beneficio a la persona en la cual se realiza el acto. Aunque parecería evidente esta premisa, la realidad práctica sugiere que no lo es, ya que muchos métodos de diagnóstico y tratamientos médicos poseen efectos adversos y pueden resultar fatales en ocasiones, configurando un verdadero dilema bioético.
- c. Principio de autonomía. Subraya el derecho y la obligación del paciente a decidir sobre los actos que se practicarán en su propio cuerpo, tomando en cuenta su salud física, psicológica, social y espiritual. Existen muchas herramientas para salvaguardar este principio,

por ejemplo, el acto de consentimiento informado^b.

- d. Principio de justicia. Apremia a todos los involucrados en la atención a la salud, a tratar a cada paciente como corresponde, sin más ni menos atributos con base en sus condiciones humanas (religión, sexo, estatus social, estatus económico, estatus laboral, afiliación política).

Como ya se ha mencionado, aunque estos principios parecieran a primera vista inherentes y adheridos a toda práctica en el ámbito médico, en muchas ocasiones no es así: en efecto, al tratar constantemente con seres humanos complejos, la toma de decisiones no se encuentra en el plano de la obviedad o sencillez, provocando el error. En este contexto, es indudable que la bioética se presenta como una herramienta para mejorar cualquier actuación en las ciencias de la vida y de la salud, ya que su naturaleza interdisciplinaria se enfoca en el estudio de un problema complejo (la salud del ser humano) a través de una metodología sistemática en la que intervienen –principalmente– la Medicina, la Filosofía y el Derecho, dotando de integridad el análisis y reflexión que auxilia la toma de decisiones.

Un acto médico apegado a los principios bioéticos siempre favorece la búsqueda incansable del bien; es decir, a las decisiones que se toman en pro del desarrollo biológico, psicológico, social y espiritual del paciente, de la familia y de la sociedad. A través de la naturaleza de esta interdisciplina, se advierte que la capacidad de razonar de manera práctica para resolver los dilemas relacionados con el error médico, bajo el supuesto de que cada caso es único y debe

^b Se establece al consentimiento informado como un *acto* y no como un *documento*, ya que hace referencia a la transmisión escrita, verbal y emocional que exige (además de conocimiento científico y técnico) una actitud e información adecuada, completa y suficiente sobre el significado, procedimiento, riesgos beneficios y alternativas personalizadas sobre un procedimiento y/o tratamiento médico.

estudiarse de este modo, debe establecerse como método de validación. Por tanto, es menester que el personal de salud tenga presente en todo momento que la función que ha de desempeñar no se encuentra constreñida en su persona, sino que existe una función social en beneficio de su comunidad, contribuyendo a la deliberación de las causas y consecuencias del error médico.

De esta forma, conocer y comprender la bioética trasciende en el tema de la protección a la salud, robustecido de complicaciones que incluso pueden no ser atribuibles al personal (pero sí a políticas públicas, institucionales, situación económica del país y decisiones autónomas de los mandatarios en cuanto al uso de tecnología y fondos monetarios destinados a la investigación), pero que sin duda afectan a la población a nivel comunitario, nacional e internacional. Por ello, se ha especificado que un bioeticista no solo auxilia en materia de salud, sino que también puede observar, vigilar y determinar la existencia de un error médico (Hernández-Valdez, 2020; Hernández Valdez, 2018).

Finalmente, se visualizan un sinnúmero de actuaciones consideradas errores médicos en los tiempos actuales, a razón de la pandemia causada por SARS-CoV-2, por lo que se sugiere un estudio profundo sobre lo que se ha mencionado en estas líneas, a razón de dilucidar las implicaciones bioéticas de una emergencia sanitaria de este nivel apegándose a los principios de precaución y prevención que apoyen (y no entorpezcan ni antagonicen) la actuación de los profesionales de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre-Gas HG, Vázquez-Estupiñán F. El error médico. *Eventos adversos. Cirugía y Cirujanos* 2006; 74 (6): 495-503.
2. Athié-Gutiérrez C, Dubón-Peniche MC. Valoración ética de los errores médicos y la seguridad del paciente. *Cir Cir* 2020; 88 (2): 219-232.
3. García E. Error en medicina, una reflexión bioética. *CONAMED, Campeche*. México. 2018; 23: s40-s45.

4. Gorczyca SJ. El personalismo transfenomenológico de Karol Wojtyła. *Persona & Cultura* 2020; 17: 29-47.
5. Hernández-Valdez MP, Martínez-García A. Emergencia sanitaria: Implicaciones biojurídicas. *Revista Tiempo de Derechos, Fundación Aguirre Azuela* 2020; 30 (3). <http://www.tiempodederechos.mx/revista-no-30/>
6. Hernández-Valdez MP. El peritaje en materia de Bioética: la importancia de la interdisciplina en el discernimiento de la atención a la salud. *Revista Bioética y Salud de la Comisión de Bioética del Estado de México* 2018.
7. Hincapié-Sánchez J, Medina-Arellano M. Bioética: teorías y principios, enseñanza transversal en bioética y bioderecho, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, Ciudad de México, México. 2019. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/13/6006/1.pdf>
8. Muracciole B. El error en la medicina y sus consecuencias. *Error en la Medicina y Bioética*. (B. Aires): Muracciole B, 2015: 40-43. <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2015/04/Ninos-256-completo-WEB-40-44.pdf>.
9. Reich WT. *Encyclopedia of Bioethics*. USA: The Free Press, 1978.
10. Rovelo J. Moral, ética y bioética. Un punto de vista práctico. *Revista de Medicina e Investigación* 2015; 3: 79-84. DOI: 10.1016/j.mei.2015.02.007.

Objeción de conciencia sanitaria, una necesidad de profesionales de la salud íntegros

Health conscientious objection, a need for honest health professionals.

Agustín Antonio Herrera-Fragoso^a

INTRODUCCIÓN

“Si el pensamiento no sufriera desviaciones irracionales, no hubiera sido necesario crear... método[s]... los cuales... permiten mantener la objetividad”

EDUARDO NICOL

El 11 de mayo de 2018 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación una reforma al artículo 10 bis de la Ley General de Salud (LGS), situación que generó que la Comisión Nacional de Derechos Humanos presentara un recurso de inconstitucionalidad el 11 de junio de 2018, por violar derechos humanos (presuntivamente). El 13 y 20 de septiembre de 2021 la acción de inconstitucionalidad 54/2018 fue resuelta por la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), donde reconoce la objeción de conciencia como derecho; sin embargo, considera que la reforma establece la objeción de conciencia de forma amplia, limitándola únicamente cuando se pusiera en riesgo la vida del paciente o se

Licenciado, Maestro y Doctor en Derecho. Especialista en derechos humanos por la Universidad Complutense de Madrid, España. Doctor en Bioética por la cátedra de la UNESCO Madrid, España. Investigador en Bioética y del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla. Catedrático en la UNESCO en Roma, Italia.

Correspondencia

Agustín Antonio Herrera Fragoso
agusfrag80@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:

Herrera-Fragoso AA. Objeción de conciencia sanitaria, una necesidad de profesionales de la salud íntegros. Med Int Méx 2023; 39 (Supl. 1): S35-S41.

^a Licenciado, Maestro y Doctor en Derecho, cursó la Especialidad en Derechos Humanos por la Universidad Complutense de Madrid, y el doctorado en Bioética y Biojurídica por la Cátedra de la UNESCO Madrid, España y certificante internacional en neurolaw. Autor de 6 libros, 7 coordinaciones, varias coautorías y artículos nacionales e internacionales, miembro del grupo de Axiología de Madrid, España, de la Academia Nacional Mexicana de Bioética A.C, y del Seminario Interdisciplinario de Bioética de la UNAM. Investigador del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla, Research Scholar of the UNESCO Chair in Bioethics and Human Rights de Roma, Italia. Investigador asociado de la facultad de Bioética de la U. Anáhuac e investigador invitado del Centro de Bioética de la UPAEP. Miembro del CONACYT-SNI, nivel 1.

tratara de una urgencia médica. Lo cual, el Pleno entiende que hace falta que la ley establezca los lineamientos y límites necesarios para que la objeción de conciencia pueda ser ejercida sin poner en riesgo los derechos humanos de otras personas, en especial el derecho a la salud.

El Pleno de la SCJN decidió establecer los lineamientos mínimos, exhortando al Congreso de la Unión a tomarlos en cuenta al reformar la Ley General analizada. A lo cual a la fecha se tienen más de ocho iniciativas entre las 2 cámaras (diputados y senadores) y un dictamen en Cámara de Diputados.

Lo que destaca en la mayor parte de las iniciativas es reconocer el derecho a la objeción de conciencia para los profesionales de la salud de forma general, agregando más límites que aquella circunstancia en la cual está en riesgo la vida del paciente o cuando se trata de una urgencia médica con diversas posibilidades de peligro para el profesional y su entorno, lo que provoca una comunicación donde destacan palabras polisémicas, ambiguas y confusas para ejercer la objeción de conciencia sanitaria, lo cual crea más confusión que certeza. No voy a precisar dichas inconsistencias, ni decir que está mal, por existir una transformación y diversos ajustes en las iniciativas, más bien voy a tratar de exponer lo que sí se debe proveer y entender, ya que muchas posturas de académicos se expusieron en parlamento abierto en la Cámara de Diputados el 2 de febrero de 2022, sin que en el dictamen se aprecien las mismas, situación que rompe con la legitimidad de dicho proceso democrático.

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA SANITARIA^b

*“Ciencia sin conciencia no es
más que ruina del alma”*

RABELAIS

^b Para más información: Herrera-Fragoso, Agustín Antonio, Objeción de conciencia sanitaria, ETM, México, 2018.

La objeción de conciencia en el área sanitaria es la legítima defensa de los galenos ante presiones legales, mandatos, órdenes y actos fútiles que dañan su arte o ciencia, así como su honorabilidad, misma que se desprende históricamente en una asistencia humana y proporcional a todos los dolientes (pacientes), que necesitan de su guía, consejo y atención.

Destaca que todos los profesionales de la salud son un fin en sí mismos, no instrumentos o medios para unos fines, situación que, al volverlos autómatas de leyes, órdenes o mandatos, daña su dignidad humana, centro y fundamento de los derechos humanos.

Ahora, con base en determinados grupos o instancias defensores de derechos humanos, en particular y por ahora en el aborto y los llamados derechos sexuales y reproductivos –posteriormente se verá en el suicidio asistido y eutanasia–, dentro del derecho a la salud. Buscando limitar este derecho que, en un buen entendimiento y funcionamiento, permitirá una mejor labor en el desempeño de la medicina, bajo los principios deontológicos, éticos y bioéticos en armonía con la ciencia basada en evidencia, para así cumplir con la *lex artis ad hoc*, propia de los profesionales de la salud.

Lo más interesante es que dicho derecho es desconocido por los profesionales de salud, estando en una situación informativa carente de los elementos constitutivos de su buen entendimiento, funcionamiento y de la nobleza con que cuenta para una atención más profesional, ética y humana.

Por lo cual, resalto unos rubros importantes dentro del derecho:

Tiene su soporte jurídico en:

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos^c en sus artículos: “5°. A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos...” y “24. Toda persona tiene derecho a la libertad de convicciones éticas, de conciencia y de religión...”, el artículo 18.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos^d establece: “Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión...”, en ese mismo sentido, la Convención Americana sobre Derechos Humanos^e en su artículo 12.- Libertad de Conciencia y de Religión, señala: “1. Toda persona tiene derecho a la libertad de conciencia y de religión” (en similar sentido, se establece en el Convenio Europeo para la protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales) y el artículo 18 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos^f: “Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; ...”. En la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre^g en su preámbulo establece: “Todos los hombres nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están por naturaleza de razón y conciencia, deben conducirse fraternalmente los unos con los otros... Y puesto que la moral y buenas maneras constituyen la floración más

noble de la cultura, es deber de todo hombre acatarlas siempre”.

Al respecto, destaca lo que la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha determinado:

“La Convención Americana no crea y ni siquiera menciona expresamente el derecho de objeción de conciencia, el alegado derecho a no ser obligado a cumplir, por razones de conciencia, las imposiciones de la ley... [no obstante] la Convención Americana, en el artículo 12^h leído juntamente con el artículo 6(3)(b), reconoce expresamente el derecho a la condición de objetor de conciencia en los países en que esta condición está reconocida”ⁱ.

Al respecto, en México está regulado previamente a la reforma impugnada, en Jalisco, Tamaulipas, Tlaxcala, Yucatán, Coahuila, Nayarit, Oaxaca, San Luis Potosí, Estado de México, Hidalgo, Michoacán y la Ciudad de México, destacando esta última en la Ley de Salud del Distrito Federal, de fecha 17 de septiembre de 2009, su artículo 59 y la Ley de Voluntades Anticipadas.

En el ámbito federal, se encuentra en la NOM-046-SSA2-2005, del 27 de febrero de 2009, el Código de Bioética para el Personal de Salud y el Código de Conducta para el Personal de Salud SSA, 2001.

A mayor abundamiento, en la demanda de Acción de Inconstitucionalidad (146/2007) promovida por la CNDH y la misma SCJN en ese mismo asunto la reconocen como derecho. De lo cual tiene todo el sustento jurídico, negarlo sería reprimir un derecho humano reconocido previamente.

Es de destacar el reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia en países demo-

^c Puede consultarse en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum.htm> (01-05-2022)

^d Se puede consultar en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/TrataPersonas/MarcoNormativoTrata/InsInternacionales/Universales/Pacto_IDCP.pdf (01-05-2022).

^e Puede consultarse en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/marco_normativo/documento/2016-11/Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos_Pacto_de_San_Jose_de_Costa_Rica_1.pdf (01-05-2022).

^f Puede consultarse en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights> (01-05-2022).

^g Puede consultarse en: <https://www.bing.com/search?q=Declaraci%C3%B3n+Americana+wde+los+Derechos+y+Deberes+del+Hombre&form=ANNH01&ref=8a63f76b8219404390b8f6eb8be68d60> (01-05-2022).

^h Artículo 12. Libertad de conciencia y de religión (citado).

ⁱ Corte IDH, Informe de Fondo N° 43/05, Cristian Daniel Sahlí Vera y otros vs Chile, del 10 de marzo de 2015.

cráticos y plurales, no así en alguno totalitario. Lo tienen regulado, entre otros: Argentina, Alemania, Brasil, Chile, Costa Rica, Colombia, Estados Unidos (algunos estados), Francia, Uruguay, España, Gran Bretaña, Suiza, Dinamarca, Holanda y Portugal.

Ahora bien, todos los profesionales de la salud tienen el deber de sustentar el acto médico en conocimientos basados en la evidencia científica y principios éticos, tal y como se constata en la Ley General de Salud, en sus artículos 41 bis, 51, 77 bis 1, 77 bis 29, 100, 102, el artículo 14 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y el artículo 103 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, por lo cual la *lex artis ad hoc* se estructura bajo esas dos premisas.

En esa inteligencia, un profesional de la salud, en un sentido integral, debe realizar su trabajo de conformidad con la ciencia basada en evidencia y al amparo de una base deontológica, ética o bioética, mismas que han dado un soporte humano en la otredad que atiende y guía y no solo en un operador técnico como si fuera un mecánico (con el respeto que me merece esta labor), toda vez que atiende a un ser bio-psico-social y no solo un organismo funcional. A mayor abundamiento y para entender el derecho a la salud, la Ley General de Salud en su artículo 2ⁱ establece las finalidades del derecho a la salud: busca “el bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana; la protección y el

acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social y la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud”.

De lo cual, es armónico que el profesional de la salud tenga una educación ética para complementar un adecuado acto médico que refuerza los elementos de aceptabilidad y calidad dentro del derecho a la salud, como se aprecia en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales^k.

Por último, destaca lo que establece la Asamblea del Consejo de Europa el 7 de octubre de 2010^l:

- Garantizar el derecho a la objeción de conciencia en relación con la participación en el proceso en cuestión.
- Asegurar que los pacientes están informados de cualquier objeción en un tiempo adecuado y que son remitidos a otro profesional de la salud.
- Asegurar que los pacientes reciben el tratamiento adecuado, especialmente en casos de urgencia.

Antecedentes históricos

*“Cada cosa tiene su belleza,
pero no todos pueden verla”*
CONFUCIO

^k Puede consultarse en: <https://www.refworld.org/es/publisher/CESCR/GENERAL/47ebcc492,0.html> (01-05-2022).

^l Puede consultarse en: <http://assembly.coe.int/nw/xml/News/FeaturesManager-View-EN.asp?ID=950> (22-09-2021).

^j Puede consultarse en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm> (02-05-2022).

El primer hecho reconocido es la trama de Antígona^m, hija de Yocasta y Edipo, en la corte de su tío Creonte, que subió al trono tras la desaparición de dos hermanos de ella, Polinices y Eteocles, quienes murieron luchando por el reino.

Creonte decreta bajo pena de muerte no dar sepultura a Polinices, orden legal que desobedece Antígona, basada en las leyes divinas que están por encima de las humanas.

Antígona presenta un conflicto trágico entre la ley del Estado y su conciencia, por lo cual, Antígona se enmarca en la desobediencia a la ley, es objetora de conciencia, porque su conducta es una expresión individual y funda su desacato en la propia conciencia. Solo apela a la conciencia, la fidelidad a unos principios culturales, morales y religiosos.

Tomás Moro (siendo canciller de Inglaterra) se negó a firmar una disposición, a pesar de que sabía que ello significaba caer en desgracia ante el rey. La respuesta fue rotunda:

“En mi conciencia, éste es uno de los puntos en que no me veo constreñido a obedecer a mi príncipe, ya que, a pesar de lo que otros piensen, en mi mente la verdad se inclina a la solución contraria... Tenéis que comprender que en todos los asuntos que tocan a la conciencia, todo súbdito bueno y fiel está obligado a estimar más su conciencia y su alma que cualquier otra cosa en el mundo”.

Giacomo Matteotti, diputado del partido socialista (época fascista de Mussolini), máxima: “Todo dentro del Estado y nada fuera del Estado”. Antes de ser asesinado señaló: “Matadme, pero la idea que hay en mí no la matarás jamás”ⁿ.

^m Véase Sófocles. Antígona, PDF.

ⁿ Cfr. Méndez, José María, (2018) objeción de conciencia El Objeto y Leviatán, Tiempo de derechos, p. 25.

Hasta el actual caso: Masterpiece Cakeshop vs Comisión de Derechos Civiles de Colorado, 584 US (2018), por el que el Tribunal Supremo de los Estados Unidos que se ocupa de si los propietarios de alojamientos públicos pueden rechazar ciertos servicios basados en los reclamos de libertad de expresión de la Primera Enmienda y gratuitos ejercer la religión y, por lo tanto, recibir una exención de las leyes que garantizan la no discriminación en el alojamiento público, en particular, negándose a prestar servicios creativos, como hacer un pastel de boda para una pareja del mismo sexo, sobre la base de las creencias religiosas del propietario. El caso se refería a Masterpiece Cakeshop, una panadería en Lakewood, Colorado, que se negó a proporcionar un pastel de bodas a una pareja gay basándose en las creencias religiosas del propietario. La Comisión de Derechos Civiles de Colorado, al evaluar el caso en virtud de su ley contra la discriminación, descubrió que la panadería discriminaba a la pareja y emitió órdenes específicas para que la panadería las siguiera. Luego de apelaciones dentro del estado que confirmaron la decisión de la Comisión, la panadería llevó el caso a la Corte Suprema. En una decisión 7-2, el Tribunal dictaminó por estrechas razones que la Comisión no empleó la neutralidad religiosa, violando los derechos del propietario de Masterpiece, Jack Phillips, de ejercer libremente, y revocó la decisión de la Comisión.

OBJECIÓN DE CONCIENCIA

*“Una vida que no es examinada
no tiene sentido”*

SÓCRATES

Por lo cual, la objeción de conciencia significa, por su propia naturaleza, oponer la propia conciencia al cumplimiento de una ley o mandato, según la cual, al objetor, por profesar determinados valores, no le corresponden las prestaciones

que son impuestas por el orden jurídico a la sociedad, así como un hecho injusto.

Rafael Navarro-Valls^o señala que la objeción de conciencia es un ejercicio de salud y madurez democrática. En este sentido, se hace preciso señalar que su práctica es perfectamente asumible en el marco del Estado de Derecho, toda vez que la misma puede y es incorporada al ordenamiento jurídico como manifestación concreta y legítima de la libertad ideológica.

Ahora bien, los profesionistas que ejercen las ciencias de la salud son agentes morales, como cualquier otro ser humano, son seres responsables y libres, que dan razón final de sus actos a su misma conciencia y nunca un medio para un fin, lo cual no solo lo pueden justificar con un principio o base deontológica, ética, bioética o moral y lo pueden administrar con criterio científico.

Por último, la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, cuando es aplicada de forma prudente, basado en la *sindéresis* (hacer el bien y evitar el mal), o con base en el principio de la medicina "*primum non nocere*" (primero no hacer daño), el cauce de dicho derecho basado desde los principios éticos, deontológicos y bioéticos, armonizados con la ciencia basada en la evidencia, se complementa para el correcto y proporcional acto médico.

CONCLUSIONES

"Es necesario proceder moderadamente con prudencia y humanidad, discernir lo bueno de lo malo, unir el logos con el pathos a través del ethos, de modo que la confianza desmedida

^o Navarro-Valls R. La enseñanza universitaria del Derecho Canónico en la jurisprudencia española. España: Anuario de Derecho Eclesiástico del Estado. 1985, Volumen I, pp. 85 y 86.

no lo convierta en incauto y la desconfianza exagerada no le haga intolerable"

AGUSTÍN HERRERA

Estamos separados de nosotros mismos, y lo que nos separa es la conciencia, la conciencia, que no el ser, es la que pregunta por la verdad. La conciencia no es solamente un modo de conocimiento, es también un modo de libertad^p. La fatalidad comienza en el instante en que distingo lo bueno de lo malo y debo optar libremente por uno de los dos.

Sin embargo, los profesionales de la salud en general y los médicos en particular, representantes de un sistema que se extiende tanto en el espacio como en el tiempo de tendencia hipocrática, ejercen su ministerio según ciertos principios éticos, los cuales se basan en su amor por la ciencia y por la humanidad y, "allí donde hay amor por el hombre, hay amor por la ciencia", por lo que esa búsqueda por el bien de la otredad no debe ser sancionada, más bien fomentada. Donde esos principios deontológicos, éticos y bioéticos, como afirmaba Horacio, "permiten a la ciencia engendrar la virtud".

Los actos médicos, específicamente, son los que promueven la salud, a través de la prevención, curación, rehabilitación y alivio de los pacientes, a través de la aplicación adecuada de la ciencia, aunada a una conducta ética, sumando el alivio, por su integralidad humana, basada en la alteridad, lo cual constituye una verdadera *lex artis ad hoc*.

La objeción de conciencia dentro del reconocimiento constitucional y el *corpus iuris de los derechos humanos*, se encuentra debidamente reconocida, por lo que suma a la buena práctica

^p Safranski, Rüdiger. ¿Cuánta verdad necesita el hombre? Contra las grandes verdades. Ensayos Tusquets editores, Barcelona, 2013. p. 12.

profesional, lo cual, cuando deba realizarse una reforma en la norma, debe ser matizada y ajustada bajo criterios científicos y éticos en beneficio de la persona sin arrinconar a los galenos a una medicina defensiva.

Más bien, como nos establece la Declaración de Helsinki: "2. El deber del médico es promover

y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber"⁹.

⁹ Puede consultarse en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/343576/9._INTL._Declaracixn_de_HEL-SINKI.pdf (03-05-2022).

La mala intención hospitalaria

The bad hospital intention.

Juan Francisco Fernández-Pellón Silva

El presente artículo tiene como finalidad exponer la insatisfacción de los usuarios de la prestación de servicios hospitalarios del sector salud privado, así como de los actores que juegan un papel importante en dicho proceso en nuestro país.

ANTECEDENTES

Tenemos un cúmulo de situaciones que han generado una relación en un círculo perverso entre los diferentes actores de la atención hospitalaria, a saber: el hospital, los médicos tratantes (que no son empleados, sino profesionales de la medicina, como clientes, que deciden atender a sus pacientes en una institución hospitalaria por diversos motivos), los proveedores de tecnología médica, los proveedores de medicamentos y materiales de curación, las aseguradoras, las administradoras de programas de atención médica para algunas empresas como sucede con el sector bancario en su obligatoriedad de proporcionar a sus empleados y beneficiarios servicios en sustitución de la seguridad social, casi desde el nacimiento de la ley del Seguro Social en 1943, y algunos otros terceros pagadores.

La atención de los pacientes en el sector privado tiene la siguiente secuencia, generalmente: al tener alguna molestia, síntomas o signos de enfermedad, buscan algún médico de su confianza o de la confianza de algún pariente o amigo cercano por medio de solicitar una recomendación. De esta forma llega el paciente al consultorio privado del médico, ya sea general, especialista o subespecialista.

Médico cirujano por la Facultad de Medicina de la UNAM. Especialista en Salud Pública, Facultad de Medicina de la UAEM. Diplomado en formación de directivos de hospitales de la reconstrucción INSP-Facultad de Salud Pública/ Harvard University. Expresidente de la Asociación Mexicana de Hospitales. Exdirector de Planeación y Servicios Clínicos, Hospital ABC. Exdirector médico del Hospital México. Exdirector general del Hospital Ángeles Pedregal. Exdirector general de Centros de Diagnóstico Ángeles y Laboratorios Biomédicos. Exdirector médico del Hospital San Angelín Universidad. Exprofesor de Administración de Hospitales, Facultad Mexicana de Medicina, ULSA. Profesor de Maestría en dirección de Instituciones de Salud ESDAI-Universidad Panamericana. Director General, Hospital Punta Médica. Socio Director de F&F Gerencia Hospitalaria.

Correspondencia

Juan Francisco Fernández-Pellón Silva
drjpellon@outlook.com

Este artículo debe citarse como:

Fernández-Pellón Silva. JF. La mala intención hospitalaria. Med Int Méx 2023; 39 (Supl. 1): S42-S48.

Una vez revisado y estudiado clínicamente, quizá con el apoyo de estudios de laboratorio clínico o de gabinete, se programa para un internamiento, ya sea para un procedimiento quirúrgico, de mínima invasión o meramente clínico.

El médico decide en qué hospital será internado, ya que debe ser una institución de su confianza en la que encuentre el apoyo tecnológico, de recursos humanos calificados, instalaciones adecuadas al perfil de su paciente y de precios accesibles para ese enfermo. Esta secuencia sucede en pacientes particulares que se harán cargo de la cuenta por todos los servicios y los honorarios de los médicos que deberán intervenir, y no cuentan con esquemas de seguridad social, seguro de gastos médicos mayores o que no tienen un servicio de atención en un esquema de administradoras, como sucede con la generalidad de empleados bancarios y algunas instancias de gobierno.

Cuando se trata de una persona que cuenta con una cobertura de atención médica por parte de una compañía aseguradora, ya sea nacional o internacional pero con póliza individual, acude a un médico de su elección y si requiere tener atención hospitalaria, tendrá que llenar un aviso de accidente o enfermedad, así como un informe médico por parte del facultativo involucrado, para que emitan una autorización de atención en el hospital seleccionado y el monto autorizado para el siniestro, así como las condiciones de deducible, coaseguro y limitaciones, en caso de haberlas y los gastos no cubiertos. Pudiera suceder que el hospital sugerido no esté en convenio con la aseguradora provocando o un aumento de deducible o coaseguro o el cambio del hospital por no estar cubierto dicho hospital por esa póliza.

En caso de tratarse de un paciente con una póliza de seguro colectivo (casos en que una

institución adquiere el plan de gastos médicos mayores para los empleados y en ocasiones sus beneficiarios), puede ser que se determine un grupo de hospitales, así como un directorio médico con el que la aseguradora o el bróker intermediario entre el cliente y la aseguradora. En este escenario el paciente tendrá que acudir con el grupo médico seleccionado el cual, una vez estudiado el caso y realizado un diagnóstico preliminar, deberá llenar los formatos que para este caso estén establecidos con la hoja de indicaciones de internamiento en el hospital convenido por ese plan y enviará a la aseguradora o administradora el informe médico en el que establezca los motivos de internamiento y el plan terapéutico a seguir, sea clínico o quirúrgico.

Una vez realizado el o los procedimientos autorizados, se generará el informe y facturas o recibos de honorarios de acuerdo con un tabulador preestablecido y que generalmente está muy por debajo de los honorarios promedio para dicho procedimiento en el mercado privado.

Un tercer escenario es cuando un empleado bancario o del sistema financiero o un beneficiario requieren atención hospitalaria. El paciente tendrá que acudir inicialmente con un médico general o familiar inscrito en el directorio autorizado, quien estudiará el caso apoyándose con estudios de laboratorio clínico o de gabinete con las instituciones conveniadas mediante los formatos establecidos y quien enviará los resultados tanto al paciente como al médico que los indicó y realizará su factura al banco o a la administradora en cuestión.

Una vez revisados los resultados y explicados al paciente, lo referirá al especialista que se requiera mediante un formato establecido y al médico de la especialidad que corresponda y que esté en el directorio de los hospitales conveniados con dicho banco o administradora.

Realizados estos pasos el médico especialista generará una orden de internamiento en el hospital convenido llenando los formatos correspondientes y procederá a la atención del paciente con las restricciones terapéuticas y de apoyo diagnóstico establecidas con dicho hospital. Una vez dado de alta el paciente, el médico tendrá que llenar los informes correspondientes y generará una factura o recibo de honorarios de acuerdo con los tabuladores establecidos, así como los colaboradores involucrados (anestesiólogo, ayudante, instrumentista u otros).

Una vez recordados estos mecanismos de llegada de pacientes a los consultorios médicos, analicemos qué ha sucedido desde que los seguros de atención médica entraron como actores en los procesos de atención médica.

En 1910 se establecen los seguros de gastos médicos mayores en México, primero el individual y posteriormente el de grupo.

En aquellos años no existía una gran oferta de hospitales privados, realizándose la atención en centros de atención muy enfocados a la obstetricia y generalmente asistidos por personal religioso sin formación profesional de enfermería, esta condición llevaba a que los casos más complejos tanto médicos como quirúrgicos se realizaran en instituciones de asistencia pública.

Debido a que la incidencia de casos por pagar por parte del sector asegurador era baja, el número de asegurados también era muy reducido y las primas por cada póliza elevadas no generaban insatisfacción por parte de los involucrados.

Las instituciones privadas de mayor equipamiento y desarrollo profesional eran preferentemente de asistencia privada como el Hospital de la Beneficencia Española, el Hospital Inglés, el

Hospital Americano y el Hospital Francés, entre los más representativos.

En la época presidencial del general Cárdenas y derivado de la expropiación de ferrocarriles, petróleo y minería, hubo salida de población extranjera que eran usuarios de dichas instituciones, causando el cierre de algunos y reconformación de otros, lo que dio pie a instituciones nuevas, como el Hospital ABC (fusión del hospital americano-inglés).

Al final del decenio de 1960, el gran desarrollo de la medicina especializada provocó el crecimiento del IMSS, el nacimiento del ISSSTE y la imagen de excelencia de los institutos nacionales; se inicia una nueva era de hospitales privados ya más enfocados a cubrir todas las especialidades y subespecialidades y dotados de tecnología más moderna y compleja incrementándose el uso de dichos nosocomios, al haber mayor número de médicos que realizan su práctica privada profesional.

Esta nueva etapa generó mayor demanda de aseguramiento en gastos médicos mayores tanto individuales como colectivos solicitados por grandes empresas en expansión con la consecuencia del encarecimiento de los precios por atención médica hospitalaria privada. En esta época se estilaba cobrar de honorarios una cantidad similar a la cuenta hospitalaria, sin que esta práctica tuviera mayores consecuencias de asombro por parte de los pacientes ni de las compañías aseguradoras.

A continuación, tocaré la problemática actual de los diferentes actores en el proceso de atención hospitalaria, a saber: médicos, pacientes, aseguradoras y administradoras, hospitales y finalmente proveedores de tecnología e insumos y medicamentos.

SITUACIÓN ACTUAL

Médicos

Existe una gran insatisfacción por parte de los médicos con respecto al trato que reciben de las compañías aseguradoras ya que se sienten maltratados porque les topan el monto de honorarios que suelen cobrar por una atención quirúrgica o por lo que les pagan por la visita intrahospitalaria, así como la limitación de estudios de apoyo diagnóstico en algunas ocasiones.

En 1997 una asociación médica realizó una encuesta que, aunque ya pasaron dos décadas, nos muestra la mala relación y manifiesta insatisfacción por las limitantes a su práctica profesional, misma que continúa, ya que refieren mal trato por parte de las aseguradoras y administradoras, y que en forma unilateral conforman los tabuladores de honorarios médicos de acuerdo con el tipo de póliza y su capacidad, en relación con el número de asegurados y los riesgos estadísticos y no con el valor del trabajo profesional de los médicos; a ello hay que agregar la creación de directorios de médicos afiliados a los diferentes planes, con lo que muchos médicos han perdido clientela y el excesivo tiempo de espera para cobrar sus honorarios inclusive ya habiendo declarado y pagado los correspondientes impuestos generados por dicho ingreso y que aún no han podido hacer efectivo.

Esta situación quedó de manifiesto en dicha encuesta a 101 médicos, en la que el 100% opinó que la práctica privada está cambiando y el 52% lo atribuye al poder de las compañías aseguradoras sobre sus clientes compradores de planes de aseguramiento.

El 94% opinó que están perdiendo la autonomía en la relación médico-paciente y la totalidad de los encuestados refieren una mala relación con las compañías aseguradoras, el 64% como francamente mala y un 34% como regular.

En otro estudio realizado por otro grupo, el 70% considera haber perdido la autonomía en el manejo de sus pacientes, un 66% refiere deterioro en la relación con sus pacientes, el 80% califica de ineficientes a las aseguradoras y el 68% se opone a la creación de redes médicas por parte del sector asegurador.

Otro estudio realizado con personas que se encuentran bajo la cobertura de algún plan encontró que el 100% indica que las pólizas son muy caras e incompletas, el 92% no acepta depender de redes médicas y no de sus médicos de confianza y que la relación con los médicos de red no ha sido satisfactoria.

Uno más refleja que el 58% de los médicos encuestados recibe pacientes asegurados en diversas compañías y un 92% de los médicos están inconformes con los tabuladores con que se les paga por la atención proporcionada a dichos grupos asegurados.

Pacientes

Ante el franco encarecimiento de la atención médica derivada de diversos factores tanto de la industria desarrolladora de tecnología para diagnóstico y tratamiento como de la industria farmacéutica, la de materiales de curación, las instituciones hospitalarias y la intervención de médicos especialistas, técnicos y otras disciplinas que se ven implicadas en el proceso de atención médica, los pacientes se sienten impotentes para cubrir el altísimo costo de la atención. A esta problemática hay que agregar que, aunque un alto número de pacientes cuentan con cobertura de seguridad social, no acuden a ella por evitar los trámites engorrosos y el tiempo excesivo en que se da la atención, agregando la falta de continuidad en los tratamientos debido a la rotación de médicos tratantes y la falta de medicamentos y equipos para apoyar el diagnóstico y soporte terapéutico, teniendo que esperar

en ocasiones meses para acceder a un estudio de resonancia magnética o, bien, para ingresar para un procedimiento quirúrgico viéndose obligados a utilizar su patrimonio, en ocasiones precario, para poder resolver una situación médica que implica internamiento hospitalario, intervención quirúrgica o ambos.

Sector asegurador

Finalmente, y no menos importante, es el papel que juega en este círculo perverso en que se ven inmersos todos los actores del proceso de atención médica el sector asegurador.

Las compañías de seguros están presentes muy activos en el ramo de gastos médicos mayores desde la mitad del siglo pasado, no obstante haber iniciado en nuestro país hace poco más de 100 años; sin embargo, debido a las condiciones socioeconómicas, la cultura y el crecimiento de la población con cobertura de salud por parte de las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISFAM, PEMEX) y la falta de recursos económicos para solventar los tratamientos médico-hospitalarios por una gran proporción de la población, el porcentaje de asegurados privados difícilmente ha llegado al 7-8% en el mejor de los casos y eso cuando las instituciones de gobierno tenían una política de proporcionar a cierto segmento de sus colaboradores planes colectivos de atención médica y de vida.

El crecimiento debido a los vaivenes económicos de nuestro país, siempre inmerso en una crisis permanente con exacerbaciones y mejoras, manteniendo una situación de incertidumbre que impide que el número de asegurados crezca, deja cada vez una siniestralidad mayor, ya que la población con un seguro va envejeciendo y cada vez usando más sus planes privados de atención médica y provocando un alza descomunal en el monto de las primas a pagar a medida que avanza la edad y los riesgos propios del sexo.

Algunas compañías de seguros han pensado en la posibilidad de salirse del ramo y continuar con otros de menor riesgo financiero; por otro lado, han aparecido, emulando lo que ha tenido un buen efecto en otras partes del mundo, los planes de salud integral que poseen diferencias importantes con los tradicionales de gastos médicos mayores, así como el desarrollo de las aseguradoras exclusivas para salud llamadas ISES (Instituciones de Seguros Especializadas en Salud). Estas alternativas, si bien están jugando un papel importante, entre sus políticas trabajan con redes hospitalarias reducidas, quitando oportunidad a muchos hospitales de participar en el mercado de oferta de servicios, creación de redes médicas muy seleccionadas y que acepten tabuladores de honorarios por debajo de lo acostumbrado tanto en la atención privada como en los mismos planes de gastos médicos mayores. Junto con estas estrategias para contener el gasto, se han incrementado los tiempos de espera para atender algunos padecimientos, la exclusión de algunos diagnósticos, la contratación con precios especiales de grupos de laboratorios clínicos, gabinetes de apoyo diagnóstico por imágenes, grupos de atención dental y ópticas, entre otros, haciendo cada vez más inaccesible la atención médica privada, afectando a todos los actores de este proceso.

El sector asegurador también es víctima de un conglomerado de factores que afectan en diferentes medidas su crecimiento y solvencia y ha provocado la entrada a nuevos jugadores que no ofrecen ni la calidad de instalaciones, ni la tecnología más avanzada y en ocasiones ponen en riesgo la vida de los pacientes al no contar con los recursos, físicos, tecnológicos y humanos para resolver algún incidente o accidente en el proceso de la atención debido a las comorbilidades de los pacientes, la propia complejidad de algún procedimiento o, incluso, la negligencia o impericia de alguna de las partes.

Hospitales

Los hospitales se ven presionados por las compañías aseguradoras y administradoras que les exigen incrementar la calidad, mejorar la tecnología e instalaciones, así como mantener una certificación por parte del Consejo de Salubridad General para firmar contratos de accesibilidad para sus asegurados al hospital en cuestión. Por otro lado, exigen o pretenden intervenir en la contención del gasto por el uso de las instalaciones y servicios de los propios hospitales, solicitando descuentos y colocando a los hospitales en diversos directorios de acuerdo con su ticket promedio con lo cual los registran en una clasificación que les permite accesibilidad en mayor o menor número de pólizas y, por tanto, de asegurados de acuerdo con ésta. Por otra parte, los usuarios médicos exigen tecnología de vanguardia para las diversas especialidades y subespecialidades de precio muy elevado generalmente en dólares o euros con la consecuente elevación de los precios para los clientes (pacientes, aseguradoras y administradoras).

El crecimiento de instalaciones hospitalarias por grandes grupos empresariales reduce la posibilidad de los hospitales más pequeños de llegar a buenos acuerdos de utilización de sus instalaciones y servicios con los diferentes usuarios ya que por una economía de escala los grandes grupos están mejor posicionados para comprar bienes de consumo y tecnología médica a un mejor precio y con mejores condiciones crediticias dejando fuera de la competencia a los pequeños y medianos hospitales privados.

Fabricantes de tecnología médica

Este sector tampoco tiene todo a su favor, ya que su éxito depende de la satisfacción en su uso por parte de los médicos especialistas, con lo que se ha creado una competencia sanguínea para lograr la preferencia de los usuarios.

Esta lucha también se ve influida por las prácticas en ocasiones desviadas y encarecedoras por parte de los compradores de las grandes instituciones, ya que provocan una guerra de precios que termina perjudicando y encareciendo los equipos a los compradores privados y de menor tamaño porque al tener que vender a precios y condiciones desventajosas, incrementan los precios al pequeño consumidor y endurecen las condiciones de pago con la obvia consecuencia de que el paciente tendrá que pagar a mayor precio los servicios que se proporcionan con esa tecnología.

Otro gran problema es generado porque los fabricantes de alta tecnología médica provienen de países industrializados que tienen alto costo de producción y transportación para los consumidores de países dependientes y con monedas más débiles.

Así pues, los tipos de cambio de la moneda en que se realiza la comercialización resultan desventajosos e inciertos para países consumidores con procesos inflacionarios casi permanentes y en ocasiones brutales, de tal suerte que los compradores se ven obligados a suspender los pagos pactados, con el riesgo de perder los equipos, debido a las condiciones en que fueron adquiridos en otros momentos en que el panorama económico y financiero era más benévolo.

Industria farmacéutica y de materiales de curación

El panorama no mejora en el caso de las industrias farmacéutica y fabricantes de materiales de curación.

Este segmento de actores en el proceso de atención médica recorre también un largo y doloroso camino de costos en espiral, ya que una vez realizada la investigación para lanzar al mercado una nueva sal o producto, tiene que invertir grandes cantidades en posicionarlo en el mercado, pos-

teriormente lidiar con los grandes distribuidores que acaparan el mercado pero que tienen un sitio privilegiado ante los consumidores, en ocasiones son los poseedores de las redes de distribución a nivel nacional presionando al mercado a comportarse de acuerdo con sus condiciones.

Muchas de estas grandes empresas se vuelven casi los proveedores únicos de bienes para la salud, dejando fuera a los competidores más pequeños y con la consecuencia muy conocida de encarecer los servicios.

En innumerables ocasiones hemos escuchado, sufrido y vivido en las instituciones hospitalarias que los productos están en desabasto, esto algunas veces porque en verdad no hay suficiente producto ya que fue vendido después de un concurso a las grandes instituciones de servicio público, provocando un alza incomprensible para los hospitales y por consiguiente para los pagadores (el propio paciente o las aseguradoras y administradoras) causando gran malestar que nos lleva a un aumento en el precio que se refleja en las facturas hospitalarias y que al final provocará el encarecimiento de las primas de las pólizas de seguros.

Por otro lado, existe gran fragmentación del mercado de venta y distribución de dichos bienes de consumo en la atención médica, ya que del fabricante al consumidor puede haber cuatro o cinco intermediarios que deben solventar sus costos de operación, sin hablar de los conocidos desvíos por prácticas corruptas en los procesos de compra-venta y que nuevamente provocan el incremento en el costo que llega al consumidor final, el paciente y, en consecuencia, del tercer pagador cuando existe de por medio.

CONCLUSIONES

Es tiempo de recapacitar y analizar honestamente esta problemática y rehacer la interacción de los actores en un círculo virtuoso en el que los

pacientes reciban la mejor atención, los médicos puedan ejercer con libertad su profesión, los hospitales puedan poner al servicio de médicos y pacientes instalaciones que garanticen la mejor atención, los fabricantes y distribuidores de medicamentos, materiales de curación y todo tipo de bienes de consumo que se requieren en la atención hospitalaria y no dejemos atrás a los fabricantes y vendedores de tecnología para que hagan conciencia de la espiral inflacionaria en que se ha convertido la atención médica hospitalaria y pensemos en las consecuencias de no tomar acciones consensadas para resolver este conflicto en favor de todas las partes.

Ciertamente nos estamos moviendo en aguas pantanosas que pueden ir deteriorando cada vez más el desarrollo de instituciones, la supervivencia de éstas y el crecimiento del mercado.

Debemos fomentar la creación de grupos interdisciplinarios (representantes de pacientes, aseguradoras, colegios médicos, farmacéuticas y fabricantes de tecnología) para analizar a profundidad este panorama y poder crear un nuevo escenario de mayor calidad y justicia en la prestación de atención médica hospitalaria, en donde todas las partes involucradas reciban utilidades de forma justa y equitativa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Escobedo-Conover M. Aseguramiento en salud. Propuestas del sector asegurador privado. Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C. 2019.
2. Fernández-González H. Gaceta Médica de la UNAM. Seminario: "El ejercicio actual de la Medicina". 2002.
3. Ramírez-Sánchez T, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), 1998.
4. Yelitza S. Calidad de los servicios privados de salud. Revista de Ciencias Sociales. Maracaibo, Venezuela. 2005.
5. Sámano-Guerra FJ, Fernández-González H, Pérez-Padilla R, Páramo Díaz M, et al. Problemática actual de los seguros privados para la atención a la salud en México. Perspectivas de la profesión médica. Anales Médicos. Hospital ABC 2003.

Normas para autores

1. Los artículos deben enviarse vía electrónica mediante el sistema de gestión OJS (*Open Journal System*), junto con el formato de cesión de derechos de autor (firmado por todos los autores) y confirmar que se trata de un artículo inédito. Debe ingresar a: www.revisionporpares.com, registrarse y cargar sus archivos, que serán evaluados por pares. La extensión no deberá exceder de 12 cuartillas (2500 palabras). Los trabajos no aceptados se devolverán al autor principal. El formato de cesión de derechos puede descargarse de la página www.medicinainterna.org.mx

Ningún material publicado en la revista podrá reproducirse sin autorización previa, por escrito, del editor.

2. El manuscrito comprende:
 - 2.1. Títulos completos y cortos en español e inglés, nombres y apellidos del o los autores (el límite máximo debe ser de 6 integrantes, es decir, el autor principal y 5 coautores. Deberá especificarse la participación de cada uno en el artículo), su adscripción (institución, hospital, departamento o servicio) vinculada con el motivo del trabajo (no se aceptan títulos honoríficos o pasados: expresidente, miembro titular o emérito de tal cual institución, academia o sociedad), dirección postal completa (calle, número, código postal, ciudad y estado), teléfono fijo (incluida la clave lada) y correo electrónico de todos los autores y señalando a uno de ellos para recibir la correspondencia relacionada con el artículo. Cuando un artículo es **aprobado** por el Comité Editorial de Medicina Interna de México para publicación, no podrán efectuarse cambios adicionales (eliminar o agregar) de autores y coautores, cargos institucionales, ni adscripciones; es decir, aparecerán señalados como lo indicaron en el archivo original de envío.
 - 2.2. **Resumen.** Los artículos originales llevarán resúmenes estructurados en español e inglés con los siguientes apartados: objetivo, material y método, resultados y conclusiones. Su texto no deberá exceder 250 palabras.
 - 2.3. **Palabras clave**, en inglés y en español, basadas en el MeSH (*Medical Subject Headings*); para obtenerlas consulte la página www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.htm
 - 2.4. El texto del artículo original está integrado por las siguientes secciones:

Antecedentes. Texto breve, no mayor de 50 líneas (de 65 caracteres cada una) que permita al lector ubicarse en el contexto del tema investigado, por qué es relevante estudiarlo, quiénes lo han estudiado y cómo. En el último párrafo de este apartado debe consignarse el objetivo del estudio que, invariablemente, debe verse reflejado en los resultados.

Material y método. En la primera oración de este apartado debe indicarse el tipo de estudio (observacional, retrospectivo, doble ciego, aleatorio, etc.), la selección de los sujetos observados o que participaron en los experimentos (pacientes o animales de laboratorio, incluidos los testigos). Enseguida se especifican los aparatos (nombre y ciudad del fabricante entre paréntesis) y procedimientos con detalles suficientes para que otros investigadores puedan reproducir los resultados. Explique brevemente los métodos ya publicados pero que no son bien conocidos, describa los métodos nuevos o sustancialmente modificados, manifestando las razones por las que se usaron y evaluar sus limitaciones. Identifique exactamente todos los medicamentos y productos químicos utilizados, con nombres genéricos, dosis y vías de administración. Deben

mencionarse los métodos de comprobación utilizados y el porqué de su elección (χ^2 , T de Student, etc.) así como los programas de cómputo aplicados y su versión.

Resultados. Deben reflejar claramente el objetivo del estudio. La cantidad final de pacientes estudiados y destacar las observaciones más relevantes.

Discusión. Incluye los aspectos nuevos e importantes del estudio, la explicación del significado de los resultados y sus limitaciones, incluidas sus consecuencias para la investigación futura. Debe establecerse el nexo de las conclusiones con los objetivos del estudio y abstenerse de hacer afirmaciones generales y extraer conclusiones que carezcan de respaldo. Proponga nuevas hipótesis cuando haya justificación para ello.

Conclusiones. Solo deben referirse a los resultados y su trascendencia, o a su limitación.

El texto no debe incluir abreviaturas de ninguna especie, a pesar de la abundancia de términos, pues ello implicaría remitir al lector a la parte inicial donde se definieron éstos y ello puede conducir al abandono de la lectura por incompreensión. Los símbolos sí están permitidos (L, kg, g, cm, dL, etc.) pero no las abreviaturas, sobre todo cuando no son internacionales o multilingües. No existen dudas para los acrónimos: ADN, HDL, LDL, VLDL, mmHg, etc.

- 2.5. **Figuras y cuadros.** Se utilizará el término figura para citar por igual ilustraciones, esquemas, fotografías y gráficas. Se utilizará el término cuadro para citar por igual los cuadros y las tablas. Ambos deben incluirse en forma secuencial enseguida de la lista de referencias y nunca en imagen.
- 2.6. Pueden agregarse anexos con cuestionarios o encuestas utilizados durante la investigación.
- 2.7. Pueden incluirse agradecimientos.
3. Los cuadros y figuras deben numerarse con caracteres arábigos. Cada uno deberá tener un título breve y mencionarse en el cuerpo del artículo. Los cuadros de datos tabulados que contengan exclusivamente texto deberán elaborarse con la aplicación "Tabla" de Word; los esquemas y diagramas, con Power Point; las gráficas de pastel, barras, dispersión, etcétera, con Excel.
4. Para las fotografías en versión electrónica debe considerarse lo siguiente:

Entregar cada una en archivo separado en formato TIFF o JPG (JPEG).

Solo si el tamaño real de las imágenes resulta excesivo, éstas pueden reducirse a escala; dada la pérdida de resolución, no deben incluirse imágenes que requieran aumento de tamaño.

La resolución mínima aceptable es de 300 dpi. Si las fotografías se obtienen directamente de cámara digital, la indicación debe ser "alta resolución".

5. En el archivo de texto deben incluirse los cuadros y pies de figura, al final, después de las referencias.
6. Cuando los cuadros o figuras se obtengan de otro medio impreso o electrónico, deberá adjuntarse la carta de autorización de la institución donde se publicaron. Excepto los casos que carezcan de derecho de autor.
7. En los cuadros también deberán evitarse las abreviaturas y si fueran estrictamente necesarias, se especificarán al pie del cuadro.

8. Solo deben incluirse las referencias bibliográficas consultadas para sustentar una afirmación, negación o divergencia en algún concepto. Las referencias deben ser del autor que se cita y no del artículo de éste citado por terceros. Las citas re-referenciadas son motivo de rechazo del artículo. Lo mismo que las que solo se agregan por ser recientes y que en el cuerpo del texto no están suficientemente sustentadas o aludidas. Su orden de aparición en el texto y el número correspondiente debe registrarse utilizando el comando superíndice de Word (nunca deben ponerse entre paréntesis). Para evitar errores se sugiere utilizar la aplicación "insertar referencia" del menú principal de Word. Deben omitirse comunicaciones personales, en cambio, sí se permite la expresión "en prensa" cuando un trabajo se ha aceptado para publicación en alguna revista, pero cuando la información provenga de textos enviados a una revista que no los haya aceptado aún, deberá citarse como "observaciones no publicadas".
- 8.1. Los artículos, capítulos de libros, portales de internet, entre otros, deben citarse tal como aparecen en la fuente consultada.

Ejemplos

Publicación periódica

You Ch, Lee KY, Chey RY, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980;79:311-314.

Libro

Murray PR, Rosenthal KS, Konbayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St Louis: Mosby, 2002;210-221.

Portal de internet

Coustan RD, Jovanovic L. Gestational diabetes mellitus: glycaemic control and maternal prognosis. Massachusetts: Uptodate Waltham. [en línea]. Dirección URL: <<http://www.uptodate.com/>> (Consulta: mayo 2016).

Nueva forma de citación

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número DOI (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Katarina V, Gordana T. Oxidative stress and neuroinflammation should be both considered in the occurrence of fatigue and depression in multiple sclerosis. *Acta Neurol Belg* 2018;34(7):663-9. doi: 10.1007/s13760-018-1015-8.
2. Yang M, et al. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. *J Obstet Gynaecol Res* 2017;25(11):239-42. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04.015>.
9. Se aconseja que en las referencias bibliográficas se incluyan citas de autores mexicanos o latinoamericanos.

10. Artículos de revisión

Los artículos de revisión deben reunir los siguientes requisitos:

- 10.1. El autor principal debe tener publicado, al menos, un artículo relacionado con el motivo de la revisión.
- 10.2. El resumen debe señalar claramente el estado del conocimiento actual y justificar por qué fue necesario revisarlo y cuáles son los aportes más sobresalientes al conocimiento.
- 10.3. Debe señalar claramente la metodología de búsqueda de la información: palabras clave, uso de MeSH u otra

estrategia (pregunta PICO, etc.), bases de datos consultadas y periodo en el que se realizó la búsqueda.

- 10.4. Debe especificar el número de artículos localizados, seleccionados y rechazados, además de mencionar los criterios empleados para la selección o rechazo de los mismos. Los criterios empleados para la selección de los artículos a revisarse deben ser congruentes con los objetivos de la revisión, es decir, la pregunta que trata de responder el artículo. Otro de los aspectos que determina la selección de los artículos es su calidad metodológica y si cumplen con los criterios de calidad científica buscada.

- 10.5. Las referencias bibliográficas serán tantas como sean necesarias para sustentar todas las afirmaciones que se manifiesten.

11. Reporte de casos clínicos

Éstos deberán reunir los siguientes requisitos:

- 11.1. Resumen estructurado: antecedentes, objetivo de reportar el caso, descripción del caso y conclusiones.
- 11.2. En el cuerpo del texto los antecedentes deben ser breves, con exposición igualmente concisa del estado actual del conocimiento de la patología motivo de comunicación. Si es un caso excepcional cuál es la epidemiología internacional y nacional reportada.
- 11.3. Debe señalarse claramente cómo se sospechó, cómo se estableció el diagnóstico, tipos de estudio indicados, tratamiento y resultados de éste.
- 11.4. Si el caso tiene revisión bibliográfica, debe señalarse claramente la metodología de búsqueda de la información: palabras clave, uso de MeSH u otra estrategia, bases de datos consultadas, periodo en el que se realizó; número de artículos encontrados, seleccionados y motivo de la selección.

12. Cartas al editor

Éstas deberán reunir los siguientes requisitos:

- 12.1. Las Cartas al editor comprenden los siguientes propósitos:
 - Emitir un juicio crítico acerca de un hecho médico de dominio público.
 - Opinar acerca de algunos aspectos de la política editorial de la revista médica en cuestión.
 - Ampliar, interpretar o explicar algunos aspectos de un trabajo de investigación publicado recientemente en la revista.
 - Discutir los resultados de un estudio o señalar defectos metodológicos o de interpretación de los resultados de un trabajo, también recientemente publicado.
 - Comunicar en forma breve los resultados de un estudio semejante a otro publicado en la revista.
 - Exponer un hallazgo clínico o experimental no descrito previamente en la literatura.
- 12.2. En el orden metodológico, el texto de una carta enviada al editor debe tener una extensión no mayor a 800 palabras o una cuartilla y media.
- 12.3. Pueden incluir, aunque no es habitual, cuadros, figuras o ambos.
- 12.4. Es importante anexar referencias bibliográficas que sustenten los comentarios emitidos.
- 12.5. Las Cartas al editor se revisarán por el Comité Editorial con el mismo rigor que se exige para el resto de los artículos enviados por los autores.

Instrucciones para los autores

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Los abajo firmantes estamos conformes con lo mencionado en los incisos previos, como en el tipo de crédito asignado en este artículo:

- TÍTULO DEL ARTÍCULO

- NOMBRE COMPLETO DEL AUTOR O AUTORES

- LOS AUTORES CERTIFICAN QUE SE TRATA DE UN TRABAJO ORIGINAL, QUE NO HA SIDO PREVIAMENTE PUBLICADO NI ENVIADO PARA SU PUBLICACIÓN A OTRA REVISTA. MANIFIESTAN QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERESES CON OTRAS INSTANCIAS.
- TAMBIÉN ACEPTAN QUE, EN CASO DE SER ACEPTADO PARA PUBLICACIÓN EN MEDICINA INTERNA DE MÉXICO, LOS DERECHOS DE AUTOR SERÁN TRANSFERIDOS A LA REVISTA.

- NOMBRE Y FIRMA DE TODOS LOS AUTORES:

NOMBRE

FIRMA

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

- VISTO BUENO (NOMBRE Y FIRMA) DE AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO:

NOMBRE

FIRMA

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

LUGAR: _____ FECHA: _____