

REVISTA CONAMED

Órgano Oficial de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México. Volumen 28, Número 3, Julio - Septiembre, 2023 ISSN 2007-932X



Consideraciones sobre la
Propuesta de Ley General
de Mecanismos Alternativos

La Cirugía Plástica
Estética, repercusiones
jurídicas

Práctica de la Cirugía Plástica
Estética y Reconstructiva

Gestión con calidad

Violencia obstétrica

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA.

1 Si no dispones de Cédula de Especialidad en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, no realices ningún procedimiento.

2 Elabora la historia clínica completa de tu paciente y recaba evidencia de sus condiciones estéticas preoperatorias.

3 Estipula por escrito, en el Consentimiento Informado, los riesgos potenciales y los resultados concretos que pudieras haberle ofrecido antes de realizar la cirugía.

4 Actúa apegado a los principios científicos, normativos y éticos que rigen la práctica de la Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva.

5 Asegúrate de conocer a fondo las expectativas estéticas de tu paciente y exprésale claramente cuando los procedimientos solicitados no le favorecerán.

6 Si tu paciente muestra incertidumbre o dudas injustificadas, sugiérele solicitar una segunda opinión. Al no ser una urgencia, puedes negarte a realizar la cirugía.

7 Solicita valoraciones preoperatorias por Medicina Interna en pacientes mayores de 40 años y, en caso de menores de edad, una valoración psicológica.

8 Cerciórate que la unidad médica donde realices la Cirugía Plástica, Estética o Reconstructiva disponga de la infraestructura y equipamiento necesario para resolver cualquier eventualidad.

9 Permanece dentro del quirófano todo el tiempo debido, y en la unidad médica hasta constatar que tu paciente está fuera de peligro.

10 Informa al paciente y sus familiares sobre los resultados y posibles complicaciones de la cirugía; contesta todas sus dudas, mantén una buena relación y comunicación con él.



GOBIERNO DE MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

REVISTA CONAMED

Director General

Lic. Juan Antonio Orozco Montoya

Editor

Dr. David Olvera López

Director Asociado

Lic. Francisco Javier Guerra Zermeño

Co-editora

Dra. Leticia De Anda Aguilar

Comité Editorial

Dra. Liliana Hernández Mendoza
Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México

Dr. Iván González del Valle
Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México

Dra. Leticia De Anda Aguilar
Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México

Dr. Rafael Arias Flores
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Dra. Silvia Rosa Allende Pérez
Instituto Nacional de Cancerología, México

Dra. Jessica Guadarrama Orozco
Hospital Infantil de México «Federico Gómez», México

Dr. Fortino Solórzano Santos
Hospital Infantil de México «Federico Gómez», México

Dr. Pedro Jesús Saturno Hernández
Instituto Nacional de Salud Pública, México

Dr. José Luis García Ceja
*Dirección General de Calidad y Educación en Salud,
Secretaría de Salud, México*

Dra. Elvira Llaca García
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac, México

Dr. Jesús Carlos Briones Garduño
Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga», México.

Consejo Editorial

Dr. Juan Garduño Espinosa
Hospital Infantil de México «Federico Gómez», México

Dr. Gregorio Tomás Obrador Vera
Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Panamericana, México

Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Academia Mexicana de Cirugía, México

Dr. Germán Fajardo Dolci
Facultad de Medicina, UNAM, México

Dr. Raúl Carrillo Esper
Academia Nacional de Medicina, México

Mtra. Rosa Amarilis Zárate Grajales
Facultad de Enfermería y Obstetricia, UNAM, México

Dra. Olivia Inés Sanhueza Alvarado
Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Chile

Dra. María Argelia Akemi Nakagoshi Cepeda
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Mtro. Carlos José Castro Sansores
Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán, México

Dr. Agustín Antonio Herrera Frago
Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla, México

Dr. Rodolfo Cano Jiménez
*Dirección General de Políticas de Investigación en Salud,
Secretaría de Salud, México*

Mtra. Thelma Rossana González Guzmán
Dirección de Enfermería, Secretaría de Salud, México



Portada: Blanca Acosta Baeza

La REVISTA CONAMED está registrada en los siguientes índices:

Medigraphic • Dialnet • PERIODICA • Biblat • LATINDEX • IMBIOMED • CUIDEN • BVS • EBSCO



REVISTA CONAMED, Año 28, No. 3, julio-septiembre, 2023, es una publicación trimestral editada por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, calle Homero No. 213, Col. Chapultepec Morales, Demarcación Territorial Miguel Hidalgo, C.P. 11570, en la Ciudad de México. Tel. 52 (55) 5062-1600, www.salud.gob.mx. Editor responsable: Lic. Juan Antonio Orozco Montoya, Subcomisionado Jurídico y Encargado del Despacho de los Asuntos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2014-040110340300-203, ISSN: 2007-932X, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número, Lcdo. Francisco Javier Guerra Zermeño, Delegado para atender los asuntos de la Dirección General de Difusión e Investigación, CONAMED, Av. Marina Nacional 60, piso 14, Col. Tacuba, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11410. Tels. 52 (55) 5420-7000, <https://www.gob.mx/conamed>, revista@conamed.gob.mx, fecha de última modificación, 18 de octubre de 2023. Los artículos firmados son responsabilidad del autor. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. REVISTA CONAMED se publica bajo la política de Acceso Abierto (Open Access) y está disponible bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional, por lo que se permite compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra y hacer derivadas, citando la fuente.

- Editorial** 107 **Análisis de la práctica de la Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva desde los datos de las quejas e inconformidades en la CONAMED y la participación en los mecanismos alternativos de solución de controversias**
Analysis of the practice of Plastic, Aesthetic and Reconstructive Surgery from the data of complaints and disagreements in CONAMED and participation in alternative dispute resolution mechanisms
Leticia De Anda Aguilar, Ricardo Martínez Molina
- Invitación** 109 **Consideraciones para incluir a la CONAMED y Comisiones Estatales de Conciliación, Mediación y Arbitraje Médico en la Iniciativa de Ley General de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias**
Considerations for including the National and State Medical Arbitration Commissions in the General Law Initiative on Alternative Dispute Resolution Mechanisms
Francisco Javier Guerra Zermeño, Juan Antonio Orozco Montoya,
Liliana Hernández Mendoza, Iván González del Valle
- 116 **La Cirugía Plástica Estética, repercusiones jurídicas. Recomendaciones para su ejercicio**
Aesthetic surgery, legal repercussions. Recommendations for its practice
Ricardo Landa Reyes, Aramara Yasmin Aco Flores,
Alejandro Alcaraz García
- 126 **La práctica de la Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva desde los datos de la Dirección General de Arbitraje de la CONAMED, 2012-2022**
The practice of Aesthetic and Reconstructive Plastic Surgery from the data of the General Directorate of Arbitration of CONAMED, 2012-2022
Leticia De Anda Aguilar
- 143 **Gestión con calidad, una herramienta para el éxito sostenido de la CONAMED a 27 años de su creación**
Quality management, a tool for CONAMED's sustained success 27 years after its creation
Ricardo Martínez Molina
- 148 **Violencia obstétrica. ¿Es el término, o sus implicaciones?**
Obstetric violence. Is it the term, or its implications?
José Antonio Moreno Sánchez

Análisis de la práctica de la Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva desde los datos de las quejas e inconformidades en la CONAMED y la participación en los mecanismos alternativos de solución de controversias

Analysis of the practice of Plastic, Aesthetic and Reconstructive Surgery from the data of complaints and disagreements in CONAMED and participation in alternative dispute resolution mechanisms

Leticia De Anda Aguilar,* Ricardo Martínez Molina†

El restablecimiento de la salud, en casos de inconformidades o quejas, debe ser el principal objetivo de los profesionales de la salud y los órganos o áreas encargadas de su atención; bajo esta lógica tenemos que los usuarios de servicios médicos tienen depositada la confianza en los prestadores, mismos que para brindar atención de calidad y con calidez, deben someterse al escrutinio mediante el cumplimiento de requerimientos nacionales e internacionales que les permitan aplicar metodología vanguardista, y utilizar los adelantos tecnológicos disponibles para mejorar la salud de sus pacientes.

Sin embargo, no en todos los ámbitos de la prestación de servicios médicos se analizan las necesidades y expectativas de los usuarios con el fin de brindarles servicios que beneficien su calidad de vida; por lo que es en esos momentos que resulta de gran utilidad un organismo como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, donde se generan recomendaciones tanto a los usuarios como a los prestadores de servicios médicos, para salvaguardar el derecho humano de protección a la salud y evitar consecuencias que pueden convertirse en inconformidades.

Se cuenta con herramientas jurídicas y administrativas que el gobierno aplica para hacer posible la tutela de este Derecho Humano de Protección a la Salud, por lo que, el usuario de los servicios de salud, debe contar con los medios que le permitan accesibilidad y concurrencia de la Federación y las entidades federativas a fin de garantizar, como se expresa en el cuarto párrafo del artículo cuarto Constitucional, «*la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.*»

La CONAMED se posiciona como una institución que brinda información clara y oportuna, a través de recomendaciones, pláticas, cursos y acciones educativas, donde expresa una posición de previsión y prevención de conflictos en la relación médico paciente, y busca salvaguardar la salud de las personas.

La información que difunde permite informar a la sociedad problemáticas que se presentan a nivel nacional, como es el caso de la Cirugía Plástica, Estética y

* Directora de la Sala Arbitral.

† Subdirector de Calidad.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Correspondencia: LAA, Ideanda@conamed.gob.mx

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Citar como: De Anda AL, Martínez MR. Análisis de la práctica de la Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva desde los datos de las quejas e inconformidades en la CONAMED y la participación en los mecanismos alternativos de solución de controversias. Rev CONAMED. 2023; 28(3): 107-108. <https://dx.doi.org/10.35366/113062>

Financiamiento: no existió financiamiento.

Reconstructiva; **en específico los profesionales de la salud que no tienen la formación de académica requerida y adecuada para el ejercicio tal especialidad (haber cursado con una residencia médica y estar certificado)**, por lo tanto, al no contar con los conocimientos, perjudican la salud y economía de sus pacientes; como consecuencia, daños irreparables a la salud e incluso la vida y hasta la probable comisión de un delito.

Sin duda coincidimos con la idea de que el paciente espera el resultado y podrá obtenerlo, pero no exigirlo, aunque sí tiene derecho a que la atención médica sea prestada con pericia y diligencia.

Siempre existe un riesgo inherente al acto médico, quizás perfectamente evaluable estadísticamente, pero imprevisible en lo individual. Hay una zona progresiva de certidumbre que la diligencia y la pericia del médico logran vadear; asimismo, existe una zona de incertidumbre, en la cual se mantiene el riesgo, sin existir por ello mala praxis.

En este postulado no podemos concebir como sinónimos el riesgo inherente de la mala praxis o conducta dolosa de aquellos profesionales de la salud que, a sabiendas de no contar con la especialidad médica y la certificación del colegio correspondiente, se atreven a someter a procedimientos invasivos a pacientes, con consecuencias lamentables a la salud y a la calidad de vida.

Sobre esta misma línea, se cuenta la necesidad de fortalecer el actuar de la CONAMED, dentro de

los mecanismos alternativos de solución de controversias, la transformación de las organizaciones gubernamentales es una tarea difícil; sin embargo, cuando se vinculan voluntades de diferentes niveles de gobierno y éstas se dirigen a beneficiar integralmente a la ciudadanía, los cambios fluyen en beneficio de cada persona contemplada en el Plan Nacional de Desarrollo y sus diferentes programas sectoriales y de trabajo.

Tomar en cuenta el Modelo Mexicano de Arbitraje Médico como una de las piedras angulares de los mecanismos alternativos de solución de controversias (MASC), considerados en el párrafo quinto del artículo 17 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se presenta como una necesidad para avanzar en la transformación de este organismo, que cada vez mira más por la solución de controversias y del conflicto a través del propio restablecimiento de la salud y de la relación médico paciente.

Los MASC en la materia médica son una herramienta de trascendencia ética y moral que, lejos de judicializar el acto médico y sus consecuencias, buscan generar una nueva cultura para contribuir en la solución de los conflictos derivados de la atención médica, teniendo como garantía la imparcialidad, la gratuidad y criterios homologados a nivel nacional para atender tanto a usuarios como a los prestadores de servicios médicos en la CONAMED, o en alguna de las 28 Comisiones Estatales de Conciliación, Mediación y Arbitraje Médico en el país, por lo que debe formar parte del Sistema.

Consideraciones para incluir a la CONAMED y Comisiones Estatales de Conciliación, Mediación y Arbitraje Médico en la Iniciativa de Ley General de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias

Considerations for including the National and State Medical Arbitration Commissions in the General Law Initiative on Alternative Dispute Resolution Mechanisms

Francisco Javier Guerra Zermeño,* Juan Antonio Orozco Montoya,†
Liliana Hernández Mendoza,‡ Iván González del Valle[¶]

RESUMEN

En cumplimiento a las atribuciones y facultades conferidas en su Decreto de Creación, desde 1996,¹ la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se ha consolidado como un órgano que contribuye en la solución de los conflictos derivados de la relación médico-paciente con servicios gratuitos, imparciales y expeditos, que ha privilegiado la voluntad de las partes en la búsqueda de la mejor solución. La sociedad y las diversas relaciones y vinculaciones de las personas han evolucionado en conjunto con las necesidades y expectativas que los usuarios de los servicios médicos tienen, en función de las diversas enfermedades que aquejan a la población y que deben ser atendidas con el fin de garantizar el derecho constitucional de protección a la salud. Al evolucionar las relaciones sociales, el marco jurídico de referencia debe ajustarse a los nuevos criterios nacionales e internacionales, con el objetivo de regular la conducta de las personas que conviven en nuestro país y que buscan, en un momento determinado, atención médica, de la cual se pueden presentar irregularidades que posteriormente se convierten en inconformidades, y finalmente catalogadas por consultores de la CONAMED como quejas que pueden transitar en el proceso conciliatorio o arbitral para encontrar su solución. Estos mecanismos alternativos de solución de controversias especializados, sin duda, requieren de un marco jurídico actualizado, que permita garantizar en todo momento la mejor alternativa para que las partes involucradas puedan encontrar la mejor solución, utilizando los menores recursos posibles y garantizando la imparcialidad y eficacia de los mismos, por lo que incluir a la CONAMED en la Ley General de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias resulta imprescindible para garantizar el goce de los derechos humanos de los pacientes en nuestro país.

Palabras clave: mecanismos alternativos de solución de controversias, iniciativa de ley, centro público de mecanismos alternativos de solución de controversias, consideraciones.

ABSTRACT

In compliance with the attributions and competencies conferred in its Creation Decree, since 1996,¹ the National Medical Arbitration Commission has established itself as a body that contributes to the resolution of conflicts arising from the doctor-patient relationship with free, impartial and expeditious, which has privileged the will of the parties in the search for the best solution. The evolution of society and the various relationships and connections of people have evolved together with the needs and expectations that users of medical services have as the diseases that afflict the population and that

* Director General de Arbitraje.

† Subcomisionado Jurídico y Encargado del despacho de los asuntos de la CONAMED.

‡ Directora General de Conciliación.

¶ Director General de Orientación y Gestión.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Correspondencia:

FJGZ, francisco.guerra@conamed.gob.mx

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

Citar como: Guerra ZFJ, Orozco MJA, Hernández ML, González VI.

Consideraciones para incluir a la CONAMED y Comisiones Estatales de Conciliación, Mediación y Arbitraje Médico en la Iniciativa de Ley General de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias. Rev CONAMED. 2023; 28(3): 109-115. <https://dx.doi.org/10.35366/113063>

Financiamiento: no se recibió patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Recibido: 22/09/2022.

Aceptado: 22/09/2022.

must be attended to with care have evolved in order to guarantee the constitutional right to health protection. As social relations evolve, the legal framework of reference must adjust to the new national and international criteria that allow regulating the conduct of people who live together in our country and who seek, at a given time, medical attention, from which they can present irregularities that later become disagreements and finally cataloged by CONAMED consultants as complaints that can go through the conciliation or arbitration process to find a solution. These alternative specialized dispute resolution mechanisms undoubtedly require an updated legal framework that allows the best alternative to be guaranteed at all times so that the parties involved can find the best solution using the fewest resources possible, guaranteeing the impartiality and effectiveness of the themselves, so including CONAMED in the General Law of Alternative Dispute Resolution Mechanisms is essential to guarantee the enjoyment of human rights in our country.

Keywords: alternative dispute resolution mechanisms, bill initiative, public center for alternative dispute resolution mechanisms, considerations.

ANTECEDENTES

En el año 2017 se concedió al Congreso de la Unión la atribución para que en un término no mayor a 180 días expidiera una Ley General de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias, plazo que al día de hoy está desfasado.

El 24 de enero del 2023 se presentó en el Congreso de la Unión por la Senadora, Ministra en Retiro y Doctora, Olga María del Carmen Sánchez Cordero Dávila, la Iniciativa de Ley General de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias,² donde se propone, además de la estandarización nacional de los mecanismos de solución de controversias, crear un instrumento que sienta las bases y principios de los mecanismos alternativos de solución de controversias en materia civil, mercantil, familiar, comunitaria, escolar, condominal, indígena, administrativa, propiedad intelectual, derechos de autor, fiscal, agraria medioambiental y electoral, entre otros ámbitos de aplicación, siempre y cuando no se contrapongan con otras leyes que establezcan procedimientos conciliatorios, con excepción de la materia penal, puesto que ya cuenta con legislación correspondiente, tal como lo mandata la segunda parte del quinto párrafo del artículo 17 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos³ y que dio origen a la expedición de la Ley Nacional de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias en Materia Penal.

Bajo estas líneas discursivas, en agosto del 2023, encabezados por la senadora Doctora Olga María del Carmen Sánchez Cordero Dávila, se iniciaron diversos foros regionales y nacionales, con la finalidad de que a través de un parlamento abierto se construyera una herramienta legal inclusiva, que

abordara todas las aristas de los Mecanismos de Solución de Controversias.

Fue el día 22 de agosto del 2023 que se instaló el grupo de trabajo para la creación del proyecto de Ley General.

Tomando en cuenta la necesidad de fortalecer las atribuciones de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), como administradora de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias Especializados en Materia Médica desde el año 1996, el 25 de septiembre del 2023 los Directivos, Francisco Javier Guerra Zermeño, Director General de Arbitraje; Liliana Hernández Mendoza, Directora General de Conciliación; Iván González del Valle, Director General de Orientación y Gestión; y Juan Antonio Orozco Montoya, Subcomisionado Jurídico y Encargado del Despacho de los Asuntos; con el apoyo e intervención de la Mtra. Gema Ayecac Jiménez, quien es Mediadora privada certificada y Docente en la División de Estudios de Postgrado de la Facultad de Derecho de la UNAM; además de integrante y asesora del grupo de trabajo creado el 22 de agosto del 2023; acudieron a una sesión ante el Grupo de Trabajo para presentar la propuesta de inclusión de la CONAMED en la iniciativa de Ley General de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias (*Figura 1 y 2*).

EN DICHA REUNIÓN SE EXPUSIERON LOS SIGUIENTES MOTIVOS

El compromiso de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico con la sociedad además de dirigirse a dirimir de manera objetiva e imparcialmente las controversias que se suscitan entre los profesionales de la salud y sus pacientes, debe contar con



Figura 1:

Participación de Directivos de la CONAMED, durante la Reunión en el Senado de la República.

objetivos que permitan influir positivamente en la mejora de la práctica médica pública, social y privada en nuestro país.

Se indicó que la CONAMED, el 03 de junio de 1996,¹ fue creada mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación, como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud para contribuir a la solución de conflictos derivados de la relación médico-paciente, aplicando, sin ser conceptualizados en ese momento, los mecanismos, mecanismos alternativos especializados en materia médica.

En dicho instrumento normativo, se conceptualizó un sistema nacional coordinado para la atención de quejas por inconformidades en la prestación de los servicios médicos, y se dispuso la atribución en la fracción XI del artículo 8º, para que la CONAMED pudiera «...Asesorar a los gobiernos de las entidades federativas para la constitución de instituciones análogas a la Comisión Nacional...». De este modo, inició sus actuaciones como rector del Proceso Arbitral Médico en México.

El 03 de febrero de 2004, con la publicación en el Diario Oficial de la Federación del Reglamento Interno de la CONAMED,⁴ surgió la atribución del Comisionado Nacional, en el artículo 7 fracción XX, para coordinar la vinculación con las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico y promover la uniformidad de procedimientos, de conformidad con el Modelo Mexicano de Arbitraje Médico, dando paso a la creación del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico (CMAM) en abril del 2002.

De manera complementaria, el marco jurídico de actuación de la CONAMED fue progresando y



Figura 2: Directivos de la CONAMED, en el Senado de la República.

el 25 de julio del año 2006 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la CONAMED,⁵ cuyo contenido regula todo el proceso arbitral, que se inicia con la presentación y admisión de una inconformidad y terminan por alguna de las causas establecidas en ese reglamento; comprende las etapas conciliatoria y decisoria y se tramita con arreglo a la voluntad de las partes, en estricto derecho o en conciencia.

El 19 de septiembre del año 2006 se reformó el artículo 54 de la Ley General de Salud,⁶ puntualizando que:

«...Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como mecanismos para que los

usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos. En el caso de las poblaciones o comunidades indígenas las autoridades sanitarias brindarán la asesoría y en su caso la orientación en español y en la lengua o lenguas en uso en la región o comunidad...».

Con el mismo argumento y considerando la característica evolutiva del sistema jurídico mexicano, se contempló una reforma constitucional del 18 de junio de 2008, para instaurar el Sistema de Justicia Penal Acusatorio, incluyendo en el párrafo cuarto del artículo 17, a los mecanismos alternativos de solución de controversias, al señalar: «...Las leyes preverán mecanismos alternativos de solución de controversias. En la materia penal regularán su aplicación, asegurarán la reparación del daño y establecerán los casos en los que se requerirá supervisión judicial...».

La inclusión de estos mecanismos en nuestra Constitución Política implica un cambio cultural, al convivir la posición represiva y la vía de la justicia alternativa, que fortalece la posición de la víctima y da preferencia a la búsqueda de una solución al conflicto.

Esta reforma no sólo reafirmó el trabajo realizado por la CONAMED desde 1996; transformó y fundó la forma de aplicar a los mecanismos alternativos de solución de controversias, contemplándolos a nivel constitucional e incrustándolos en el sistema jurídico mexicano, como una alternativa confidencial, transparente, gratuita, rápida y efectiva, sin dilaciones, intermediarios y sin necesidad de contratar abogados; todo esto la volvió atractiva para la población.

Finalmente, el 17 de marzo del 2009, se reformó y adicionó al artículo 51 Bis 3 de la Ley General de Salud,⁶ adicionando la obligación a los prestadores de servicios de salud o a las instancias que las instituciones de salud tengan, para atender y resolver en forma oportuna y efectiva las quejas que los usuarios presenten por la atención médica recibida, cuando la solución corresponda a su ámbito de competencia, reforma que da cuerpo a la existencia no sólo de la CONAMED, sino de las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico.

Es importante precisar que el objetivo principal de la CONAMED es colaborar con las instituciones de salud para que se garantice uno de los bienes de máxima jerarquía en el país: la salud de los mexicanos. Es por ello que se considera incluir este órgano en la propuesta que se impulsa desde el Senado de la República para avanzar en su evolución, mismo que atiende las quejas a nivel nacional del Sector Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), Servicios Médicos de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Servicios Médicos de la Secretaría de Marina (SEMAR), IMSS BIENESTAR e Instituciones Privadas y Sociales.

Las normas jurídicas que regulan al organismo datan de 1996 a través de un Decreto Presidencial, un Reglamento Interior del 2004⁴ y un Reglamento de Procedimientos del año 2006,⁵ por lo que se considera deben evolucionar y adaptarse a la nueva realidad jurídica y de desarrollo social de la actual administración.

En septiembre del 2022, hace un año, se dio cumplimiento a la instrucción permanente del señor Secretario de Salud, Dr. Jorge Alcocer Varela, de poner como centro de atención, la salud de los pacientes; pues lo principal es restablecer su integridad y recuperar su tranquilidad.

Incluir a la CONAMED en la iniciativa será el inicio de su revolución y transformación. Si bien, todos los organismos que operan mecanismos alternativos de solución de controversias son importantes, el objetivo es que no pase desapercibido y aprovechar la oportunidad de dirigir acciones que garanticen el derecho a la salud, los derechos humanos y se prevengan conflictos entre pacientes y profesionales de la salud.

Del tratamiento estadístico, es necesario mencionar que, en el 2023, las gestiones inmediatas se han incrementado en comparación con el año anterior en un 46% (820), el número de quejas subió un 21% (654), las asesorías 40% (4,726), mientras que las orientaciones se han mantenido con una variación del 2% (7,539); en el área de conciliación, el incremento de soluciones de quejas pasó de un 34% de efectividad a un 61%, es decir, que seis de cada 10 quejas son conciliadas.

En el área decisoria (Arbitraje), se logró modificar la forma de emitir resoluciones, y pasar de

sólo condenas económicas, a recomendaciones de mejora en la calidad de los servicios, relacionadas con capacitación en materia de derechos y dignidad humana.

Fueron emitidas recomendaciones dirigidas a los directivos de cada unidad médica involucrada, relacionadas con los principales errores de la práctica médica, la necesidad de que el personal debe contar con cédulas profesionales, certificaciones y recertificaciones; realizar diagnósticos y atención integral; atender oportunamente la referencia y contrarreferencia; el registro correcto del expediente clínico; los elementos del consentimiento válidamente informado; y hasta la asignación de residentes sin supervisión de médicos adscritos, lo cual pone en peligro la salud de la población.

Otro elemento relevante está relacionado con el hecho de que la CONAMED debe ser identificada como un órgano que cuenta con mecanismos alternativos de solución de controversias; con la oportunidad de ser una institución que durante la atención de las quejas, la emisión de resoluciones y las colaboraciones que realiza a través de los dictámenes médicos institucionales, impacta directamente en la mejora de la calidad de los servicios de aquellas unidades médicas ya identificadas con mala práctica médica. Por lo tanto, incluirla en la Ley General, hará más sólido su marco de actuación y permitirá que impacte de manera positiva al Sistema Nacional de Salud, detectando deficiencias en las instituciones y en el personal identificado con mala práctica, y con ello podrá lograr implantar una cultura de mejora y evitar su recurrencia.

También es necesario considerar, tal y como ya lo ha visualizado la Senadora Olga María del Carmen Sánchez Cordero Dávila en su iniciativa, que existen Centros Estatales de Justicia Alternativa, al igual que Comisiones Estatales de Mediación, Conciliación y Arbitraje Médico, 28 en total en el país, y que esta propuesta de Ley General debería incluirse como parte del Sistema de Justicia Alternativa, con la finalidad de contar con un sólo sistema que funcione bajo principios, reglas y procedimientos estandarizados, cada uno en el marco de su competencia y materia de atención.

Bajo esta tesitura y tomando en cuenta el andamiaje jurídico que existe en el país, así como la

necesidad de que la atención médica se brinde adecuadamente y en términos de calidad, disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad, se considera justificado que la CONAMED sea contemplada como un «Centro Especializado del Sistema de Justicia Alternativa», dada la autonomía técnica especializada de la misma, sustentando su postura en las siguientes:

CONSIDERACIONES Y/O PROPUESTAS:

1. Incluir un artículo donde se incorpore a la CONAMED y, en su caso, a los otros centros especializados federales o nacionales; al igual que a los especializados de las entidades federativas (por ejemplo, a las Comisiones Estatales de Conciliación, Mediación y Arbitraje Médico).
2. El diseño y contenido del artículo debe contemplar a la CONAMED como un Centro Especializado de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias, pues si bien es un organismo público, este solo puede atender problemas que se suscitan en la relación médico-paciente, por lo que deben quedar definidos y separados los centros públicos (diversas materias), de los especializados (una sola materia).
3. Conceptualizar a estos centros en el manejo *ad-hoc* de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias, como órganos especializados sectorizados a la administración pública, autónomos, descentralizados, desconcentrados en materias de salud, de servicios financieros, de seguros y finanzas, del consumidor; así como del contribuyente, constituidos y creados mediante decretos o leyes específicas anteriores a la reforma constitucional del 2008; así como los correspondientes en las entidades federativas, considerando a:
 - a) Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).
 - b) Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).
 - c) Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).
 - d) Procuraduría de la Defensa del Contribuyente (PRODECON).
 - e) Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO).

- f) Centros Estatales Especializados en Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias (comisiones estatales de arbitraje médico).
4. Estos órganos no pueden estar a cargo directo del Poder Judicial de la Federación, ya que los decretos o instrumentos de creación de los Centros Especializados en Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias, establecen su operación, por lo que necesariamente la iniciativa deberá considerar la forma de coordinación de los organismos públicos, privados y especializados bajo principios y reglas generales que no afecten su conformación o las atribuciones que otras leyes les otorgan.
 5. Armonizar la Ley General, para incluir los términos públicos y especializados, considerando que la naturaleza de creación y atribuciones de unos y otros es diversa, sin embargo, buscan un mismo fin que es la Justicia Alternativa.
 6. Estos centros conceptualizados como *órganos especializados en Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias, sectorizados a la administración pública, autónomos, descentralizados, desconcentrados en materias de salud, de servicios financieros, de seguros y finanzas, del consumidor; así como del contribuyente, constituidos y creados mediante decretos o leyes específicas anteriores a la reforma constitucional del 2008; así como los correspondientes en las entidades federativas, contarán con un titular y la escritura y atribuciones que les otorgue su normativa específica.*
 7. *Estos Centros Especializados formarán parte del Sistema de Justicia Alternativa y aplicarán la presente Ley General, en todo lo que no se oponga a sus instrumentos de creación, de igual forma armonizarán su normatividad de manera progresiva a efecto de homologar sus procesos.*
 8. Todas las organizaciones requieren de personal y, por lo tanto, los titulares de estos centros serán designados de conformidad con sus decretos o instrumentos de creación, cumpliendo con los requisitos en ellos establecidos, y les corresponde mantener actualizada la información respecto del ejercicio de sus funciones y remitir al Registro Nacional de Personas Facilitadoras la información correlativa.
 9. Contando con la aprobación de las propuestas, es necesario realizar una armonización de todo el texto contenido, para incluir a los Centros Especializados en MASC dentro de toda la Ley como un elemento más del sistema nacional, esto incluye a la CONAMED y a las Comisiones Estatales.
 10. La Ley General de los MASC debe incluir como mínimo a la mediación, la conciliación, la negociación, al arbitraje y procedimiento restaurativo, al igual que los buenos oficios, que han logrado ser una parte toral para el desarrollo de las gestiones inmediatas como un elemento de solución de la controversia.
 11. Otro elemento importante es impulsar medidas de apremio que se pudiesen imponer a las autoridades a las que se requiere aportar información o comparecer, en el supuesto de que no se colabore en la rendición de informes, envío de documentos o en su caso, asistir a desahogar los requerimientos del Centro Nacional de MASC, a efecto de no dejar en estado de indefensión a las partes.
 12. Tomando como antecedente y ejemplo la implementación del Sistema de Justicia Acusatorio (Juicio Oral) y de la reforma laboral, en donde no se piden mayores elementos a los operadores de dichos sistemas que el contar con formación de abogados, **debe establecerse un periodo de gracia para la certificación del personal que actualmente ya opera de una forma empírica el sistema.**
 13. Considerando la experiencia de algunos países como Ecuador en los MASC, podríamos señalar la importancia de que la Ley General considere en alguna parte de su texto, **asistir de manera obligada a las audiencias convocadas por los Centros Públicos o Especializados, sin que ello implique la obligación de conciliar o someterse a los MASC, pero sí atender el requerimiento.**
 14. De igual forma, en la Ley General debe plasmarse la obligatoriedad de toda autoridad **para atender los requerimientos de los centros, así como proporcionar la información que se les requiera para realizar sus funciones, una vez que de manera voluntaria hayan decidido**

someterse a un procedimiento alternativo de solución.

15. Asimismo, deberá señalarse en un artículo transitorio, que los Centros Especializados en Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias se regirán por sus decretos o instrumentos de creación, incluyendo los requisitos y la designación de su titular; y en término no mayor a 180 días, adecuarán sus instrumentos normativos; tomando en cuenta que esta Ley General deberá ser orientadora en cuanto a sus principios y supletoria a los mismos, en el caso de que no contemplen algunas figuras necesarias para la implementación de los MASC en dichas materias.
16. Finalmente, resulta necesario considerar incluir la propuesta de las sanciones derivadas en términos de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, cuando los administradores de Mecanismos Administrativos de Solución de Controversias faltaran a los principios que rigen la ética y el servicio profesional, esto permitirá contar con institución libres de corrupción.

Los suscritos estamos convencidos de que las propuestas presentadas son viables y suman a la iniciativa presentada por la Senadora Olga María del Carmen Sánchez Cordero Dávila; que como corolario consideramos es una excelente propues-

ta legislativa² que sin duda cambiará la forma de resolver las diferencias en el país, con procesos gratuitos, confidenciales, personalizados, de atención inmediata, con agilidad procesal y sobre todo con imparcialidad y respeto a los derechos humanos, en los que en todo momento de manera voluntaria participarán las partes en conflicto, en caso de los temas de salud, buscando restaurar la relación médico-paciente.

REFERENCIAS

1. Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Diario Oficial de la Federación (03 de junio de 1996).
2. Iniciativa con proyecto de Decreto por el que se expide la Ley General de Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias. (consultado el 18 de agosto de 2023 Disponible en: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2023/01/asun_4481519_20230124_1674585019.pdf)
3. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación (05 de febrero de 1917).
4. Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Diario Oficial de la Federación (03 de febrero de 2004).
5. Reglamento de Procedimientos Para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Diario Oficial de la Federación (21 de enero de 2003).
6. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación (07 de febrero de 1984).

La Cirugía Plástica Estética, repercusiones jurídicas. Recomendaciones para su ejercicio

Aesthetic surgery, legal repercussions. Recommendations for its practice

Ricardo Landa Reyes,* Aramara Yasmin Aco Flores,† Alejandro Alcaraz García‡

* Director de Sala Arbitral.

† Especialista en Geriátrica.

‡ Especialista Cirujano Oncólogo.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Dirección General de Arbitraje.

Correspondencia: RLR, rlanda@conamed.gob.mx

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

Citar como: Landa RR, Aco FAY, Alcaraz GA. La Cirugía Plástica Estética, repercusiones jurídicas. Recomendaciones para su ejercicio. Rev CONAMED. 2023; 28(3): 116-125. <https://dx.doi.org/10.35366/113064>

Financiamiento: no se recibió patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Recibido: 19/06/2023.

Aceptado: 19/06/2023.

RESUMEN

Ante el aumento en el número de cirugías plásticas estéticas es imperioso tener presente las obligaciones del personal de salud. En México este tipo de cirugías de complacencia sólo pueden efectuarse por médicos que cursen la especialidad de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, por lo que todas las complicaciones y consecuencias que emanen de un procedimiento llevado a cabo por personal médico no legitimado se consideran debidas a mala práctica sujetas a las sanciones jurídicas correspondientes. Se considera en muchos países, sin ser el nuestro una excepción, que la Cirugía Plástica Estética implica la obligación de diligencia y resultados, quedando en manos del cirujano plástico estético la prueba de la no culpa en caso de un litigio por mala práctica, por lo que es fundamental que se conozca el marco jurídico y de deontología médica que le permita el ejercicio de su profesión apegado a derecho, por lo que el presente artículo pretende ser una guía para colaborar a la buena práctica de la Cirugía Plástica Estética.

Palabras clave: Cirugía Plástica Estética, legislación y jurisprudencia, recomendaciones para profesionales.

ABSTRACT

Given the increase in the number of aesthetic plastic surgeries, it is imperative to keep in mind the obligations of health personnel. In Mexico, this type of complacency surgery can only be performed by doctors who complete the specialty of Aesthetic Plastic and Reconstructive Surgery, so all the complications and consequences that arise from a procedure carried out by non-legitimized medical personnel, are considered due to malpractice subject to the corresponding legal sanctions. It is considered in many countries, without ours being an exception, that aesthetic plastic surgery implies the obligation of diligence and results, leaving the proof of non-fault in the hands of the aesthetic plastic surgeon in case of malpractice litigation, therefore, it is essential to know the legal and medical ethics framework that allows to exercise the profession in accordance with the law, so this article aims to be a guide to collaborate in the good practice of aesthetic plastic surgery.

Keywords: Plastic and Aesthetic Surgery, legislation and jurisprudence, recommendations for professionals.

INTRODUCCIÓN

El auge de las cirugías estéticas en nuestro país ha llevado a reconsiderar el acto médico en cuanto a las obligaciones del profesional de la salud y a la carga de la prueba en los litigios derivados de inconformidad por los resultados obtenidos en este tipo de cirugía de complacencia.

Según Trigo Represas, la responsabilidad jurídica profesional *«es en la que incurre todo individuo que ejerce una profesión, al faltar a los deberes especiales que ésta le impone; o sea que se trata de una infracción típica, concerniente a ciertos deberes propios de esa determinada actividad»*.¹ Conforme a ello, es obligatorio que todo individuo que practique una profesión deba poseer los conocimientos teóricos y prácticos propios de la misma, obrar con diligencia y previsión necesarias y con apego a las reglas y métodos que le corresponden. La responsabilidad jurídica puede ser civil, penal o administrativa, según el ordenamiento jurídico a que afecten y por el que se regulen sus efectos. Para que se ponga en juego la responsabilidad, es menester que exista una falta médica o el incumplimiento de los deberes profesionales; por ello, para que quede configurada la responsabilidad deben concurrir:

1. Obligación preexistente (estudiar, diagnosticar, tratar, evaluar resultados, etcétera).
2. Falta médica (impericia, imprudencia, negligencia), es decir, que el médico sea culpable del daño.
3. Daño ocasionado.
4. Determinación causal entre el acto médico y el daño ocasionado.

Cuando se analiza un caso de responsabilidad médica, con respecto a la relación de causalidad, por lo general es una cuestión difícil de dilucidar, no sólo porque están en juego algunos aspectos determinantes de la salud o la enfermedad a los que la ciencia médica es incapaz de dar una respuesta (hay que recordar que la Medicina no es una ciencia exacta), sino porque en virtud de la relatividad de los juicios médicos, muchos de los problemas o complicaciones se intentan explicar como imprevisibles o imponderables, aunque no siempre sea así.

La culpa es la imprevisión de un resultado, que pudo preverse y evitarse si se hubiera obrado con la diligencia requerida por las circunstancias. La jurisprudencia de los tribunales tiene resuelto que, cuando está en juego el respeto por la vida ajena, cualquier negligencia o descuido adquiere particular gravedad. La culpa, en el caso del médico, puede presentarse, básicamente, bajo tres facetas distintas: a) negligencia, b) cuando el galeno omite cierta actividad que habría evitado el resultado dañoso, no hace lo que debe o hace menos; y c) como imprudencia, cuando se obra precipitadamente, sin prever por entero las consecuencias en que puede desembocar ese obrar irreflexivo; o como impericia, cuando el profesionista desconoce las reglas y métodos pertinentes.

Las obligaciones profesionales determinan una especial regla de diligencia, definida en la *lex artis* médica, que es el conjunto de procedimientos, técnicas y reglas generales de la profesión. Como en toda relación jurídica obligatoria, el deudor, en este caso el médico, tiene a su cargo la prueba del pago o cumplimiento de lo debido, que aquí, consiste en el actuar diligente, es decir, la no culpa.

Por su parte, la jurisprudencia y la doctrina españolas expresan que, para determinar la existencia de culpa médica, no es suficiente afirmar el carácter de «medios» de la obligación del médico; sino que, por el contrario, dicho juicio de culpabilidad entraña siempre una tarea comparativa de la conducta desplegada por el profesional, respecto a estándares o modelos, y que tal comparación no puede llevarse a cabo sin definir previamente los puntos de referencia. La autoridad debe conocer cuáles son los medios que debió desplegar el facultativo, para determinar a continuación si los desplegados efectivamente se ajustaron o no a tal modelo.²

En los ordenamientos civiles, por lo general, se especifican dos regímenes o ámbitos de responsabilidad: contractual y extracontractual. La responsabilidad contractual u obligacional proviene del incumplimiento de una obligación preexistente; en cambio, en la extracontractual depende de la violación al principio general de no dañar.

La responsabilidad del médico que se desempeña a nivel particular o privado es, en la mayoría de los casos, contractual; por esta responsabilidad, el profesional de la salud se compromete a tratar la enfermedad, poniendo en ello toda su ciencia

y prudencia; el enfermo tendrá que someterse al tratamiento que se le indique y pagar los honorarios que correspondan.

Antes de que se produzca el daño, el médico y el paciente ya se conocen, sin embargo, hay supuestos de responsabilidad extracontractual, por ejemplo, en el caso de seguros de gastos médicos o cuando se atiende de urgencia a un accidentado, siendo en ese momento, cuando se conocen el médico y el paciente.

En el ámbito contractual, se trata de un contrato de servicios profesionales que tiene la característica de que el paciente lo puede rescindir en cualquier momento y cambiar de facultativo, en cuyo caso abonará por los servicios prestados hasta ese momento; por lo general, no hay firma de documentos que consignent los derechos y las obligaciones de las partes y, cuando la hay, el contrato no tiene contenido normativo; las partes no discuten las cláusulas que la jurisprudencia ha admitido como contenidas en el negocio, es decir, existe un amplio contenido implícito.

El paciente no está obligado a someterse a tratamiento médico y/o quirúrgico, tiene plena libertad contractual y la autonomía de la voluntad, el contrato es rescindible a instancia de cero cualquiera de las partes, de forma libre, y no hay subordinación entre el médico y el paciente. Es necesario ponderar que, en la relación entre el médico y el paciente, se trata de un contrato celebrado entre un experto y un lego, es decir, entre un profesional con conocimientos en una determinada área del saber humano con fundamentos científicos, técnicos y prácticos y, por otra parte, una persona que puede carecer de conocimientos al respecto, e incluso, puede no entender los términos médicos.

Según Larenz,³ la doctrina dominante considera el contrato del paciente con el médico como contrato de servicios y no como contrato de obra, pues el médico sólo promete el correcto tratamiento del paciente, es decir, su actividad técnica, pero no el resultado deseado: la curación del enfermo. Esta clasificación basada en el objeto del contrato, discutida en doctrina, pero ampliamente aceptada por la jurisprudencia, consiste en:

1. Contrato de medios: el deudor, en este caso el médico, se obliga a realizar una conducta diligente, o sea, sólo se compromete a poner de su

parte los medios razonablemente conducentes para llegar al resultado que se pretende, esto es, en lo posible, pero sin garantizar o asegurar el resultado. También se les llama obligaciones de actividad, pues la deuda del deudor, que es el trabajo mismo, es una deuda de actividad. En las obligaciones de medios, la diligencia es el objeto mismo de la obligación; por ello, se les denomina también «obligaciones de diligencia».⁴

2. Contrato de resultado: el deudor se obliga a una conducta diligente para llegar a un resultado que se garantiza, es decir, se compromete un resultado determinado; por ejemplo, el caso de la elaboración en donde normalmente se cobra a la consecución final del producto. En las obligaciones de resultado, sostiene Díez Picazo,⁴ la diligencia es para la realización de un fin, pero éste se compromete.

La importancia de la distinción de estas obligaciones radica en el factor de atribución de la responsabilidad y en la prueba del incumplimiento o prueba de la culpa. Respecto al régimen probatorio, en las obligaciones de resultado, al acreedor (paciente) le bastará con invocar que no se logró el resultado, correspondiendo al deudor (médico) la acreditación de que ello ocurrió por causa extraña o ajena, un caso fortuito o fuerza mayor. En las obligaciones de medios, no es suficiente la mera no obtención del resultado (curación, por ejemplo), pues no se aseguró o garantizó el resultado, sino que el paciente debe demostrar que ello acaeció por culpa o negligencia del obligado.

En el caso de los médicos y abogados, ni el médico asegura que va a curar al enfermo, ni el abogado que va a ganar el pleito, sino que únicamente se comprometen a cumplir una prestación eficiente, idónea, con ajuste a los procedimientos que las respectivas técnicas señalen como los más aptos para el logro de esos fines, pero sin poder dar certeza de que ellos se puedan alcanzar. El médico no está obligado a lograr la curación, ni siquiera mejoría, porque ésta implica un resultado aleatorio que depende de múltiples factores, los cuales no todos están bajo el control del médico (herencia, genética, edad, constitución, disposición anímica, enfermedades concomitantes, hábitos del paciente, etcétera); por ello, el médico se obliga a aquello que está en sus manos y no a lo que escapa de su control.

En este contexto, un caso *sui generis* lo constituye la Cirugía Plástica Estética. En México no existía hasta el 11 de agosto de 2023, el reconocimiento oficial de la especialidad de Cirugía Plástica Estética, esta disciplina se estudia como parte de la especialidad de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva. Las especialidades médicas se rigen bajo el Plan Único de Especialidades Médicas (PUEM) y el único curso de especialización médica que incluye estudios de Cirugía Plástica Estética en su PUEM es el de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva.⁵

La Cirugía Plástica es una especialidad quirúrgica que puede actuar con dos objetivos diferentes: el primero destinado a la reconstrucción de órganos y tejidos lesionados o disfuncionales (Cirugía Plástica Reconstructiva), y el segundo, al mejoramiento estético de las personas (Cirugía Plástica Estética). Esta última presenta gran particularidad, pues, en general, se realiza sobre personas que no presentan patología orgánica, sino una necesidad psicológica de adecuarse a los parámetros de belleza que estén vigentes en la sociedad donde vive o que son estimados por el propio interesado.

Lo anterior conlleva a que quien decide realizarse una Cirugía Plástica Estética se somete a un riesgo innecesario desde el punto de vista de su salud física, buscando una satisfacción psicológica subjetiva. La propuesta, en este caso, sobre la necesidad de una intervención, proviene sólo del paciente, y es el cirujano plástico quien ofrece su arte y tecnología para realizarlo, éste está obligado a advertir acerca de los riesgos que debe asumir en cada una de las alternativas técnicas planteadas; sin embargo, las inclinaciones mercantilistas que ha tenido la Medicina, llevan a que los mismos médicos generen las expectativas necesarias para que la sociedad solicite estos servicios.⁶

La función de la Cirugía Plástica Estética está ligada a una precisa demanda de la colectividad y desempeña un importante rol en la medicina social. Es multidisciplinaria, valiéndose de todos los conocimientos de las ciencias fundamentales como la biofísica, la bioquímica, la patología, de las aportaciones de la medicina general y de la cirugía, y de algunas de sus especialidades como Medicina Interna, Endocrinología, Dietética y Nutrición, Dermatología, Angiología, Ortopedia, Fisioterapia, Odontología, además de las aportaciones de numerosas disciplinas humanas tales como

la Antropología, Psicología, Sociología, Filosofía, Pedagogía, etcétera.⁷

Incluso, se dice que, en muchos casos, es indispensable la opinión de un psiquiatra para juzgar el estado mental del paciente y del beneficio que le puede reportar la intervención estética, particularmente en lo que se refiere a Cirugía Plástica Estética en adolescentes, pues, de manera general, quien se somete a intervenciones quirúrgicas costosas, riesgosas, con molestias y tratamientos postoperatorios, no se encuentra en un estado de bienestar psíquico y social.

En el caso de los menores de edad y adolescentes, la decisión de cirugías plásticas estéticas se ve drásticamente afectada por la inestabilidad emocional e inmadurez propia de su etapa de desarrollo, el inconcluso crecimiento anatómico y los riesgos que toda intervención acarrea. Una desvaloración de la imagen corporal trae como consecuencia ciertas reacciones depresivas, presentes en muchos adolescentes, quienes se sienten cohibidos de mostrar sus cuerpos por considerarlos afectados. Para encontrar el origen de este problema y tratarlo correctamente se requiere asesoría psicológica, terapias y entrenamiento en habilidades sociales; con un adecuado autoconocimiento y aceptación, se podrá considerar si realmente se quiere cambiar la apariencia y confrontar las complicaciones si tuvieran lugar, por lo que resulta importante no tomar a la ligera las intervenciones estéticas en adolescentes, puesto que, en algunos casos, la desvaloración de la imagen corporal puede formar parte de un trastorno psicológico y de modo erróneo ser operado cuando el problema debería ser tratado por un psiquiatra. Los países que registran mayores casos de estas cirugías están tomando medidas para proteger a menores como una acción de salud pública; así, toda Cirugía Plástica Estética en menores exige evaluación psicológica previa.⁸

En Colombia, la Cirugía Plástica ocupa el sexto lugar en lo que a demandas se refiere, siendo la segunda subespecialidad más demandada después de la Oftalmología.^{9,10} En España, cerca de 300,000 personas se sometieron en el año 2003 a algún tipo de operación de cirugía plástica estética, lo que sitúa a ese país a la cabeza de Europa, y en tercer lugar del ranking mundial de gasto en Medicina Estética.¹¹

En algunos países, la jurisprudencia ha considerado que esta rama de la Medicina tiene obligaciones de resultados, argumentando, entre otros motivos que, de no prometerse el resultado esperado por el paciente, éste no se hubiera sometido al tratamiento o cirugía. En Francia, parte de la doctrina se ha mostrado severa, apreciando incluso responsabilidad médica en cualquier supuesto de fracaso de la Cirugía Plástica Estética, distinguiendo los procedimientos que tengan finalidad puramente estética de aquellos que intentan corregir imperfecciones físicas, las cuales originan repercusiones psíquicas o que quieren evitar deformidades.

En Argentina, Jorge Orlando Ramírez¹² sostiene que el cirujano plástico (en casos de Cirugía Plástica Estética) asume obligaciones de resultado; debe garantizar no sólo la buena técnica operatoria (buena cicatrización, ausencia de infecciones), sino también el logro del fin propuesto; es decir, reducir la nariz, agrandar el busto, eliminar arrugas, etcétera. En Chile, se dice que la jurisprudencia se inspira en criterios de rigor especial, pues el operador no obedece a un fin de salud, ni obra en estado de necesidad, sino que lo hace con fines de vanidad del paciente y su intervención se relaciona con órganos sanos y no enfermos, como ocurre con la cirugía en general.¹³ Por su parte, la Corte Suprema de Justicia en Colombia se ha pronunciado en cuanto a responsabilidad de resultado en los cirujanos plásticos, cuando estos aseguran o promocionan resultados al paciente.¹⁴

En fin, en estos países la tesis mayoritaria sostiene que se trata de obligación de resultado; un contrato de obra que persigue el mejoramiento (belleza) del cuerpo, caso contrario, los pacientes no se someterían a ella; además, se argumenta que existe «menos riesgo», pues hay ausencia de enfermedad y lo que se busca es la mera felicidad.¹⁵ La falta de obtención del resultado (embellecimiento) debe obedecer a una mala aplicación de la técnica quirúrgica.

Sin perjuicio de lo expuesto, otros autores han mantenido que la obligación del cirujano plástico, en casos de estética, es igual que la del resto de sus colegas, resaltando el deber de información del médico para con el paciente; así lo expresa en el orden doctrinal Penneau y también fallos jurisprudenciales franceses. En España, Cabanillas Sánchez¹⁶ sostiene que al cirujano estético, como a

cualquier otro médico, la conducta que se le puede exigir es la actividad diligente y no la consecución del resultado perseguido, el cual puede escapar de su control; la buena cicatrización, por ejemplo, es siempre un fenómeno aleatorio, pues en la Cirugía Plástica Estética, como cualquier otra cirugía, existe el riesgo de hematomas, infecciones, cicatrización defectuosa, etcétera.¹⁷

En México, la práctica de la Cirugía Plástica Estética es de índole básicamente contractual, pues se realiza a nivel particular o privado sin que esté permitida a nivel institucional (salvo instituciones especializadas) o por la mayoría de los seguros de gastos médicos, de ahí que la culpa se presuma en los litigios por mala práctica y tratándose de obligación de resultados, la prueba de la no culpa, quedaría en manos, en este caso, del cirujano plástico estético.

Ahora bien, dentro del contexto referido, se tiene la impresión de que, en el ejercicio de la Cirugía Plástica Estética en México, existen omisiones por parte de los profesionales de esta disciplina, al no informar correctamente a sus pacientes acerca de los riesgos inherentes al tipo de cirugías o intervenciones por realizar y, particularmente, sobre los resultados a los que se pueden comprometer. Estas deficiencias los llevan a enfrentar litigios por supuesta mala práctica, sin que tengan elementos de prueba que les permita llevar a cabo su defensa y, en su caso, demostrar la no culpa.

Si bien, el contrato es implícito al establecerse la relación médico-paciente (sin un contrato escrito de por medio), la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, de observancia general en todo el territorio nacional y obligatoria para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, señala en su inciso 10.1 *Cartas de consentimiento informado*, la exigencia de recabar estos documentos, en los que se especifiquen los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado.¹⁸

El principio de buena fe da vida al deber de informar con pertinencia e integridad; la prestación principal va más allá, hasta proteger al contratante débil; engloba, según los casos, la obligación de avisar, advertir y aconsejar. En este sentido, la información ha de ser apta para convalidar el consentimiento del acreedor del servicio médico;¹⁵ en el

caso del médico, el deber de información tiene su fundamento en la desigualdad entre el profesional experto y el paciente lego. El consentimiento del paciente determina el campo de actuación, dentro del cual puede, de manera lícita, desenvolverse la actuación médica. Así, el cirujano estético puede ser civilmente responsable, no por haber actuado con culpa en su intervención, sino por omisión en su deber de informar o por deficiencia en el cumplimiento de dicho deber; responder penalmente por algún daño causado, incluso afrontar ambas vías.

En España, la doctrina penal considera que cuanto menos necesario sea un tratamiento, más rigurosa ha de ser la información, así pues, debe ser máxima en las intervenciones estéticas y, en general, en la denominada cirugía voluntaria, de complacencia o satisfactiva. El magistrado Martín Pereda señala que «... aunque la intervención estética es legítima con la obtención del consentimiento informado del paciente, el médico no se libera de la responsabilidad criminal que pueda derivar de una actuación descuidada, negligente o imprudente, aunque esta circunstancia tiene que ser demostrada con la correspondiente prueba culposa que relacione conducta de riesgo y resultado».¹⁹

La falta de consentimiento hace que el médico asuma unilateralmente el riesgo; así, será responsable de todos los riesgos que no haya informado al paciente y que no hayan sido aceptados por éste, cuando estaba obligado a informarlos y a obtener la autorización para aplicar el procedimiento. En el caso del cirujano plástico estético, esta exigencia es mayor frente a su paciente-cliente, quien deberá comprender y ser consciente de los riesgos que son inherentes al acto médico y que comprometen un resultado que es aleatorio, dada la incidencia en éste de múltiples factores endógenos y exógenos, ajenos al actuar del facultativo interviniente y que pueden truncar el fin perseguido.²⁰

*Cuando no existe necesidad terapéutica, ni tampoco urgencia, lo único que valida la intervención del médico es la voluntad del paciente; si ésta no existiera o estuviera viciada, la acción clínica ejecutada al paciente devendría, sin más, antijurídica. Si en estas condiciones se produce un daño, además, la condena al facultativo estaría servida.*²¹

En este contexto, se deben ponderar las adiciones a la Ley General de Salud, mediante el decreto

del 01 de septiembre de 2011 en el Diario Oficial de la Federación (DOF), en los términos siguientes:²²

1. Artículo 272 Bis: *para la realización de cualquier procedimiento médico quirúrgico de especialidad, los profesionales que lo ejercen requieren de: (I) Cédula de especialidad legalmente expedida por las autoridades educativas competentes. (II) Certificado vigente de especialista que acredite capacidad y experiencia en la práctica de los procedimientos y técnicas correspondientes en la materia, de acuerdo a la lex artis ad hoc de cada especialidad según corresponda, de conformidad con el artículo 81 de la presente Ley.*
2. Artículo 272 Bis 1: *la cirugía plástica, estética y reconstructiva relacionada con cambiar o corregir el contorno o forma de diferentes zonas o regiones de la cara y del cuerpo, deberá efectuarse en establecimientos o unidades médicas con licencia sanitaria vigente, atendidos por profesionales de la salud especializados en dichas materias, de conformidad con lo que establece el artículo 272 Bis.*

Por su parte, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica señala:²³

1. Artículo 95 Bis 1: *se entiende por Cirugía Plástica Estética o cosmética, al procedimiento quirúrgico que se realiza para cambiar o corregir el contorno o forma de diferentes zonas o regiones de la cara y el cuerpo, con el propósito de modificar la apariencia física de las personas con fines estéticos (DOF 04-12-2009).*
2. Artículo 95 Bis 2: *cualquier Cirugía Plástica Estética o cosmética deberá efectuarse en establecimientos o unidades médicas que cuenten con licencia sanitaria vigente en términos de lo establecido en el artículo 198, fracción V de la Ley. (DOF 04-12-2009).*
3. Artículo 95 Bis 3: *los establecimientos para la atención médica que realicen cirugías estéticas o cosméticas, deberán contar con los recursos, áreas y equipamiento que señalen las normas oficiales mexicanas que al respecto emita la Secretaría (DOF 04-12-2009).*
4. Artículo 95 Bis 4: *únicamente podrán realizar procedimientos de Cirugía Plástica Estética o*

cosmética, los médicos con título profesional y cédula de especialidad, otorgada por autoridad competente, en una rama quirúrgica de la Medicina (DOF 04-12-2009).

Atendiendo a la normativa sanitaria referida, la Cirugía Plástica Estética que sea llevada a cabo por personal médico no facultado, de inicio se tendrá como irregular, y todas las complicaciones y consecuencias que de ella emanen de ninguna suerte podrán tenerse como ocasionadas como riesgo inherente, sino como injustificadas, debidas a la mala práctica y, por lo tanto, sujetas a las sanciones del régimen de responsabilidad jurídica de que se trate. A lo que, en su caso, se agregarán como agravantes todas aquellas desviaciones a los señalamientos de la *lex artis ad hoc*.

Otra situación de relevancia, lo constituye lo que en Europa se ha especificado como perjuicio estético y en países de América Latina se ha incluido en el daño moral. Es decir, las consecuencias del daño a la salud que alteran las cualidades físicas de las personas y que pueden ser percibidas por los demás; por ello, tienen efecto social sobre su mayor o menor grado de atracción, aceptación o rechazo, y que son sujetas de reparación económica,²⁴ pues, tratándose de un ánimo estético, con resultados postquirúrgicos antiestéticos, al cirujano se le podría exigir, además de la sanción por los delitos que pudiera haber cometido, el resarcimiento del perjuicio estético, máxime que la valoración del mismo, queda reservado al juez y no a los peritos médicos.²⁵ En la jurisprudencia mexicana se ha llegado a señalar: «... *le quedaron cicatrices y deformidades estéticas en las orejas, cara y cuello, es natural que el aspecto físico del quejoso produzca aversión, precisamente por el feo aspecto que presenta su deformación y como consecuencia que esa aversión se traduzca en una menor capacidad adquisitiva pecuniaria en su trabajo, que origina una incapacidad indemnizable a la total permanente por no dedicarse a la profesión en la misma forma en que se estaba desempeñando...*».²⁶

DISCUSIÓN

La Cirugía Plástica Estética se ha convertido en uno de los campos de la Medicina que más

se ha desarrollado en los últimos años, lo que, aunado a su naturaleza, también ha ocasionado que sea de las que más enfrentan litigios por mala práctica.

En la disputa en cuanto al tipo de obligaciones del cirujano plástico, se han invocado razones más que justificadas para pensar que se trata de medios, pero también de resultados. A nuestro juicio, la discusión se solventa en la propia deontología de esta rama de la Medicina; así, el profesional no debería tener inconveniente en asentar en los contratos o en el consentimiento bajo información a qué tipo de resultados se compromete de acuerdo a las expectativas de sus pacientes, ponderando lo que le dicta su ciencia y la particular experiencia profesional, sin olvidar la detallada especificación de los riesgos potenciales y complicaciones que pueden ocurrir a pesar de realizar cirugías con diligencia y en condiciones óptimas (obligaciones de medios), y que, en su caso, pueden afectar los resultados. Es decir, el cirujano estético dispone de antemano de un marco jurídico que le permite el ejercicio de su profesión sin zozobra y apegado a derecho.

A tal fin, en la actualidad el profesional de la Cirugía Plástica Estética dispone de instrumentos que le permiten allegarse de elementos de juicio clínico en el compromiso de resultados, tales como las técnicas de fotografía clínica y simuladores computarizados; la evaluación psicológica preoperatoria del paciente, particularmente en los menores de edad; la estimación de la cantidad de grasa por extraer y de dónde; la reducción de tallas; las características, el tamaño y la calidad de los implantes, etcétera.

Deberá ponderar en todo momento una autocrítica técnica y ética en cuanto a que posea la experiencia, las condiciones de infraestructura y el juicio artístico. Ante la menor duda, es preferible que no se arriesgue, pues someterá a su paciente a la posibilidad de algún daño, a sabiendas de que el mismo es mayor que el beneficio. Situación similar ocurre cuando el paciente exige resultados que estéticamente no le favorecerían y, por ende, la misión del cirujano estético será disuadirle de sus pretensiones.

Con ello, ante un conflicto por *mala praxis*, la exoneración se reduce a la comprobación de la fuerza mayor o al caso fortuito.

No cabe la menor duda que el *Consentimiento informado por escrito* adquiere relevancia en esta disciplina, pues, ponderando la característica de que la Cirugía Plástica Estética es totalmente opcional, el candidato deberá enterarse y aceptar que correrá los riesgos inherentes a los procedimientos; sobre todo, que dichos riesgos pueden impedir o variar la obtención de los resultados pactados.

Otro elemento de relevancia lo constituye la valoración subjetiva de los resultados postquirúrgicos, pues en muchas ocasiones, a las expectativas que tiene el paciente (semejarse a íconos, artistas, etcétera), ocurre que la decisión de someterse a una Cirugía Plástica Estética está mediada por terceros (pareja, familiares, empresa, etc.), los cuales tienen sus propias expectativas, ocasionando conflicto entre el paciente y el cirujano en cuanto a los resultados. En este contexto, la gran mayoría de las inconformidades devienen por motivos que, en sí mismos, no necesariamente derivan de omisiones o errores por parte de los cirujanos, sino de la influencia de aspectos subjetivos y riesgos inherentes (infecciones, cicatrices anómalas), lo que conlleva a que los pacientes no fueron informados o lo fueron incorrectamente, sin la diligencia y amplitud que el caso ameritaba y la consecuente repercusión jurídica para los facultativos, los cuales enfrentaron procesos innecesarios en un entorno, de por sí, adverso para ellos. Los litigios en que priva el riesgo inherente se habrían evitado si los facultativos hubiesen informado detalladamente a sus pacientes acerca de la posibilidad de su ocurrencia; ello era preferible, aunque los pacientes hubiesen optado por rechazar la cirugía.

En tal sentido, y para que el cirujano plástico esté en condiciones de orientar el consentimiento informado, la valoración prequirúrgica es de trascendencia, pues en ella se consideran los aspectos de seguridad del paciente, es decir, se debe determinar si éste presenta patologías, situaciones o factores de riesgo que incrementen el riesgo quirúrgico y anestésico, mediante el cuidadoso examen clínico, exámenes de laboratorio y gabinete, valoración preanestésica; así como asegurarse de que el establecimiento donde se realizará el procedimiento cumpla con el nivel tecnológico adecuado para la intervención, con los requisitos legales y de calidad obligatorios; todo ello con la finalidad de otorgar seguridad y bienestar al paciente.

Múltiples cirugías efectuadas en el mismo tiempo quirúrgico, si bien no es una situación que esté contraindicada, sí conlleva mayor énfasis en la evaluación preoperatoria de los pacientes, mayor riesgo anestésico/quirúrgico y la posibilidad de que ocurran complicaciones, cuya atención implica gastos no previstos para los pacientes. Es altamente deseable que el cirujano estético valore a conciencia estas situaciones, ponderando sus aspectos éticos y de seguridad del paciente, por sobre los aspectos de interés comercial, dar gusto al paciente, o por propia satisfacción profesional.

No cabe duda de que resulta necesario evitar el intrusismo profesional, certificar los establecimientos destinados a prácticas de Cirugía Plástica Estética y, de manera concomitante, es imperativa una labor de concientización en la población, particularmente del sexo femenino, acerca de las circunstancias que garanticen un ejercicio de esta cirugía apegado a los principios en la materia.

Desde el punto de vista médico forense, el perito que evalúe los casos de Cirugía Plástica Estética, deberá tener en cuenta consideraciones particulares del caso al momento de dictaminar; entre ellas, deberá investigar, hasta donde sea posible, la existencia preoperatoria de compromisos y especificación de los riesgos que no hubiesen quedado por escrito, pero que se hubiesen realizado de forma verbal, que si bien no es lo ideal, ayudaría a discernir en aquellos casos en los que subyace, por parte de los pacientes, dolo, deseo de venganza o de ganancia secundaria. En el caso de problemas por falla de implantes, el perito deberá ponderar que el cirujano plástico estaba obligado, previamente a su uso, a verificar el estado, la calidad y la procedencia de los mismos, independientemente de que no tenga que ver con su fabricación. Además, deberá poner énfasis en la atención postoperatoria, particularmente en el área de recuperación, donde el paciente deberá recibir atención y vigilancia estricta por parte de personal capacitado y equipo de monitoreo idóneos, mientras se da de alta este servicio es responsabilidad compartida con el anesthesiólogo.

Finalmente, es importante resaltar que, tanto el cirujano plástico como el perito, deberán estar al tanto de las nuevas disposiciones jurídicas o las modificaciones que se hubiesen emitido a nivel regional o nacional.

RECOMENDACIONES

1. Si no dispone de cédula de especialidad en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, absténgase de realizar Cirugía Plástica Estética en cualquiera de sus modalidades.
2. Su actuar siempre deberá ser apegado a los principios científicos, éticos y normativos que rigen la práctica de la Cirugía Plástica Estética.
3. En todos los casos elabore historia clínica completa de sus pacientes y recabe evidencia de sus condiciones estéticas preoperatorias. Integre la información clínica en apego a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.
4. En la medida de lo posible, estipule en el *Consentimiento informado por escrito*, obligaciones de resultados para con sus pacientes, complementarias a las de medios o diligencia, inherentes al entorno de la Cirugía Plástica Estética.
5. Siempre advierta a sus pacientes acerca de los riesgos potenciales que pueden actualizarse a pesar de una atención diligente, debiendo quedar asentado en el *Consentimiento informado*.
6. No dude en expresar a su paciente cuando los procedimientos que le solicita no le favorecerán estéticamente. En su caso, haga uso de su objeción de conciencia.
7. Asegúrese de conocer a fondo las expectativas estéticas de su paciente, comparta las suyas; en su caso, trate de conciliarlas o exprese su objeción de conciencia.
8. No omita la solicitud de valoraciones preoperatorias, por parte de medicina interna, en pacientes mayores de 40 años, ni la valoración psicológica en adolescentes.
9. Cerciórese de que la unidad médica donde realice Cirugía Plástica Estética disponga de la infraestructura y equipamiento necesarios para el ejercicio de ésta y, en su caso, que tenga convenios con otras de mayor capacidad (Banco de Sangre, Unidades de Cuidados Intensivos, etcétera).
10. No se retire de la unidad médica hasta que su paciente se encuentre totalmente recuperado de la anestesia; infórmele de los resultados operatorios y acerca de eventuales complicaciones anestésico-quirúrgicas que puedan variar o impedir la obtención de los resultados esperados.

Finalmente, para los pacientes candidatos a Cirugía Plástica Estética, la recomendación sería única: cerciorarse de que el cirujano con el que acudan posea la especialidad de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva.

REFERENCIAS

1. Trigo Represas F. Reparación de daños por mala praxis médica. Buenos Aires, Argentina: Editorial Hammurabi; 1995.
2. Fernández Hierro JM. La cirugía plástica estética y su responsabilidad. Granada, España: Editorial Comares; 1997.
3. Larenz K. Derecho de obligaciones, traducción de Santos Briz J. Madrid, España: Editorial Revista de Derecho Privado; 1958.
4. Díez Picazo L. Fundamentos del derecho civil patrimonial. Vol II. Madrid, España: Editorial Civitas; 2008.
5. Rivera Cruz JM, Cerqueda Reyes E. Contexto legal actual de la práctica de la cirugía plástica estética en México. *Cir Plast.* 2017; 27 (2): 43-53.
6. Manrique Bacca JI. Médico Administrador de Salud. División Científica. Societa Colombiana de Anestesiología y Reanimación -SCARE-. Condiciones de responsabilidad particulares del ejercicio de cirugía plástica.
7. Mesa García J. Master universitario en Medicina Estética. Jurisprudencia en Medicina Estética. Ponencia presentada al XV Congreso de Medicina Estética. Barcelona, España: Universidad de las Islas Baleares.
8. Bulege Núñez R. Implicancias de las cirugías estéticas en la salud física y psíquica de menores de edad. *Apunt Cienc Soc.* 2015; 5 (1): 117-121. Disponible en: <https://doi.org/10.18259/acs.2015018>
9. Torres SG. Juez nacional en lo criminal y correccional federal. Prólogo al libro *Mal Praxis en cirugía plástica*. Argentina.
10. Manrique JI. Aspectos característicos de responsabilidad médico-legal, Revisión de 100 casos. Bogotá junio 1999-julio 2000. *Médico-legal.* 2000; 6 (3): 22-47.
11. Cirugía estética: aspectos legales. Informe. *Revista Consumer Eroski.* 2004; 76: 13-14.
12. Ramírez JO. Indemnización de daños y perjuicios. Tomo 6. Buenos Aires, Argentina: Editorial Hammurabi; 1984; p. 151.
13. Guillermo Ruiz P. Responsabilidad médica. Seminario de responsabilidad médica. Hospital Naval de Viña del Mar. Chile.
14. Corte Suprema de Justicia. Colombia. Sentencias de 5 de marzo de 1940, 3 de noviembre de 1977, noviembre 26 de 1986 y 30 de enero de 2001.
15. López Mesa M. Responsabilidad profesional. Su actualidad en el derecho europeo actual. *Revista General de Legislación y Jurisprudencia.* 2005.

16. Alonso Pérez MT. Las obligaciones de actividad y de resultado, de Antonio Cabanillas Sánchez. *Revista jurídica de Navarra*. 1993; 16: 383-386.
17. Patane J, Patane C. Cirugía plástica estética: obligaciones de medios. Citado en: <https://www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2018/05/Responsabilidad-de-los-profesionales-M%C3%A9dico-Dra.-Magdalena-Cornet.pdf>
18. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. México: Diario Oficial de la Federación; 2012.
19. Mesa García J. Jurisprudencia en Medicina estética. Universidad de las Islas Baleares. Ponencia presentada al XV Congreso de Medicina Estética. Barcelona, España.
20. Ocampo Olarte JG. ¿Existe la obligación de resultados en las cirugías estéticas? *Rev Derecho Priv*. 2017; 57. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15425/redepriv.57.2017.07>
21. De Lorenzo O. Cirugía plástica y reconstructiva facial. Condiciones legales. 2012. Disponible en: <https://seorl.net/PDF/ponencias%20oficiales/2012%20Cirug%C3%ADa%20pl%C3%A1stica%20y%20reconstructiva%20facial.pdf>
22. 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.
23. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
24. Murcia E. Valoración médica de los daños personales en el ámbito civil (II). Master en Medicina Forense de la Universidad de Valencia. España.
25. Murcia E. Aspectos metodológicos en valoración de daños personales: perjuicio estético en el ámbito de la responsabilidad. Master de Medicina Forense de la Universidad de Valencia. España.
26. Semanario Judicial de la Federación, quinta época. Cuarta sala. Tomo XCIV, pp. 87. México: Suprema Corte de Justicia de la Nación.

La práctica de la Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva desde los datos de la Dirección General de Arbitraje de la CONAMED, 2012-2022

The practice of Aesthetic and Reconstructive Plastic Surgery from the data of the General Directorate of Arbitration of CONAMED, 2012-2022

Leticia De Anda Aguilar*

RESUMEN

* Directora de Sala Arbitral en la Dirección General de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México.

Correspondencia: LAA, Ideanda@conamed.gob.mx

Conflicto de intereses: la autora no tiene ningún conflicto de intereses.

Citar como: De Anda AL. La práctica de la Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva desde los datos de la Dirección General de Arbitraje de la CONAMED, 2012-2022. Rev CONAMED. 2023; 28(3): 126-142. <https://dx.doi.org/10.35366/113065>

Financiamiento: no aplica por el tipo de revisión.

Recibido: 22/09/2023.

Aceptado: 22/09/2023.

Introducción: la Cirugía Plástica, desde sus orígenes, ha tenido en su ámbito de competencias, la atención de aspectos reconstructivos y estéticos; sin embargo, estos últimos hasta agosto de 2023, no tenían reconocimiento oficial académico como parte fundamental de dicha especialidad, lo cual permitió que se tuviera la falsa impresión de un aparente «vacío académico», lo que dio origen a diversos cursos de Maestría en «Cirugía Estética». **Objetivo:** identificar y analizar la práctica de la Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, desde los datos de la Dirección General de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), de 2012 a 2022, particularmente en los casos identificados con mala práctica. **Material y métodos:** se revisaron los expedientes del Archivo de la Dirección General de Arbitraje de la CONAMED. Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. En la muestra se incluyeron Dictámenes Médicos Institucionales y Laudos referentes a la especialidad de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, seleccionando los vinculados específicamente con Cirugía Plástica Estética en los que se identificó mala práctica. **Resultados:** el total de la muestra constó de 46 expedientes (100%), referentes a la especialidad de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, que fueron analizados en la Dirección General de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; con 33 Dictámenes Médicos Institucionales y 13 Laudos.

Palabras clave: Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, Cirugía Plástica Estética, mala práctica médica, CONAMED.

ABSTRACT

Introduction: Plastic Surgery, since its origins, has had within its scope of competence, attention to reconstructive and aesthetic aspects; However, until August 2023, the latter did not have official academic recognition as a fundamental part of said specialty, which allowed the false impression of an apparent «academic void», which gave rise to various Master's courses in «Aesthetic Surgery». **Objective:** the objective of this review was to identify and analyze the practice of Aesthetic and Reconstructive Plastic Surgery, from the data of the General Directorate of Arbitration of the National Commission for Medical Arbitration (CONAMED), from 2012 to 2022. Particularly in cases identified with malpractice. **Material and methods:** the files of the Archive of the General Directorate of Arbitration of CONAMED were reviewed. An observational, descriptive, cross-sectional and retrospective study was carried out. Institutional Medical Opinions and Reports referring to the specialty of Plastic, Aesthetic and Reconstructive Surgery were included in the sample, selecting those specifically linked to Aesthetic Plastic Surgery in which malpractice was identified. **Results:** the total sample consisted of 46 files (100%), referring to the specialty of Aesthetic and Reconstructive Plastic Surgery, which were analyzed in the General Directorate of Arbitration of the National Medical Arbitration Commission with 33 Institutional Medical Opinions and 13 Reports.

Keywords: Aesthetic and Reconstructive Plastic Surgery, Aesthetic Plastic Surgery, medical malpractice, CONAMED.

INTRODUCCIÓN

La Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva es la especialidad quirúrgica encargada de restablecer la integridad anatómica;¹ entendiéndose con ello de forma amplia a la especialidad médico quirúrgica que busca la corrección de anomalías de origen congénito, adquirido, tumoral o involutivo que requieran reparación o reposición de la forma corporal y funcional; incluyendo a toda persona sana que desee cambiar su aspecto ante alguna insatisfacción con su apariencia.²

La formación de un cirujano plástico inicia con la carrera de Médico Cirujano (6-8 años aproximadamente), seguida de tres o cuatro años de formación en Cirugía General y finalmente tres años en Cirugía Plástica (Estética y Reconstructiva); este último punto es importante enfatizarlo por el hecho de que en la formación académica, teórica y práctica de todo cirujano plástico, siempre se ha otorgado capacitación en estas dos áreas de intervención: la Cirugía Plástica Reconstructiva y la Cirugía Plástica Estética.³

Sin embargo, es importante señalar que, aun cuando estas áreas de ejercicio profesional, están intrínsecamente vinculadas en habilidades y competencias durante la formación de todo cirujano plástico y forman parte de los cursos de especialización en dicha rama de la Cirugía; la Cirugía Plástica «Estética», en México no existió académicamente de forma oficial como especialidad médica sino hasta el 11 de agosto de 2023.⁴

Desde 1994 las especializaciones médicas en nuestro país se rigen académicamente por la Universidad Nacional Autónoma de México, bajo el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM),³ en el cual se establecen las características de las sedes hospitalarias de postgrado médico, los requisitos de ingreso y egreso de los alumnos, el perfil curricular de los profesores y la estructura programática de los todos los cursos de especialidad médica.

El PUEM es el resultado del análisis que se efectuó de la medicina especializada en el país entre 1992 y 1993 sobre la situación de las sedes, los programas, los maestros y los alumnos del postgrado de especialidades médicas en ese momento.³ Este análisis fue el trabajo en conjunto entre la Universidad Nacional Autónoma de Mé-

xico, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las instituciones de salud, de educación superior y la comunidad de médicos especialistas, a través de sus Consejos de Certificación; coordinados todos ellos por la Academia Nacional de Medicina.

De este trabajo, la UNAM asumió el compromiso de convertir las recomendaciones generadas de éste, en un nuevo Plan de Enseñanza, el cual canceló todos los programas de estudios de especialidad anteriores y dio paso al actual Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM); a la par entró en vigor el nuevo Plan Único de Estudios de la Facultad de Medicina de la UNAM y se promulgó por parte de la Secretaría de Salud, la NOM-090-SSA1-1994 Norma Oficial Mexicana para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas.³

Fue hacia noviembre de 1997 que, a través de la Comisión Interinstitucional para la Formación de los Recursos Humanos para la Salud de la Secretaría de Salud, que se promovió una nueva reunión nacional para valorar los logros del PUEM; sobre todo para promover su adopción en las diversas universidades del país. De dicha reunión nacional, las propuestas de modificaciones a los programas de los cursos fueron recabadas por la UNAM e introducidas al PUEM en el transcurso de 1998.³

A este respecto, cabe señalar que al momento de la redacción del presente artículo, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), a través de la División de Estudios de Postgrado de la Facultad de Medicina, es la institución educativa que ofrece el mayor número de programas de especialización en México, con 79 especialidades médicas;⁵ sin embargo, en ninguna de éstas se reconocía o existía alguna referente a «Cirugía Estética» o como «Medicina Estética», de igual forma bajo dicha denominación tampoco se identificaba curso alguno de postgrado de alta especialidad; siendo que, el único curso de especialización médica que incluía estudios concretos de «Cirugía Estética» en su PUEM, era el de la especialidad de «Cirugía Plástica y Reconstructiva», pese a que en la denominación de dicha especialidad no se considera el término de «Estética».

El 11 de agosto de 2023, el Consejo Universitario de la Universidad Nacional Autónoma de

México presentó al pleno el proyecto, para poder cambiar el nombre de la Especialización en «Cirugía Plástica y Reconstructiva» por el de Especialización en «Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva».⁴ Dicha propuesta de modificación al Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) se aprobó por unanimidad y, con ello, poder dar reconocimiento «académico» a la Cirugía Plástica Estética aun cuando es importante señalar que en la Ley General de Salud⁴ en su artículo 272 Bis1 (artículo adicionado DOF 01-09-2011), desde 2011 hace referencia a tal término al establecer textualmente que «*La Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva relacionada con cambiar o corregir el contorno o forma de diferentes zonas o regiones de la cara y del cuerpo, deberá efectuarse en establecimientos o unidades médicas con licencia sanitaria vigente, atendidos por profesionales de la salud especializados en dichas materias, de conformidad con lo que establece el artículo 272 Bis.*»

La adición de la palabra «Estética» se adscribirá a la denominación del plan de estudios de la especialidad de Cirugía Plástica Reconstructiva y al grado que se otorga al concluirlo; es importante señalar que también se estableció que la Cédula de Especialidad emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública también la contendrá, dándole con ello carácter formal profesional académico y jurídico a la práctica de la «*Medicina Estética*».⁴

Si bien este cambio podría ser considerado como un mero trámite denominativo de una especialidad médica quirúrgica, su trasfondo es más importante y trascendente, no sólo desde el punto de vista médico académico, sino sobre todo en el ámbito jurídico en el ejercicio de dicha especialidad.

En el documento presentado al pleno del Consejo Universitario de la Universidad Nacional Autónoma de México, se estableció que el objetivo de tal cambio fue satisfacer la necesidad académica y operativa de definir las actividades propias del campo clínico y prevenir la invasión profesional de falsos especialistas en 'Cirugía Estética'.⁴ Aunado a lo anterior, se señaló que con este cambio, se buscaba homologar la denominación de tal área de especialización con la de las agrupaciones académicas colegiadas que certifican a estas

médicas y médicos especialistas, como lo son el Consejo Mexicano de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, el cual desde 1969 certifica y recertifica a los médicos especialistas en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, inicialmente de forma voluntaria, y después de 2015, de carácter obligatorio, cuando se publicaron en el Diario Oficial de la Federación los lineamientos que rigen la CONACEM, los 47 Consejos de Especialidades Médicas, así como a la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, que desde hace ya varias décadas, sí consideran en su denominación la palabra «Estética».

Atendiendo a lo anterior, se reitera que, desde su creación, en los cursos de especialidad de Cirugía Plástica, la Cirugía Plástica «Estética» siempre ha estado presente en la formación académica de los cirujanos plásticos, tanto en lo teórico como en lo quirúrgico; sin embargo, el que su denominación no fuera incluida, ha dado una errónea impresión de que en los planes de estudio de dicha especialidad no se incluía tal entrenamiento específico. Ante esa falsa impresión de «*vacío académico*», surgieron diversos cursos de Maestría de «Medicina Estética», los cuales presumiblemente fueron creados para «subsana» esa aparente «*falta de personal médico especializado en el área*»;⁶ sin embargo, estas maestrías no cumplen académicamente con los requisitos mínimos que establece la Ley General de Salud⁶ en lo referente a las especialidades quirúrgicas, como lo establece el Capítulo IX Bis Ejercicio especializado de la Cirugía.

El artículo 81 de Ley General de Salud⁶ señala: «*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 las mismas en las diferentes especialidades de la medicina reconocida 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.»

Sin embargo, aun y cuando es un requisito jurídico obligado, no todos quienes efectúan procedimientos de Cirugía Plástica cumplen con estos requisitos. Como ejemplo, el 21 de agosto de 2022 durante el foro «*El estado actual de la cirugía estética en México*», organizado por la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, el titular de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) de la Secretaría de Salud, el Dr. José Luis García Ceja, destacó que en 2021 el Colegio Nacional de Certificación en Medicina (CONACEM) registró 1,988 especialistas en Cirugía Plástica certificados en todo el país, señalando que «*es una cifra minúscula comparada con el número de cirugías que se requieren, y que no incluye las reconstructivas, solo las estéticas*»; lo cual también ha sido un factor determinante para el incremento de los cursos de «*maestría de Cirugía Estética*».⁶ Por otra parte, y por obvias razones, en los últimos años se ha presentado un incremento indiscriminado de «Centros de Medicina Estética» en los cuales se ofertan tratamientos diversos (*inyecciones de biopolímeros, ácido hialurónico o toxina botulínica [Botox]; aplicación de rayo láser, mesoterapia, etcétera*); muchos de los cuales son administrados por personal médico que no está capacitado ni certificado para realizar estos procedimientos; por lo general son médicos generales que ostentan títulos apócrifos en Medicina Estética o bien, han cursado las citadas «*maestrías en Cirugía Estética*» sin el debido reconocimiento de las instituciones educativas oficiales⁴ y el cumplimiento jurídico previamente referido; cabe señalar que incluso existen centros estéticos que son atendidos por personal no médico.

Al carecer dichos «Centros de Medicina Estética» del respaldo de un especialista certificado en el área, su funcionamiento no tiene la garantía médica, ni la certeza jurídica que ampare la calidad de los tratamientos otorgados;⁷ durante muchos años se han documentado casos de pacientes en los que los daños van desde alteraciones permanentes en su fisonomía hasta la muerte causada por impericia o por el mal uso de los procedimientos particularmente de Cirugía Estética. Estos casos darán origen a una queja, denuncia o demanda en contra de las instituciones y/o personal de salud o no de salud que efectuó tales procedimientos estéticos.⁶

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico,⁸ como institución pública gubernamental que ofrece mecanismos alternativos de solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos; que colabora con las autoridades de procuración e impartición de justicia, y participa en la investigación, en el fomento a la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente, desde su creación ha participado en el análisis del acto médico vinculado con las quejas, denuncias o demandas derivadas del acto médico, y por ende de procedimientos estéticos.

La finalidad del presente artículo es analizar las variables estadísticas de los casos motivo de controversia en materia de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, donde si bien los resultados no pueden ser extrapolados al global del ejercicio de dicha especialidad, sí permiten ver el perfil de los usuarios afectados en casos de mala práctica ejercida por profesionales médicos y no médicos; así como los motivos que han dado origen a dichas controversias médico legales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron los expedientes del Archivo de la Dirección General de Arbitraje de la CONAMED. Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. En la muestra se incluyeron Dictámenes Médicos Institucionales y Laudos referentes a la especialidad de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, seleccionando los vinculados específicamente con Cirugía Plástica Estética en los que se identificó mala práctica. Los criterios de inclusión y exclusión para esta revisión se mencionan a continuación:

Criterios inclusión: Dictámenes Médico Institucionales y Laudos emitidos por la Dirección General de Arbitraje en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, referentes a la especialidad de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, específicamente de Cirugía Estética, en los que se identificara mala práctica, de 2012-2022.

Criterios de exclusión: Dictámenes Médicos Institucionales y Laudos emitidos por la Dirección General de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, referentes a la especialidad de Cirugía Plástica Estética Reconstructiva. en el aspecto «reconstructivo». Dictámenes Médicos Institucionales y Laudos emitidos por la Dirección General de Arbitraje emitidos por la Dirección General de Arbitraje en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, que fueran de otra especialidad.

Se solicitaron los expedientes concernientes al área de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, del archivo de la Dirección General de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, obteniendo un total de 46 expedientes.

Se realizó una revisión detallada, considerando los criterios antes descritos, de tal manera que se procedió a excluir aquéllos que no cumplieran con las recomendaciones antes citadas; excluyendo 18 expedientes, quedando un total de 33 Dictámenes Médico Institucionales y 13 Laudos para su análisis.

Para la recopilación de datos a observar, se elaboró un formato de captura (*Tabla 1*).

Posterior al llenado de cada formulario, se capturaron los resultados en una base de datos por medio de Excel (hoja de cálculo) para aplicar el análisis estadístico. Los resultados se exponen en tablas y gráficas.

Se considera una investigación sin riesgo, intervención de aspectos éticos y de bioseguridad toda vez que el presente estudio se realizó por medio de revisión de expedientes.

Las escalas que se emplearon fueron las de tendencia central (media), medidas de dispersión (rango) y las medidas de resumen (frecuencia y porcentaje).

RESULTADOS

De los expedientes (Dictámenes Médicos Institucionales/Laudos) de la Dirección General de

Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de 2012 a 2022, se identificaron los casos de la especialidad de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, de los cuales se seleccionaron estrictamente los referentes a los casos en los cuales se hubieran efectuado cirugías plásticas estéticas; de estos últimos se distinguieron aquellos casos en los que se hubiera identificado mala práctica.

De los expedientes seleccionados bajo los criterios de inclusión previamente referidos, se estableció una muestra total de 46 casos (100%), 33 Dictámenes Médicos Institucionales y 13 Laudos relacionados con la especialidad de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva.

Del total de expedientes seleccionados de la especialidad de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, la atención otorgada fue identificada en 39 mujeres y siete hombres; lo cual porcentualmente se traduce en 84.78% de mujeres y 15.21% de hombres (*Figura 1*).

De los expedientes revisados, el rango de edad de los pacientes tanto en hombres como en mujeres que se sometieron a Cirugía Plástica Estética, fue de los 15 a los 70 años, con un promedio de 44 años y una media de 35 años; tanto para hombres como mujeres (*Figura 2*).

Considerando rangos de edad y procedimientos de cirugía estética que con mayor frecuencia se realizaron se encontraron los siguientes resultados: los implantes mamarios y liposucción fueron las cirugías más frecuentes dentro del rango de los 20-40 años; la abdominoplastia entre los 30-45 años; la blefaroplastia entre los 45 a 60 años y la ritidectomía en el grupo de mayores de 50 años.

Es preciso señalar que en relación con las variables de escolaridad y educación de los pacientes cuyos expedientes fueron analizados, no fue posible obtener dichos datos en todos los expedientes, aun y cuando estos rubros deben ser considerados en realización de toda historia clínica; por lo anterior, para el presente trabajo no fue posible considerar tales datos en virtud de que se encontraban incompletos sus registros.

Dado que es frecuente que los pacientes que se han sometido a una intervención quirúrgica plástica estética se sometan a otras cirugías de este tipo, se buscó intencionadamente si existían o no antecedentes de este tipo de cirugías; a lo cual se identificó que, de los 46 expedientes analizados,

Tabla 1: Hoja de concentrado de los datos revisados en relación con los casos de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, motivo de emisión de Dictamen Médico Institucional o Laudo por la Dirección General de Arbitraje en los que se identificó mala práctica.

	Dictamen Médico Institucional/Laudo
Sexo	Mujer Hombre
Edad	_____ años
Escolaridad	Primaria Secundaria Preparatoria/bachillerato Licenciatura Postgrado
Cirugía estética previa	Sí No
Tipo de cirugías estéticas previas	Liposucción Lipotransferencia Abdominoplastia Reducción de senos Blefaroplastia Rinoplastia Labioplastia Implantes (tipo) Otra(s) Cuál(es): _____
Cirugía estética realizada motivo de controversia	Liposucción Lipotransferencia Abdominoplastia Reducción de senos Blefaroplastia Rinoplastia Labioplastia Implantes (tipo) Otras Cuál(es): _____
Motivo de queja, denuncia o demanda	Subjetiva Falta de información Comunicación inadecuada Insatisfacción de resultados Incumplimiento Homicidio Responsabilidad profesional
Persona en contra de quien se interpuso la queja, denuncia o demanda	Cirujano Plástico Médico especialista en otra área Médico general Enfermera (o) Otro Cuál: _____
Sector de Salud involucrado	Público Social Privado

Continúa Tabla 1: Hoja de concentrado de los datos revisados en relación con los casos de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, motivo de emisión de Dictamen Médico Institucional o Laudo por la Dirección General de Arbitraje en los que se identificó mala práctica.

	Dictamen Médico Institucional/Laudo
Persona/autoridad quien realiza la petición	Civil/PGJ Penal/FGR Administrativa: OIC/CNDH Otro Cuál: _____
Tiempo entre el acto médico y la queja, denuncia, demanda	____ días ____ meses ____ años
Perfil profesional	Médico general Médico especialista en CPER certificado Médico especialista en CPER no certificado Médico especialista no CPER Maestro en Cirugía Estética Enfermera Otro Cuál: _____
Certificación ante el Consejo Mexicano de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva	Sí No
Resolución del Dictamen Médico Institucional/Laudo	Buena práctica Mala práctica Con relación causal Sin relación causal Absolutorio Condenatorio
Complicaciones derivadas por mala praxis	Sin daño físico Daño temporal Daño permanente Muerte

PGJ = Procuraduría General de Justicia. FGR = Fiscalía General de la República.
OIC = Órgano Interno de Control. CPER = Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva.
CNDH = Comisión Nacional de Derechos Humanos.

25 pacientes (54.34%) contaban con antecedente de cirugía plástica estética previa y 21 pacientes sin antecedente de cirugía plástica (45.65%) (Figura 3).

En relación al tipo de cirugía plástica estética previa a la que se habían sometido los pacientes, las cinco cirugías de mayor incidencia fueron la colocación de implantes en un total de nueve (20%), de ellos: ocho fueron de mama y uno de pantorrilla,

la liposucción (17%), la rinoplastia (15%), la abdominoplastia (13%) y la lipotransferencia (11%) (Tabla 2 y Figura 4). Entre las cirugías que menos habían sido solicitadas previamente se identificaron la blefaroplastia, la bichectomía y la ritidectomía.

De las cirugías plásticas estéticas, que dieron origen a la controversia que motivó una queja, denuncia o demanda, en los cuales intervino la

CONAMED mediante la emisión de Dictamen Médico Institucional o Laudo, las tres cirugías plásticas estéticas más solicitadas fueron la colocación de implantes de mama (nueve casos), la liposucción con lipotransferencia (nueve casos) y la abdominoplastia (seis casos).

En relación al personal, médico o no médico, con especialista o no, que efectuó la cirugía plástica estética, que generó controversia y por la cual se presentó queja, denuncia o demanda, se identificó

en 95.66% la participación de personal médico, con 4.34% de los casos en los que se detectó que quien realizó el procedimiento no era personal médico (un odontólogo y una persona en la que no se identificó cédula profesional alguna) (Figura 5).

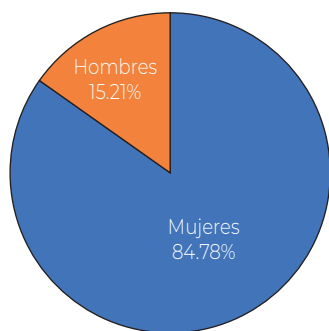


Figura 1:

Porcentaje de mujeres y hombres sometidos a cirugía plástica estética en casos identificados con mala práctica.

Tabla 2: Tipos de cirugías plásticas estéticas previas a las que habían sido sometidos los pacientes con cirugía plástica estética previa, identificados con mala práctica a la realización de nueva cirugía plástica estética plástica, cuyos casos fueron analizados en la Dirección General de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2012-2022.

Tipo de cirugía plástica estética previa	n
Implantes (8 mamarios, 1 pantorrillas)	9
Liposucción	8
Rinoplastia	7
Abdominoplastia	6
Lipotransferencia	5
Mastopexia	3
Cirugías diversas	3
Bichectomía	2
Blefaroplastia	2
Braquioplastia	1

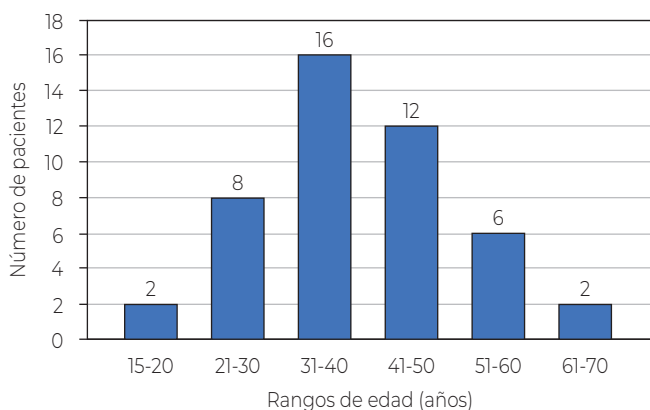


Figura 2: Rangos de edad de los pacientes sometidos a cirugía plástica estética, identificados con mala práctica.

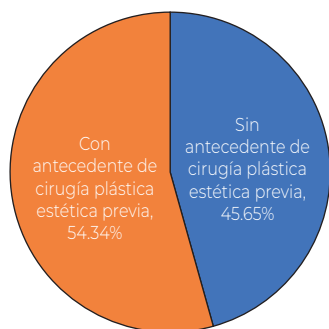


Figura 3:

Porcentaje de pacientes con antecedente/sin antecedente de cirugía plástica estética previa.

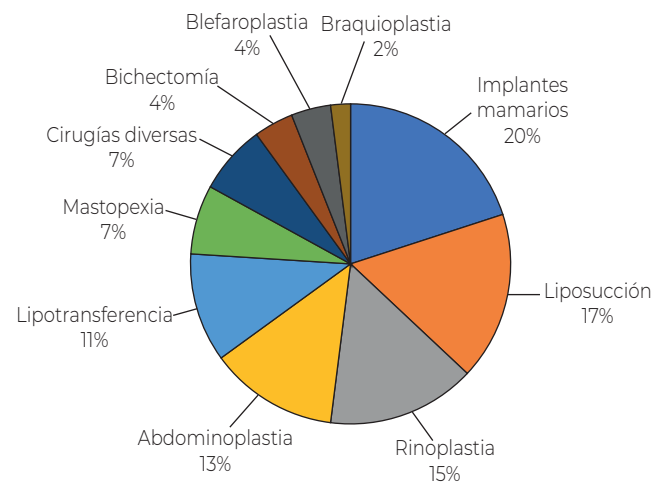


Figura 4: Porcentaje de cirugías plásticas estéticas previas a las que habían sido sometidos los pacientes con cirugía plástica estética previa, identificados con mala práctica a la realización de nueva cirugía plástica estética plástica.

De los 44 casos en los que personal médico efectuó la cirugía plástica estética, 23 cirugías (52.27%) fueron realizadas por personal de salud sin especialidad en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva; las 21 cirugías (47.72%) restantes se efectuaron por médicos especialistas en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva (Tabla 3).

De los especialistas en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva que efectuaron las cirugías que motivaron queja, denuncia o demanda, se identificó que 90.47% contaba con certificación por el Consejo de la Especialidad y 9.52% no contaba con certificación (Figura 6).

Del personal de salud sin especialidad en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva que efectuaron procedimientos quirúrgicos estéticos motivo de controversia, se identificó que el mayor

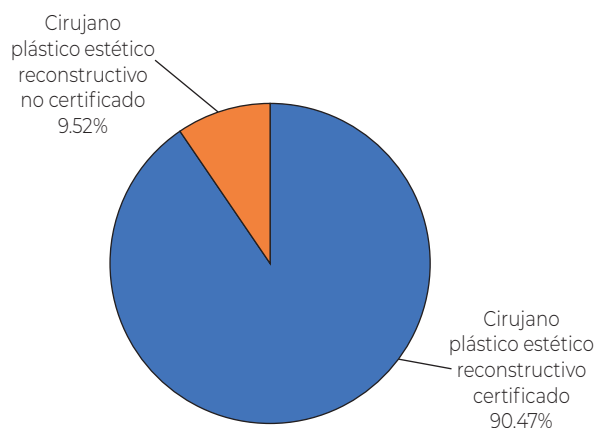


Figura 6: Especialistas en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, con/sin certificación, que efectuaron procedimiento quirúrgico motivo de controversia.

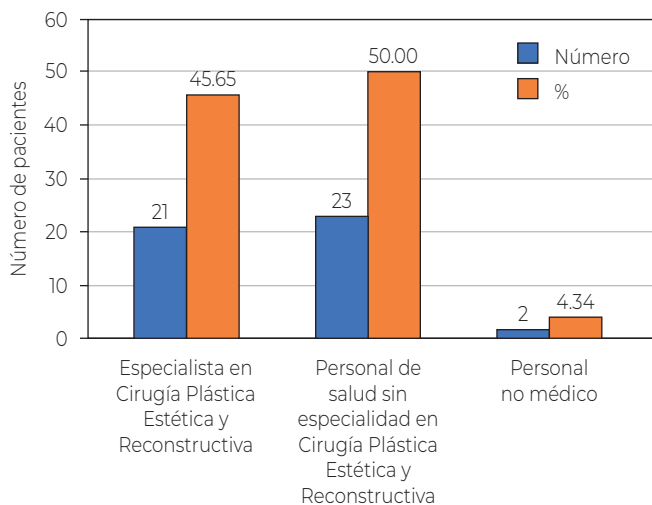


Figura 5: Tipo de personal, médico o no médico, con especialidad o no, que efectuó la cirugía plástica estética motivo de controversia en el que se identificó mala práctica.

Tabla 3: Nivel académico del personal que efectuó la cirugía plástica estética motivo de controversia en el que se identificó mala práctica.

Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva	n	%
Personal médico con especialidad	21	47.72
Personal médico sin especialidad	23	52.27

número de médicos (14 médicos) que realizaron tales intervenciones quirúrgicas contaban con Maestría en Cirugía Estética, seguidos de médicos generales sin demostración de estudio alguno referente a Cirugía Estética (siete casos) y finalmente dos médicos especialistas en otra área de la Medicina pero no en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva (Figura 7).

Es así que al global del personal involucrado en la realización de cirugías plásticas estéticas (Figura 8), en las que se presentó una queja, denuncia o demanda y en la cual la Dirección General de Arbitraje de la CONAMED intervino e identificó mala práctica, se estableció que si bien intervino especialista en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, algunos de éstos no contaban con Certificación por el Consejo de la Especialidad; señalando que el mayor grupo estuvo integrado por personal médico sin especialidad en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, dentro de los cuales un gran número contaban con Maestría en Cirugía Estética, a seguir por médicos generales sin demostración alguna de estudio en este ámbito quirúrgico, y como previamente se señaló incluso personal no médico.

En lo referente a la persona que presentó queja, denuncia o demanda, con motivo de un procedimiento quirúrgico estético, se observó que en el mayor número de casos fueron los pacientes quienes manifestaron su inconformidad (34 casos); en segundo lugar, la madre de los pacientes (ocho casos) y en tercer lugar con igual número de casos

otro familiar y personas sin vínculo familiar alguno (dos casos respectivamente) (Figura 9).

Con respecto al motivo de queja, denuncia o demanda por la intervención estética realizada, se identificó que fue la insatisfacción de resultados (16 casos) la mayor causa de controversia, seguidos del delito de Responsabilidad Profesional (12 casos), complicaciones postoperatorias (ocho casos), homicidio (seis casos), y finalmente incumplimiento de la cirugía programada y falta de información (dos casos respectivamente) (Figura 10).

En lo referente al tiempo estimado entre el acto médico y el tiempo en que tardó en interponerse la queja, denuncia o demanda (Figura 11), se observó

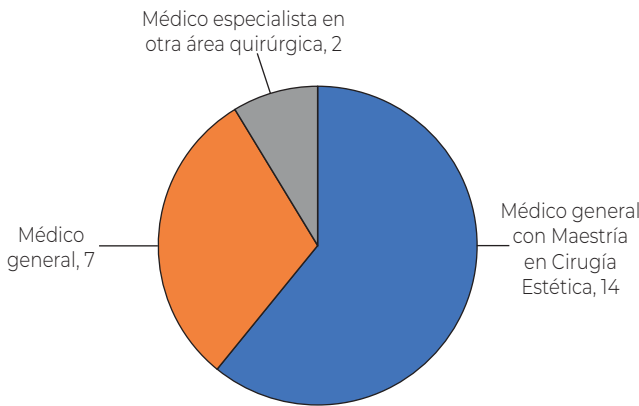


Figura 7: Perfil académico del personal médico sin especialidad en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, que efectuaron procedimientos quirúrgicos motivo de controversia.

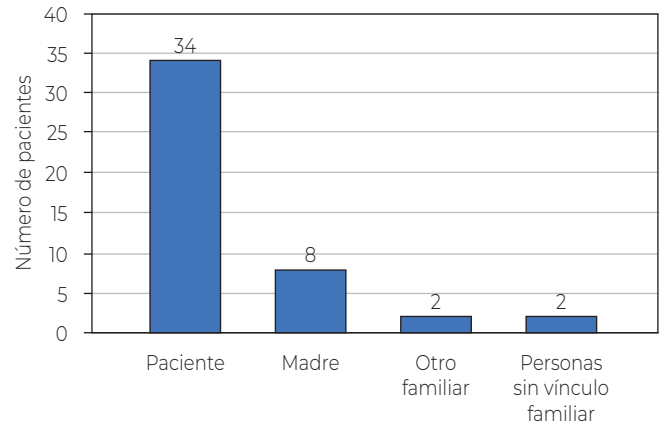


Figura 9: Persona que interpuso la queja, denuncia o demanda con respecto a cirugías plásticas estéticas motivo de controversia.

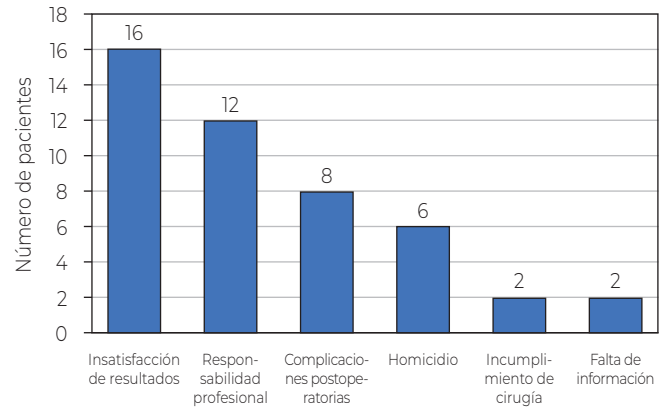


Figura 10: Motivo de las quejas, denuncias o demandas con respecto a cirugías plásticas estéticas.

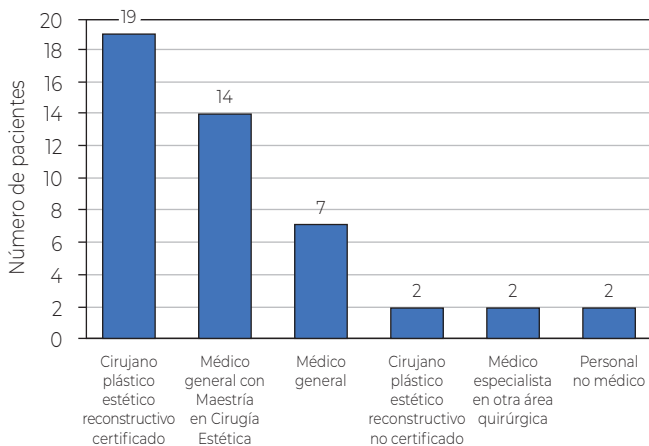


Figura 8: Global del personal involucrado en cirugías plásticas estéticas motivo de controversia.

que durante el primer año se presentó el mayor número de solicitudes ante alguna instancia con 36 casos (78.26% del total), antes de dos años después de realizado el procedimiento nueve casos (19.56%), y después del segundo año sólo se identificó un caso (2.17%).

En relación con las entidades federativas en las cuales se realizaron los procedimientos que dieron motivo a la controversia, se identificaron 10 estados de la República (Tabla 4); la entidad federativa en la que con mayor incidencia se interpusieron quejas, denuncias y demandas fue la Ciudad de México, con 35 casos, equivalente a 76.08% del total; los otros 11 estados analizados en su conjunto representaron 23.92% restante.

En cuanto al Sector de Salud involucrado en los casos de cirugías plásticas estéticas y reconstructivas de las que se presentó queja, denuncia o demanda, se destacó que el mayor número de casos fue el Sector Privado con 38 casos (82.60%), en segundo lugar, el Sector Público con cinco casos (10.86%) y en tercer lugar con tres casos (4.34%) el Sector Social (Figuras 12 y 13).

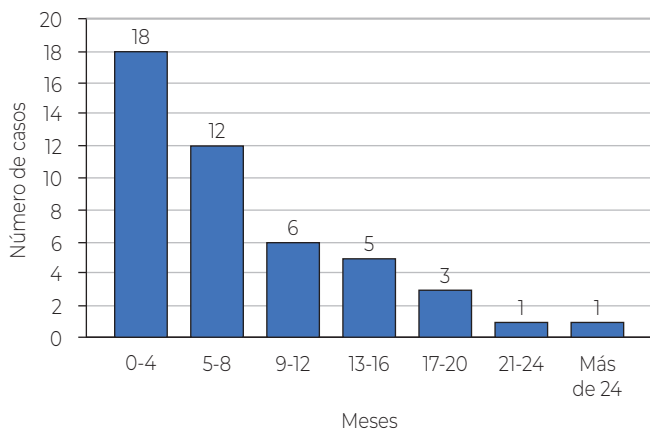


Figura 11: Tiempo en el que posterior a la realización del procedimiento de cirugías plásticas estéticas, se presentó queja, denuncia o demanda, en los casos en los que se identificó mala práctica.

Tabla 4: Entidades federativas en las que se interpuso queja, denuncia o demanda de los casos identificados con mala práctica.

Entidad federativa	Número de casos de controversias médico legales
Baja California	3
Campeche	1
Ciudad de México	35
Chihuahua	1
Morelos	1
Tamaulipas	1
Quintana Roo	1
Yucatán	1
Zacatecas	1
Veracruz	1

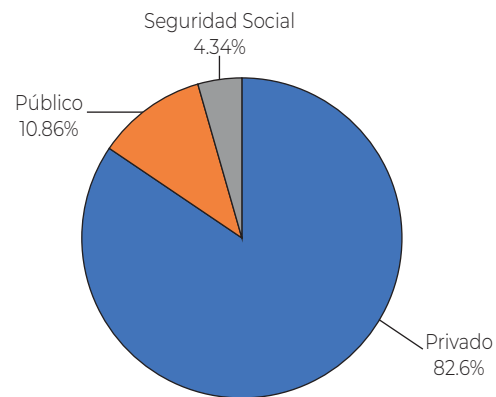


Figura 12: Sector de Salud involucrado en los casos (por porcentaje) en los que se presentaron quejas, denuncias o demandas con respecto a cirugías plásticas estéticas, y se identificó mala práctica por parte de la Dirección General de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, al análisis de los casos, 2012-2022.

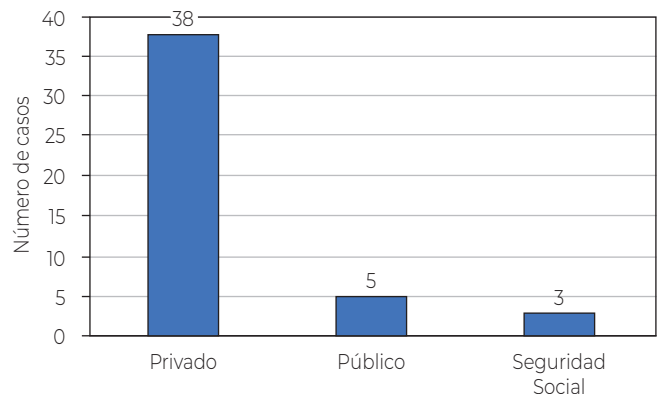


Figura 13: Sector de Salud involucrado en los casos en los que se presentaron quejas, denuncias o demandas con respecto a cirugías plásticas estéticas.

Del total de los casos en los que se presentó una queja, denuncia o demanda, en relación a la autoridad que resolvió la controversia, la distribución de casos se identificó en la siguiente proporción: 27 casos fueron atendidos por la Fiscalía General de la República (FGR), 14 resueltos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, y cinco a solicitud de tipo administrativo por la Secretaría de la Función Pública a través de los Órganos Internos de Control (Figura 14).

De los casos en los cuales la Comisión Nacional de Arbitraje Médico atendió a la solicitud de emisión de Dictamen Médico Institucional, por

parte de autoridad competente (FGR, FGJ, OIC, etc.) referentes a la especialidad de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva y se identificó mala práctica, de manera puntual se analizaron, graficaron y describieron de forma independiente, como a

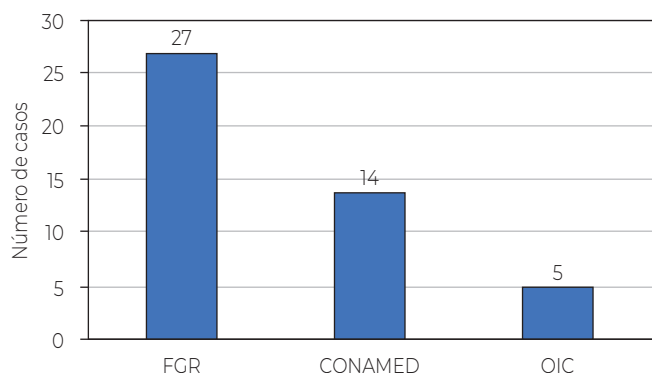


Figura 14: Autoridad que resolvió la controversia con respecto a cirugías plásticas estéticas.

OIC = Órganos Internos de Control. FGR = Fiscalía General de la República.

Tabla 5: Dictámenes Médicos Institucionales en los que se identificó mala práctica.

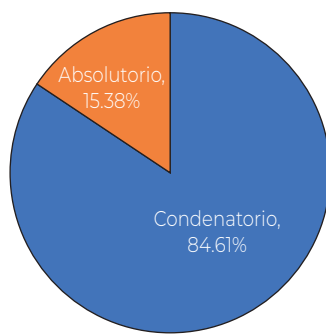
	Número de casos	%
Con relación de causalidad	19	57.57
Sin relación de causalidad	14	42.42

Tabla 6: Perfil del personal involucrado con la realización de cirugía plástica estética motivo de controversia, que derivó en la emisión de Dictamen Médico Institucional y en los que se identificó mala práctica.

Perfil profesional	Número de casos	Con relación	Sin relación
Médico especialista en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva certificado	14	2	12
Médico especialista en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva no certificado	2	2	0
Médico especialista en otra área	2	2	0
Médico general con Maestría en Cirugía Estética	13	12	1
Personal no médico	2	2	0
Total	33	20	13

continuación se expresa, en los cuales se estableció si dicha mala práctica tenía relación de causalidad, es decir, si de este mal actuar médico se había generado un daño, ya fuera temporal, permanente o incluso el fallecimiento del paciente:

1. Dictámenes Médico Institucionales: de los 33 casos analizados, se observó que 57.57% tenía relación de causalidad (19 casos) y 42.42% no tenía relación de causalidad (14 casos) (Tabla 5).
2. Del perfil profesional de los DMI en los que se identificó o no se identificó relación de causalidad se obtuvieron los siguientes resultados: médicos especialistas en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva certificado 14, sin certificación 2; médicos especialistas en otra área médica 2; médico general con Maestría en Cirugía Estética 13, personal no médico 2 (Tabla 6).
3. De los casos en los que se identificó mala práctica con relación causal se identificaron 20 casos, de los cuales estuvieron involucrados 2 médicos especialistas en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva certificados, 2 sin certificación; 2 médicos especialistas en otra área médica; 12 médicos generales con Maestría en Cirugía Estética, y dos personas no médicas (Tabla 6).
4. De los casos en los que se identificó mala práctica sin relación causal se identificaron 13 casos, de los cuales estuvieron involucrados 12 médicos especialistas en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva certificados y 1 médico general con Maestría en Cirugía Estética (Tabla 6).

**Figura 15:**

Resolución de los Laudos referentes a la Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, en los que se presentó queja por aparente mala práctica, atendidos por la Dirección General de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2012-2022.

De los casos en los cuales la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, resolvió de forma directa la controversia mediante la emisión de Laudo y en los cuales se identificó mala práctica, al análisis puntual se identificaron los siguientes resultados, resolviendo como condenatorios aquellos en los que se demostró relación de causalidad, es decir, del mal actuar médico se había generado un daño, ya fuera temporal, permanente o incluso el fallecimiento del paciente:

1. Laudos: de los 13 casos analizados, se observó que 84.61% (11 casos) tenía relación de causalidad, es decir, que se resolvieron como condenatorios, mientras que 15.38% (dos casos) no tenía relación de causalidad, identificándose únicamente elementos de mala práctica por la presencia de inobservancias de tipo administrativo, ya que se identificó mala integración en los expedientes clínicos (*Figura 15*).
2. Del perfil profesional de los Laudos condenatorios se obtuvieron los siguientes resultados: dos médicos especialistas en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva y siete médicos generales con Maestría en Cirugía Estética 13, personal no médico dos (*Tabla 7*).
3. Del perfil profesional de los Laudos absolutorios los dos casos se vincularon con dos médicos especialistas en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva certificados (*Tabla 7*).

Finalmente, en lo que respecta a los resultados de complicaciones por mala práctica en Dictámenes Médico Institucionales y Laudos con relación causal (20 casos) se identificó que en su mayoría presentaron daño de forma temporal (siete pacientes), seguidos por los casos con daño permanente

(siete casos), y en menor proporción fallecimientos (seis casos) (*Tabla 8*).

DISCUSIÓN

La Cirugía Plástica, desde sus orígenes,⁹ tiene en su ámbito de competencias, aspectos reconstructivos como estéticos, mismos que académicamente siempre se han enseñado de forma teórica como práctica; sin embargo, y aun cuando en muchos ámbitos jurídicos y colegiados estos dos campos de acción, el Reconstructivo y el Estético, han tenido reconocimientos, como lo es la Ley General de Salud, el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de prestaciones de Atención Médica, el Consejo Mexicano de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva o la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, en particular lo referente a la Cirugía Plástica Estética académicamente no era formalmente reconocida, siendo hasta el 11 de agosto de 2023 que a la sesión del pleno del Consejo Universitario de la Universidad Nacional Autónoma de México se le dio «académicamente» por primera vez tal reconocimiento, y por lo cual a partir de ese momento la especialidad será reconocida como «Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva».⁴

Tabla 7: Perfil del personal involucrado con la realización de cirugía plástica estética motivo de controversia, que derivó en la emisión de Laudo y en los que se identificó mala práctica.

	Condenatorio	Absolutorio
Cirujano plástico estético y reconstructivo certificado	2	2
Maestro en cirugía estética	9	0
Total	11	2

En los dos casos en los que se estableció como absolutorio el Laudo se identificaron elementos de mala práctica de tipo administrativo normativo, ya que no se contó con expediente clínico correctamente integrado; sin embargo, no se estableció daño corporal alguno.

Tabla 8: Lesiones identificadas en los casos de la especialidad de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, identificados por la Dirección General de Arbitraje de la CONAMED, 2012-2022, con mala práctica con relación causal.

Dictamen/Laudo	No. de casos (%)	Daño temporal	Daño permanente	Muerte
Médico especialista certificado en Cirugía Plástica	2 (10)	1	0	1
Médico especialista no certificado	2 (10)	0	1	1
Médico especialista de otra especialidad	2 (10)	0	1	1
Médico general con Maestría en Cirugía Estética	12 (60)	4	5	3
Personal no médico	2 (10)	2	0	0

Esa falta de reconocimiento ha generado la falsa percepción de un «vacío formativo académico» que ha dado origen a cursos de Maestrías en torno a la «Cirugía Estética»,⁶ dando lugar a personal que efectúa procedimientos quirúrgicos de tipo estético, los cuales ni académica ni jurídicamente cumplen con requisitos legales que establecen los artículos 81 y 272 bis 1, de la Ley General de Salud.¹⁰

El problema mayor de este personal que efectúa cirugías estéticas, no es sólo el que no cuenten con los requisitos jurídicos que para el ejercicio de una especialidad quirúrgica se refiere, sino que ante una insuficiente formación académica, teórica como práctica, pues únicamente cursan una Maestría de 10 meses y no así los seis a siete años que cursa un especialista en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva (dos a tres años de cirugía general y cuatro años de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva); los resultados de los procedimientos quirúrgicos que efectúen no siempre serán correctos y derivará en una controversia médico legal.³

En este punto es importante señalar que, si bien los especialistas en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva no están exentos de tener controversias, proporcionalmente no estarán vinculadas con daños mayores, ya sea por daño permanente o fallecimiento de los pacientes.

A este respecto, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, como institución pública gubernamental que ofrece mecanismos alternativos de solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos; que colabora con las autoridades de procuración e impartición de justicia, y participa en la investigación, en el fomento

a la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente, ha participado desde su creación en el análisis del acto médico vinculado con las quejas, denuncias o demandas derivadas del acto médico, y por ende de procedimientos estéticos.

Es así que a la revisión de los últimos 10 años de los casos en los que esta institución ha participado en la resolución de las controversias médico legales, ya sea de forma directa a la emisión de un Laudo o de forma indirecta, mediante la emisión de un Dictamen Médico Institucional, ha identificado al análisis de los casos referentes a la realización de cirugías plásticas estéticas la participación en gran número de atención de pacientes de personal no especializado.

De la revisión de expedientes relacionados con la especialidad de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, analizados en la Dirección General de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se identificaron 46 expedientes.

De los casos detectados se estableció que el mayor número de pacientes fueron 39 mujeres y siete hombres, lo que coincide con lo referido a nivel mundial^{11,12} en relación a que las primeras recurren con mayor frecuencia a intervenciones de tipo estético, con una relación de 9:1 casos en comparación con el hombre; a nivel mundial la demanda por este tipo de procedimientos representó 86.4% en mujeres y 14.4% en hombres, según la ISAPS.¹³

Al igual que lo reportado a nivel mundial,¹³ en ese auge impulsado por la orientación de la humanidad en preservar una apariencia joven por más tiempo, además del realce e importancia que ha

cochado el tener un buen aspecto físico para establecer relaciones, ya no sólo afectivas, por moda, y desde hace algunos años por aspectos virtuales como lo son las redes sociales, en las cuales el patrón de belleza «perfecto y perene» es uno de los elementos clave de éstos; cada día se empiezan a detectar en mayor proporción, pacientes en extremos de la vida, es decir más jóvenes o de mayor edad, situación que fue identificada en la revisión efectuada, detectando un caso de una menor de 15 años y una persona adulta de 71 años.

Lo anterior es coincidente con algunos reportes a nivel mundial,¹³ en lo referente a menores de 18 años, al señalar que estos últimos representan un bajo porcentaje (1.9%) advirtiendo que en su mayoría, el procedimiento estético obedeció a razones de tipo clínico-funcional; en lo que respecta a la presente revisión, este porcentaje fue coincidente, sin embargo, es de señalar que se identificó un caso sí estético con enfoque funcional, y un caso 100% de índole meramente estético, en el cual, desafortunadamente se presentó el fallecimiento del paciente.

En relación al intervalo de edad en el que mayor número de casos se presentó, la revisión efectuada arrojó que entre los 30-40 años se presentó el mayor número de casos, con una media de 35 años.

En este punto es importante señalar que en paralelo a lo que el entorno social y cultural establecen de manera forzada a mantener «la juventud y belleza perene»; es de señalar que también existen componentes intrínsecos en los pacientes,¹¹ señalando que en muchos de ellos se identifica el denominado trastorno dismórfico corporal (TDC) (antes conocido como dismorfofobia), el cual es un trastorno somatomorfo que consiste en una preocupación fuera de lo normal por algún defecto, ya sea real o imaginado, percibido en las características físicas propias, es un trastorno psiquiátrico que se ha identificado hasta en 20% de los pacientes que solicitan una cirugía estética.¹²

Según reportes mundiales, de la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica y Estética,¹³ las intervenciones estéticas más solicitadas a nivel mundial son: liposucción, aumento de mamas, rinoplastia, blefaroplastia y abdominoplastia; de acuerdo a la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica,⁷ las dos cirugías más frecuentes son aumento de senos mediante implantes y la liposucción.

Es así que a la revisión efectuada se identificó más de la mitad de los casos tenían una cirugía estética previa (54.34%), dentro de las cuales se identificó la colocación de implantes, liposucción, rinoplastia, abdominoplastia y lipotransferencia, coincidente con las cirugías más realizadas a nivel mundial.^{11,13}

En relación con las cirugías estéticas realizadas que dieron origen a una controversia, en el presente estudio, se observó que las mismas sólo difieren de lo reportado por la literatura en cuanto al orden de frecuencia, identificando como primer lugar la colocación de implantes de mama, a seguir la liposucción con lipotransferencia, la abdominoplastia y finalmente la rinoplastia.^{11,13}

En cuanto al perfil profesional del personal que efectuaron los procedimientos, como previamente se señaló, en México el ejercicio profesional médico está regido por Normas y Leyes, en este supuesto la literatura señala que, para la realización de procedimientos quirúrgicos de especialidad, el perfil profesional de quien los realiza debe contar con Cédula Profesional y certificado vigente de especialista.^{7,10}

En la revisión efectuada, se identificó que, en cuanto a la intervención estética, en su mayoría fueron realizadas por médicos no especialistas en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva con 50%, mientras que el personal médico con esta especialidad ocupó 45.65% e incluso se detectó personal no médico con 4%.

A este respecto es de señalar que la ley es clara en cuanto a los requisitos normativos necesarios para ejercer y realizar este tipo de intervenciones quirúrgicas estéticas, siendo obligatorio contar no solo con la especialidad sino con la certificación; siendo de señalar que de la revisión efectuada, dentro del personal con especialidad de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, se identificó sin un gran porcentaje con certificación, lo que permite establecer que aun en manos expertas y con todos los requisitos de la ley es posible que se presenten controversias, más aun sin tener la preparación y no contar con lo que legalmente se exige.

A este respecto es importante señalar que de la revisión efectuada, se identificó que un porcentaje de los casos de cirugías estéticas motivo de controversia son efectuados por personal de especialidad, donde un porcentaje importante son médicos

generales con maestría en Cirugía Estética; sin embargo, es importante señalar que se detectó la participación de médicos generales sin formación académica demostrable asociada a la Cirugía Estética e incluso aun cuando en menor proporción personal ni siquiera vinculado con la Medicina.

Por otro lado, en cuanto al tiempo en que se efectuó la intervención quirúrgica y se interpuso la queja, denuncia o demanda el mayor número de casos se identificó dentro del primer año.

Ahora bien, de los más relevantes y reveladores datos obtenidos de esta revisión, fue el establecer que, si bien los médicos especialistas en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva se ven involucrados en quejas, denuncias o demandas, bajo el análisis de datos de los casos analizados por la Dirección General de Arbitraje de la CONAMED, la mala práctica en la que se ven involucrados es en un número significativo de casos, sin relación causal, es decir sin daño corporal al paciente.

Mientras que en los casos identificados con mala práctica y la presencia de un daño permanente, temporal o fallecimiento, el perfil de quien atendió a los pacientes fue precisamente en personal no especializado, y los casos atendidos por médicos especialistas si bien se les identificaron elementos de mala práctica, en la gran mayoría de los casos en los que estos participaron no hubo una relación de causalidad, es decir, no se identificó daño corporal alguno al paciente.

CONCLUSIÓN

El presente estudio refleja los casos vinculados con la emisión de Dictamen Médico Institucional/Laudo por parte de la Dirección General de Arbitraje de la CONAMED, en casos relacionados con la Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, en los que se identificó mala práctica; cuya muestra si bien es pequeña ante el universo de todos los casos de esta especialidad, y no podría ser extrapolable a todos los casos de mala praxis en Cirugía Plástica Estética en el país, sí permitió que los datos obtenidos sean comparables a los expresados por otras publicaciones nacionales e internacionales que han hablado sobre el tema.

La edad representa un factor contundente para la elección del tipo de Cirugía Estética al que se desea someter el paciente, encontrando que en

la tercera y cuarta décadas de la vida el implante mamario y la liposucción son las más afamadas, así pues, en pacientes con edad cercana a los 60 años tienden a optar más por el rejuvenecimiento facial, tal hecho muestra una fuerte correlación entre el tipo de cirugía y las necesidades de belleza según la edad.

Un aspecto importante a considerar es que en la actualidad la mayoría de los pacientes se realizan múltiples intervenciones quirúrgicas de tipo estético (en promedio 2-3) en una misma intervención, lo cual ha sido impulsado por la disponibilidad en el mercado de paquetes, los cuales incluyen diversos procedimientos, aun menor costo en comparación a realizarlos por separado, lo que ha alentado a las personas a someterse y aceptar más procedimientos de los que ellos tienen planeado realizarse.

En México, el desequilibrio dado entre la demanda para la ejecución de cirugías estéticas y la formación de especialistas ha propiciado que los médicos o profesionistas en otras áreas incurran en realizar este tipo de prácticas en el ámbito privado.

Las principales quejas/demandas/denuncias en contra del prestador de servicio en salud fueron por insatisfacción de resultados y responsabilidad profesional.

Es importante señalar que son diversos los factores que pueden influir y detonar en una queja, demanda o denuncia, y estos no siempre estar en relacionada con mala práctica médica, entre las causas más frecuentes encontradas en el presente estudio son las atribuidas como consecuencia a la propia evolución del paciente que a un afecto adverso de la intervención médica, los riesgos inherentes a la intervención quirúrgica los cuales pueden presentarse durante y en post-operatorio a pesar de un adecuado monitoreo y por último las expectativas creadas por el paciente acerca de la intervención Estética.

Una gran parte de la mala práctica identificada por los médicos con especialidad fue atribuida al desconocimiento del marco jurídico del ejercicio de la profesión médica, así como Normas, Reglamentos y Obligaciones, lo cual queda establecido en la carencia de la integración del expediente médico, falta de planeación del procedimiento a realizar, y sobre apego a las Normas Oficiales Mexicanas.

Las complicaciones mayores identificadas en las cirugías plásticas estéticas, en un porcentaje

muy grande, fueron atribuidas al actuar de médicos no especialistas, las cuales fueron desde insatisfacción de resultados, pasando por daño corporal en el paciente hasta muerte de éste, lo cual se atribuye a la falta de conocimiento, experiencia y habilidades quirúrgicas en el campo de la Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, a pesar de que un número muy grande de estos médicos establecieron haber realizado curso o Maestría en Cirugía Estética.

En México, todo procedimiento en Cirugía Plástica Estética debe ser realizado por médico especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, el cual además debe estar certificado, esto último da validez y certeza sobre la profesionalización, capacidad y pericia de quien las realiza; lo antes mencionado de conformidad con las disposiciones normativas antes citadas.

Por último, es necesario reconocer que en nuestro país la información disponible en cuanto a las intervenciones quirúrgicas estéticas realizadas y todo lo que derive de ella es escasa o incluso nula, a pesar de la gran cantidad de procedimientos realizados a diario.

REFERENCIAS

1. Cremades NA. Orígenes de la cirugía plástica. Padres, pioneros y otros más. *Rev Salud Pública (Córdoba)*. 2014; 13 (2): 47-52.
2. Página electrónica del Servicio de Cirugía Plástica Reconstructiva. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". [Consultado el 26/09/2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/hospitalgea/acciones-y-programas/cirugia-plastica-reconstructiva>
3. Programa Único de Especializaciones Médicas (PUEM). División de Estudios de Postgrado. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. [Consultado el 26/09/2023]. Disponible en: <https://www.fmposgrado.unam.mx/index.php/puem-grafico-presentacion>
4. Hernández M. Actualizan especialización en cirugía plástica, estética y reconstructiva. *Gaceta UNAM* [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.gaceta.unam.mx/el-cu-aprueba-la-actualizacion-de-la-especializacion-en-cirugia-plastica-estetica-y-reconstructiva/>
5. División de Estudios de Postgrado. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. [Consultado el 26/09/2023]. Disponible en: <https://www.fmposgrado.unam.mx/>
6. Nota de prensa de la Secretaría de Salud. 414. Insuficiente el número de especialistas médicos en cirugía plástica: Secretaría de Salud. 2022. [Consultado el 26/09/2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/414-insuficiente-el-numero-de-especialistas-medicos-en-cirugia-plastica-secretaria-de-salud?idiom=es>
7. Rivera CJM, Cerqueda RE. Contexto legal actual de la práctica de la cirugía estética en México. *Cir Plast*. 2017; 27 (2): 43-53.
8. Página web Comisión Nacional de Arbitraje Médico. [Consultada 26/09/2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conamed/que-hacemos>
9. Ramos-Rocha de Viesca M. LA vulnerabilidad humana frente a la Cirugía Estética. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2012; 50 (1): 81-86.
10. Ley General de Salud. [Consultado el 27/09/2023]. Disponible en: <http://www.oag.salud.gob.mx/descargas/LV/4-29-05-2023.pdf>
11. Pérez García L, Almanzar Curiel A. Cirugía estética y motivaciones psicosociales. Hacia un estado de la cuestión y perspectivas de investigación. *SAPIENTIAE*. 2021; 7 (1): 118-131.
12. Asociación Mexicana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva. A.C. [Consultada 29/09/2023]. Disponible en: <https://siimporta.cirugiaplastica.mx/estadisticas.html>
13. International Society of Aesthetic Plastic Surgery [Internet]. Mount Royal, New Jersey. [Consultada 29/09/2023]. Disponible en: saps.org/media/fkgnkkr/2021-global-survey-press-release-spanish-latam.pdf

Gestión con calidad, una herramienta para el éxito sostenido de la CONAMED a 27 años de su creación

Quality management, a tool for CONAMED's sustained success 27 years after its creation

Ricardo Martínez Molina*

RESUMEN

La implantación de un sistema de gestión de calidad en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico fue una decisión de la alta dirección en beneficio de los involucrados en los asuntos que se ventilan en ella. Con el paso del tiempo, 27 años para la Comisión, las condiciones de los mexicanos y las leyes que regulan su comportamiento en todas las esferas, han sido modificadas, por lo que resulta importante mantener el espíritu de trabajo de los servidores públicos y migrar hacia una gerencia flexible, que involucre el conocimiento y cumplimiento de los derechos humanos, del Código de Ética de la Administración Pública Federal y con ello, beneficiar a la ciudadanía con la mejora de sus condiciones de vida, una sociedad armoniosa e instituciones comprometidas con la ciudadanía.

Palabras clave: sistema de gestión de calidad, proceso arbitral, modelo mexicano de arbitraje médico.

ABSTRACT

The implementation of a Quality Management System in the National Medical Arbitration Commission was a decision of senior management for the benefit of those involved in the matters that are dealt with in it. With the passage of time, 27 years for the Commission, the conditions of Mexicans and the laws that regulate their behavior in all spheres have been modified, so it is important to maintain the spirit of work of public servants and migrate towards a flexible management, which involves knowledge and compliance with human rights, the federal code of ethics and with it, benefiting citizens with the improvement of their living conditions, a harmonious society and institutions committed to their missions and visions.

Keywords: quality management system, arbitration process, Mexican Model of Medical Arbitration.

* Subdirector de Calidad, Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Correspondencia: RMM, rmartinez@conamed.gob.mx

Conflicto de intereses: el autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Citar como: Martínez MR. Gestión con calidad, una herramienta para el éxito sostenido de la CONAMED a 27 años de su creación. Rev CONAMED. 2023; 28(3): 143-147. <https://dx.doi.org/10.35366/113066>

Financiamiento: no se recibió patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Recibido: 15/05/2023.

Aceptado: 15/06/2023.

INTRODUCCIÓN

Los Sistemas de Gestión de Calidad (SGC), como herramienta nacida en las fuerzas privadas de trabajo y acciones militares (principalmente acciones de la fuerza aérea) donde se requiere que las acciones sean ejecutadas correctamente a fin de evitar accidentes o incidentes fueron orientadas al análisis y comprensión del funcionamiento de los mercados bajo la visión de cumplimiento legal y reglamentario de las organizaciones, que determinan a las personas como un cliente, al que hay que satisfacer en sus necesidades y expectativas.

Incluso, algunos pensadores de la calidad, mencionan que hay que superar esos dos elementos considerando el potencial de la organización, su estructura y los recursos que sustentarán la generación de un producto o la prestación del servicio o la combinación de ambos.

La CONAMED, bajo una visión empresarial y en el sexenio del Lic. Vicente Fox Quezada, llevó a cabo el cambio de su estructura burocrática y rígida a una flexible, conforme las leyes aplicables a su funcionamiento lo permitieron, al implementar y certificar un SGC bajo el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001.

En este escrito se mencionan algunas de las acciones implementadas, resultados obtenidos y la necesidad que tiene la Comisión de reorientar el proceso arbitral a las nuevas exigencias que se presentan en los ámbitos sociales, económicos, políticos y jurídicos que actualmente imperan a nivel nacional e internacional.

27 AÑOS DE CONTRIBUCIONES

En su parte introductoria, denominada Generalidades, la norma ISO 9001:2015,¹ invita a las altas direcciones de las organizaciones a nivel mundial privadas, sociales y públicas, a implantar y desplegar un SGC como una decisión estratégica para ayudar a mejorar su desempeño integral y global con el fin de hacer sustentable el alcanzar la justificación de su nacimiento y razón de ser, lo que dará sustento al argumento denominado Misión y que con el paso del tiempo, a mediano plazo, será medible cuando se haya alcanzado la visión al grado de hacer sostenibles las funciones esenciales, para que el éxito sea implementado y

sostenido como parte de la mística de la gestión y la administración.

En esta norma se describe en 10 apartados la información que un directivo debe conocer y comprender para estar convencido de implementar un sistema de gestión de la calidad que le apoye a prestar bienes y servicios que satisfagan las necesidades y expectativas del cliente, usuario, ciudadano o persona; asimismo, generar, implementar y medir herramientas que faciliten elevar la satisfacción de los clientes que se encuentran en la cadena de valor y la generación de beneficio, aprovechando al máximo los recursos disponibles en la organización.

A lo largo de 27 años, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico ha sido pionera en el diseño e implementación de herramientas que han permitido identificar en primera instancia, los motivos más cercanos que generan la inconformidad en los pacientes o sus familiares y que, en consecuencia, detonan la formulación de una queja, la cual no en todas las ocasiones tiene el sustento documental o sus pretensiones escapan a las atribuciones conferidas a este órgano, por lo que el usuario o su representante será asesorado para decidir la vía, tiempo y forma en la cual podrá hacer valer su derecho constitucional de protección a la salud.

Para el año 2001, en la Comisión se agregaron nuevos directivos y, haciendo caso al mandato del Ejecutivo Federal, decidieron implementar y certificar un SGC con base en los requisitos mandatorios de la norma ISO 9001, que permitió el desarrollo de un proceso de planeación, así como la elaboración de un estudio que detectó las necesidades y expectativas de los usuarios, de los prestadores de servicios médicos y de las instancias legitimadas para solicitar a la Comisión la emisión de un dictamen médico institucional y con ello, diseñar los cuestionarios de medición de la satisfacción de todas las partes involucradas en la gestión organizacional que se perfilaba con nuevos argumentos de control presupuestal, control interno y posteriormente gestión de los riesgos.

Bajo esta visión, fueron capacitados los servidores públicos con el contenido de la norma ISO 9001 y fue elaborado el Manual de Calidad, además se diseñaron los procesos y procedimientos con su respectiva supervisión, monitoreo e implementación de la auditoría interna para identificar el

cumplimiento normativo, legal y los requisitos del sistema con apego a las directrices de la norma ISO 19011.

Es conveniente mencionar que seis servidores públicos de la CONAMED fueron certificados como auditores internos líderes bajo los criterios de las directrices de la norma 19011.²

Una situación importante que marcó el destino durante varios sexenios y que hasta la fecha es el estandarte para la existencia de la Comisión, es la conformación de su misión y visión, como el órgano al cual se le confiere la contribución en la resolución de las controversias derivadas de la relación médico-paciente, al establecer como parte fundamental cuatro objetivos estratégicos para lograr su cometido. Los objetivos son los siguientes:

«...Consolidar el modelo de atención de inconformidades para ser el Centro Nacional de referencia.

Lograr la resolución de conflictos con eficiencia y satisfacción de los usuarios.

Influir en la mejora de la práctica de la medicina.

Proyectar en los contextos nacional e internacional el modelo CONAMED y obtener el reconocimiento social».³

Generar, aplicar y medir el CLIP requirió de un cambio de diseño organizacional de la Comisión, el compromiso de su alta dirección y, sin duda, una postura visionaria desde el Ejecutivo Federal hasta el Comisionado Nacional que, inician la aplicación de los postulados de la Nueva Gerencia Pública e implementación del SGC como estandarte del cambio de paradigma de las estructuras burocráticas al establecimiento de una estructura flexible, dinámica y acorde a las nuevas exigencias de la norma ISO 9001, la conformación de un grupo de trabajo interno con fines de implementar la mejora continua y aplicar un modelo de liderazgo transformacional acompañado de motivadores para que la organización alcanzara la certificación bajo este concepto.

Considerando los elementos organizacionales como la planeación, la organización, la dirección y el control, bajo los requerimientos de la norma ISO, se dio un giro en la forma de gestionar la Comisión, al aplicar el modelo Deming, basado en el principio de Planear, Hacer, Verificar, Actuar (PHVA).

La Comisión inicia las modificaciones necesarias en su diseño organizacional para alinear recursos, infraestructura y organigrama, a fin de obtener el presupuesto necesario para llevar a cabo el proceso de implementación y certificación del proceso arbitral (orientación y gestión, conciliación y arbitraje) y que posteriormente se conceptualizaría como el Modelo Mexicano de Arbitraje Médico.

Obtenida la certificación, se consolidó el modelo que, para esa época, permitió la configuración de la Comisión para dar cumplimiento a los objetivos orientados al mejoramiento de la cadena de actividades desde la recepción, tránsito y conclusión de los asuntos.

Fueron conformados equipos de alto rendimiento para dar cumplimiento en primera instancia, a los ordenamientos legales y reglamentarios sobre los cuales cada servidor público debería llevar a cabo el cumplimiento de las funciones asignadas; se realizaron sesiones colegiadas para analizar las estadísticas relacionadas con la atención de las quejas y las gestiones inmediatas, con el fin de identificar las especialidades de las cuales los usuarios interponían más asuntos, considerando que no se brindaba la atención médica con apego a los principios éticos y profesionales de la práctica médica; se aplicó un modelo de mejora continua con el que se identificaron las desviaciones presentadas en la atención de los asuntos recibidos electrónicamente, por correspondencia y los presenciales, con el propósito de acortar los tiempos de atención por asunto, mejorar la gestión por sala de atención y con ello, disminuir los tiempos tanto para el traslado de la queja recibida como de las acciones necesarias para que se llevara a cabo la audiencia de conciliación y, en su caso, su traslado a la fase decisoria.

Se firmaron convenios de colaboración con prestadores de servicios médicos institucionales con la intención de mejorar la gestión documental para poder integrar el expediente de la Comisión y, en consecuencia, mejorar la cadena de custodia de los expedientes integrados y que transitaban, desde su recepción hasta el momento de la elaboración y emisión del laudo.

No menos importante, la forma en la cual se conformaron las otras áreas de la Comisión, consolidaron una estructura organizacional moderna, flexible, orientada a resultados y que no sólo culminó

con la certificación bajo los requisitos de la norma ISO 9001 con relación al proceso arbitral.

Para el año 2002, la CONAMED recibió el premio INTRAGOB, con lo que se consolidaron los esfuerzos de la organización por orientar las funciones y atribuciones conferidas bajo la visión de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios externos e internos y las partes interesadas. Para ese tiempo, los servidores públicos de la Comisión recibieron el Reconocimiento Único a la Calidad (RUCA), estos resultados fueron alcanzados bajo los criterios de la norma de referencia bajo los criterios de auditoría de la empresa British Standards Institution (BSI), siendo recertificada en dos ocasiones más.³

En el nuevo sexenio (2007) los directivos de la CONAMED decidieron que la institución certificadora fuera la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR), organización con la que se continuaron los trabajos de recertificación del sistema y se consolidaron las bases para migrar al modelo de la norma ISO 9004 (éxito sostenido), así como la implementación de los requisitos de la norma ISO 27001 para dar seguridad a la información. La primera labor llevada a cabo para obtener la visión del éxito sostenido fue ampliar la certificación a toda la Comisión, misma que se obtuvo en el año 2010 y duró hasta el año 2015.

Durante esa época se vivieron elementos de cumplimiento de los Manuales Administrativos de Aplicación General en varias materias, emitidos por la Secretaría de la Función Pública, siendo los de mayor seguimiento y cumplimiento los relacionados con el control interno, tecnología de la información y el servicio profesional de carrera, con el cual aún se lleva a cabo el proceso de convocatoria hasta la separación.

La visión del Ejecutivo Federal en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2012-2018⁴ consideró no apostar por la recertificación de las unidades que lo habían logrado en los dos sexenios anteriores; sin embargo, aun cuando ya no se cuenta con los recursos para recertificar a la Comisión, la implantación, control y mejoramiento del SGC ha sido de gran utilidad para la generación de los nuevos ordenamientos como son la implantación de la metodología del Marco Lógico para poder generar la Matriz de Indicadores de Resultados necesaria para el funcionamiento del programa presupuestal

P013, en el cual la Comisión participa con indicadores fundamentales que permiten la rendición de cuentas y transparencia presupuestaria, el cumplimiento de los diversos programas transversales que involucran la aplicación del control interno, el mejoramiento de la normatividad y de los procedimientos que soportan el cumplimiento de las atribuciones, funciones y documentales probatorias de las acciones llevadas a cabo por los servidores públicos en el cargo.

Los SGC vistos como una herramienta de mejoramiento continuo son uno de los muchos modelos que pueden seguir su implementación en la administración pública, con la finalidad de brindar certeza en el quehacer de los servidores públicos, su relación con la ciudadanía y el cuidado de los recursos que tienen a su alcance para generar el bienestar social que tanto anhela la población mexicana, así como su baluarte para consolidar el trabajo público como herramienta para hacer valer los derechos humanos de cada individuo. Todos los modelos tienen una vida útil y aun cuando el objeto social de la Comisión no ha cambiado, sí lo puede hacer la forma en que se contribuye a la resolución de las controversias.

El modelo de arbitraje médico que vio su nacimiento en el año de 1996 no consideraba grandes adelantos en materia jurídica, social, económica, médica, administrativa, tecnológica, entre otros; por lo que, en la actualidad, es imprescindible generar un nuevo marco de referencia con el fin de mejorar la atención a los asuntos que la ciudadanía considera una prestación de servicios no apegada a los derechos humanos y que pueda, en algún grado, violentar su dignidad.

La construcción de un nuevo modelo de arbitraje médico debe permitir la atención integral, oportuna y basada en los derechos humanos, de las necesidades y expectativas de la ciudadanía, considerando que lo más importante es la vida de la persona y, por tanto, los procesos y procedimientos deben acompañarse de acciones que permitan no sólo contribuir a la solución de las controversias, los servidores públicos a cargo de la atención de los asuntos deben contar con capacidades que les permitan canalizar en forma adecuada y oportuna a los usuarios a diferentes unidades para su atención médica y, de ser posible, a la par, aplicar el proceso arbitral (conciliación y emisión de laudo)

con los actores involucrados para construir la solución de la controversia mediante los mecanismos alternativos de solución de controversias.

Cada órgano u organismo gubernamental que genere información fina, contundente, consistente, fiable y orientada a mejorar sus procesos de gestión integral debe ser apoyada, catapultada y consolidada como una herramienta para fortalecer las funciones del Estado, orientada a mejorar el bienestar de la sociedad, para ello, el camino es consolidar la modernidad en la administración pública, aplicando acciones en beneficio de la sociedad.

Cada plan y programa emitidos en la administración pública desde la creación de la CONAMED hasta la actualidad, fue acompañado por un trabajo legislativo, ejecutivo y judicial para contar con una visión de las problemáticas existentes y donde la Comisión ha incursionado para alcanzar su misión y visión. Los controles deben, en consecuencia, construirse con la participación de la sociedad y con diagnósticos certeros, viables y confiables, para que cada servidor público desarrolle las funciones y actividades que le corresponden y con ello sumar al beneficio de una sociedad más armónica, que cuente con los recursos e infraestructura suficientes para alcanzar el cambio, la modernidad y participar de un reparto más equitativo de los recursos, con la confianza depositada en las instituciones estatales para la prestación de los servicios y, en su caso, la resolución eficaz y eficiente de los posibles conflictos que se presentan.

CONCLUSIONES

Durante 27 años, la CONAMED ha implantado y operado un modelo de arbitraje médico que, mediante la conciliación y el arbitraje sustentado en procesos certificados por más de 10 años, permiten en la actualidad, brindar alternativas para solucionar sus problemáticas de forma imparcial y gratuita, tanto a usuarios como a los prestadores de servicios médicos y con ello, procura evitar que se presenten asuntos en las vías civiles o penales u órganos internos de control.

La decisión de implantar el SGC representó tiempo invertido, recursos, capacitación y migrar a una nueva forma de cumplir las atribuciones y competencias conferidas a la Comisión como órgano gubernamental.

Brindó herramientas administrativas certificadas internacionalmente, que orientaron la implementación de acciones preventivas, correctivas y de mejora, que en su momento fueron operadas por equipos de alto rendimiento con seguimiento de resultados y medición del porcentaje de satisfacción tanto de los usuarios externos como los internos.

La experiencia de trabajo con un enfoque de cumplimiento de estándares internacionales con resultados certificables para la Comisión brinda un espacio para reflexionar y analizar, en la actualidad, los contextos social, jurídico, económico y político del Estado mexicano. Cada ciudadano tiene necesidades que no han sido atendidas y las relacionadas con los servicios de salud, en particular la atención médica, se ha deteriorado al grado de que los asuntos que se presentan en la CONAMED conllevan una carga emocional que genera gastos de bolsillo en la ciudadanía y en ocasiones, gastos catastróficos que lo conducen a la pobreza, deteriorando sus condiciones de bienestar.

Es por ello, que la información que se captura de cada asunto, debe apoyar la transformación de la Comisión, sin perder su misión y visión como mecanismo alternativo de solución de controversias para estar en condiciones de atender las exigencias de los ciudadanos y de los prestadores de servicios.

Finalmente, para actualizar el modelo de arbitraje médico es necesario conocer, analizar y comprender las necesidades y expectativas de los usuarios, de las partes interesadas y de los nuevos modelos jurídicos nacionales e internacionales que permitan generar un enfoque basado en el respeto a los derechos humanos y alcanzar el máximo beneficio para los mexicanos.

REFERENCIAS

1. International I. Sistema de gestión de la calidad, requisitos. Ginebra, Suiza: ISO International. 2018.
2. International I. Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión. Ginebra, Suiza: ISO International. 2018.
3. CONAMED 2002. Informe anual de actividades 2001. Ciudad de México: CONAMED.
4. México GD. Plan nacional de desarrollo. Ciudad de México: Gobierno de México. 2013.

Violencia obstétrica. ¿Es el término, o sus implicaciones?

Obstetric violence. Is it the term, or its implications?

José Antonio Moreno Sánchez*

RESUMEN

* Asesor Médico.

Correspondencia: JAMS, drjamoreno@gmail.com

Conflicto de intereses: el autor declara que no tiene conflicto de intereses.

Citar como: Moreno SJA. Violencia obstétrica. ¿Es el término, o sus implicaciones? Rev CONAMED. 2023; 28(3): 148-154. <https://dx.doi.org/10.35366/113067>

Financiamiento: este artículo no recibió ningún tipo de financiamiento.

Recibido: 19/06/2023.

Aceptado: 19/06/2023.

La violencia obstétrica, más allá del término inapropiado e ignominioso, se interpreta como toda una problemática con múltiples aristas, asociadas al maltrato que sufre la mujer embarazada al ser juzgada, atemorizada, humillada o lastimada física y psicológicamente. Se presenta en los lugares que prestan servicios médicos y podemos encontrarla en todas las esferas de la sociedad. En las unidades médicas existe la obligación de proveer servicios de salud materna desde la perspectiva de derechos humanos y garantizar el acceso a la atención profesional durante el parto y el periodo posterior, respetando las necesidades específicas, usos y costumbres, así como las decisiones de las mujeres. Algunas maniobras o procedimientos que se han incorporado al contexto son: cesárea injustificada, existiendo las condiciones para realizar un parto natural, sin el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; obligar a parir acostada o inmovilizada; negar u obstaculizar la posibilidad de cargar y amamantar al bebé o la bebé inmediatamente al nacer; no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido que ese maltrato no sólo viola el derecho de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también puede poner en peligro su derecho a la vida, a la salud, a su integridad física y a no ser objeto de discriminación.

Palabras clave: violencia obstétrica, derechos humanos, maltrato, falta de respeto durante el parto.

ABSTRACT

Obstetric violence beyond the inappropriate and ignominious term, is interpreted as a whole problem with multiple edges, associated with the mistreatment suffered by pregnant women when they are judged, frightened, humiliated or physically and psychologically hurt. It occurs in places that provide medical services and we can find it in all spheres of society. In the medical units, there is an obligation to provide maternal health services from a human rights perspective and guarantee access to professional care during childbirth and the subsequent period, respecting the specific needs, uses and customs, and the decisions of women. Some maneuvers or procedures that have been incorporated into the context are: unjustified caesarean section, when the conditions exist to perform a natural birth, without the voluntary, express and informed consent of the woman; force to give birth lying down and/or immobilized; denying or hindering the ability to hold and breastfeed the baby immediately upon birth; failure to attend to obstetric emergencies in a timely and effective manner. The World Health Organization (WHO) has recognized that this mistreatment not only violates the right of women to respectful care, but can also endanger their right to life, health, physical integrity and not to be subjected to discrimination.

Keywords: obstetric violence, human rights, mistreatment, disrespect in pregnancy.

INTRODUCCIÓN

Una modalidad más de violencia institucional contra la mujer ampliamente discutida y poco aceptada en la comunidad médica, especialmente entre obstetras, es la mal denominada de origen «violencia obstétrica», término importado, desafortunado e inapropiado en el contexto de la atención del embarazo, parto y puerperio, que tuvo un gran impacto mediático, primero por su simplicidad y ligereza al referirse a ella y, segundo, por la facilidad para encuadrarla en un conjunto de formas clasificadas de violentar a la mujer.

Resulta inverosímil y paradójico considerar que, en el acto médico, pudiera existir violencia implícita; sin embargo, cuando se analiza más a fondo el significado del concepto, se puede percibir aquella ancestral y comúnmente desapercibida conducta, que transcurrió ignominiosamente ignorada durante décadas: el maltrato y la falta de respeto por parte del personal de salud hacia las mujeres antes, durante y después del embarazo, que hoy se analiza y comenta en un contexto diferente.¹

Dado que los servicios de salud en general operan bajo esquemas asistenciales diversos, observamos cómo muchas mujeres sin cobertura de servicios de salud, a punto de parir buscan afanosamente el ingreso a una unidad médica y, cuando son recibidas, se enfrentan a una serie de prácticas —muchas rutinarias— por parte del personal de la unidad médica (desde el personal que cuida el acceso, hasta quien conduce a las pacientes al sitio donde pueden ser vistas por una enfermera o un médico) orientadas en muchas ocasiones, más a desahogar el trabajo acumulado, bajo condiciones frecuentemente desfavorables que impiden un buen desempeño profesional y poco concordantes con la naturaleza del evento, con la intensidad de la experiencia que viven en ese momento las pacientes y sus familiares, sobre todo por la esperanza de recibir la atención médica para sentirse fuera de peligro, más aún cuando perciben que este proceso es por demás despersonalizado, bajo un esquema asimétrico donde se hace patente una diferencia entre quienes padecen la dolencia y los que tienen el conocimiento y los medios para su alivio, todo esto agravado por el desconocimiento o el miedo a reclamar sus derechos y, como consecuencia, recibir peor trato.²

El problema ciertamente es grave, pero el tema resultó tan atractivo y redituable en términos mediáticos para un gran número de personajes y agrupaciones que aprovecharon el fenómeno ancestral vigente, además de cotidiano en las áreas de consulta externa y hospitalización, donde se atienden mujeres embarazadas o puérperas, por el ya conocido maltrato, que puso de manifiesto la grave inequidad en las relaciones de saber/poder que regula la práctica médica dominante en los procesos reproductivos, sin importar si quien lo genera es hombre o mujer.

Lo preocupante es que estos comportamientos continúen sucediendo y además que sean vistos como parte de la normalidad por las mujeres y sus familiares, especialmente cuando acuden a servicios de salud gratuitos toda vez que consideran que someterse a tratos diferenciados, irrespetuosos o indignos es parte del precio que deben pagar por tener la fortuna de acceder a una unidad médica pública para recibir atención médica gratuita o de muy bajo costo, como si fuera una dádiva que privilegia a quien llega primero o tiene la fortuna de encontrar una cama disponible para su atención.

Desafortunadamente, estos comportamientos se hicieron parte de lo cotidiano y así, para muchas mujeres todavía en la actualidad, les resulta muy difícil levantar la voz para reclamar el respeto a sus derechos primordiales, más aún cuando ni siquiera los conocen. Esta situación es más notoria en los casos de mujeres en condición de pobreza, o por su pertenencia a diferentes etnias y grupos vulnerables.

Si, a todo lo anterior sumamos las dificultades para el arribo a las unidades médicas debido a la distancia, falta de medios de transporte, gastos de traslado y alimentación, después los obstáculos para ingresar a estas y, ya estando dentro, la serie de interrogatorios, revisiones, condicionamientos, restricciones, criterios cambiantes de manejo; a esto le podemos agregar algunas maniobras y procedimientos que, aunque en su naturaleza no son violentos, sí en muchas ocasiones resultan excesivos, innecesarios o inapropiados (la tricotomía, los tactos vaginales frecuentes —sobre todo no justificados, o relativamente justificados en los casos de procesos de enseñanza o capacitación—, la aplicación de enemas, el uso rutinario de oxitocina —peligroso en manos inexpertas—, la amniorrexia

con presentación libre —riesgo de prolapso de cordón, hipoxia y muerte fetal—, la aplicación de fórceps electivo, la episiotomía sistemática y la cesárea sin indicación); maniobras o procedimientos que al requerir autorización previa para ejecutarlos, al no hacerlo provocan un reforzamiento en la idea popular de «agresión o violencia» durante el proceso del parto, generada como concepto simple y útil para quien lo menciona así, pero denostador y hasta irracional para quien efectivamente resuelve los problemas obstétricos, más aún cuando se percibe como un fenómeno en donde se conjuntan bajos niveles de desarrollo socioeconómico y cultural por parte de quien acusa y un nivel de desarrollo moral cuestionable por quien juzga sin razón, dentro de un sistema de salud tradicionalmente poco favorecido y altamente demandado, pero frecuentemente con capacidad rebasada.

Dado que uno de los momentos en los que se detecta reiteradamente el maltrato hacia la mujer, por medio de agresión verbal o psicológica, es durante el parto; estas agresiones las perciben a través de conductas de insensibilidad frente al dolor de la mujer, manteniendo silencio frente a sus preguntas, a través de diversas formas como la infantilización de la parturienta, la discriminación y los malos tratos o también mediante comentarios humillantes.³

Otras formas de trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, se manifiestan al negar la atención de urgencia o la falta de confidencialidad, el consentimiento informado incompleto, sesgado, en lenguaje inadecuado, la negativa a administrar analgésicos, la falta de privacidad o el realizar procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), el retener a las mujeres y sus recién nacidos en el hospital por falta de pago. Esto puede acentuarse más en las adolescentes, solteras, a veces con nula capacidad económica para solventar gastos, o las que pertenecen a una minoría étnica, inmigrantes o que padecen VIH, entre otras.³

Ante esto, han surgido puntos de vista distintos a la cultura médica dominante, como lo expresado por Feltri y Arakaki: «Las acciones sanitarias, especialmente las intervenciones médicas, no son neutras. En ellas se producen y reproducen relaciones y enfrentamientos de poder, políticos, económicos, de saberes, de culturas, en la extensa

*variedad que la sociedad genera. Estas relaciones reflejan claramente una asimetría entre los actores formales e institucionalizados de la cultura dominante frente a las personas que se acercan sólo porque necesitan ayuda médica».*⁴

En este orden de ideas surge la necesidad de establecer nuestro punto de vista como profesionales de la obstetricia apegados a la práctica generalmente aceptada que guía los criterios de diagnóstico y tratamiento fundamentados en la literatura científica avalada internacionalmente, equilibrado con un comportamiento ético y con pleno respeto a los derechos humanos de las pacientes, de los compañeros de trabajo y colaborando para construir el prestigio gremial e institucional.

La actuación profesional, ética, científica y humana se impone como el deber ser en el ejercicio de la obstetricia; sin embargo, no sucede así en todos los casos. Siempre que hay omisiones o desviaciones de las pautas de actuación en cualquier aspecto, es entonces cuando surge la duda, la inconformidad, la desconfianza, la rivalidad, el repudio y hasta la queja, por lo que es conveniente reflexionar un momento sobre cada una de las intervenciones en salud, antes, durante y después de la gestación, ya que deben estar fundamentadas y universalmente aceptadas; por todo esto, el arte consiste no sólo en identificar exactamente cuándo está indicado hacer algo y cuándo no, sino también en la forma de conducirnos frente a los demás y el acompañamiento que debemos brindar tanto a la paciente como a los familiares y el apoyo que requieren los compañeros de trabajo.

No obstante, un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo, y en particular el parto, plantean un panorama desagradable y a veces alarmante. Muchas mujeres en todo el mundo siguen sufriendo un trato descuidado, irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en clínicas y hospitales.⁵

La ruptura de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, desincentiva que ellas busquen asistencia médica o que reaccionen negativamente ante ésta, por lo que, para lograr que las mujeres se acerquen a las unidades médicas para la vigilancia y atención del embarazo y el parto, es indispensable pugnar porque, durante todas las etapas del proceso reproductivo, se elimine el trato denigrante o despótico.

Para eso se requiere tener en mente dos ideas: la vulnerabilidad especial de la mujer durante el parto y los daños graves o permanentes en la salud de la madre y de su hijo, como producto de prácticas anómalas.

POSTURA ÉTICA Y DIGNIDAD DE LA PERSONA HUMANA

La forma de apreciar el problema y de asimilarlo, no depende sólo de la frecuencia o intensidad de los hechos, sino de la forma de pensamiento y de criterio ético relacionado con una corriente que detenta quien lo valora. Para quien reconoce y respeta la dignidad de las personas es de esperarse que su primera consideración sea siempre la persona misma, el reconocimiento y respeto de su condición humana, por lo que jamás aceptará que en el ámbito médico una mujer sea maltratada, humillada y mucho menos utilizada como medio para obtener un beneficio personal o grupal. Esta postura permea hacia todas las esferas de su vida y defiende la igualdad jurídica, social, familiar, laboral y política.

DERECHOS HUMANOS

Es indispensable recalcar que los Derechos Humanos han tomado una importancia capital en la vida de la sociedad mexicana. Hoy no hay temas concernientes a las personas que omitan dichos derechos.

Constitucionalmente plasmados en el artículo primero de la carta magna, se reivindican las garantías individuales y traspasan la barrera de lo elementalmente jurídico hacia la naturaleza que le da origen y legitimidad a todos los demás derechos, es decir, la defensa de la vida, la salud, la libertad, la individualidad y la educación, tal como se expresa a continuación:

Art. 1º.- «En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. Las normas relativas a los

*derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia».*⁶

DEBERES DEL MÉDICO HACIA SU PACIENTE

Un referente mundial de principios éticos para los miembros de la profesión médica es el Código Internacional de Ética Médica elaborado por la Asociación Médica Mundial (AMM). Acorde con la Declaración de Ginebra, el Juramento del Médico y las mismas propuestas de la AMM, define y aclara los deberes profesionales de los médicos hacia sus pacientes, otros médicos, profesionales de la salud y la sociedad en general.

Este código parte de que el médico debe conocer las leyes, normas, reglamentos y criterios éticos, que los rigen, sin menoscabo del compromiso con los principios éticos internacionales que debe analizarse y aplicarse en su conjunto, e insta a todos los profesionales de la salud a adoptarlos.

Entre otros deberes con los pacientes, propone tres fundamentales, relacionados con el trato a las pacientes:

1. El médico debe prestar atención médica con respeto por la dignidad, la autonomía y respetar el derecho del paciente a aceptar o rechazar libremente la atención, conforme a sus valores y preferencias.
2. El médico debe comprometerse con la primacía de la salud y el bienestar (sindéresis), así como en el interés superior del paciente (antrópico). Al hacerlo, debe esforzarse en prevenir o minimizar daños y buscar un equilibrio positivo (proporcionalidad) entre el beneficio previsto al paciente y los posibles daños.
3. El médico debe respetar el derecho del paciente a ser informado en cada fase del proceso de atención y obtener su consentimiento informado voluntario antes de efectuarle cualquier procedimiento o maniobra, asegurándose de que el paciente reciba y comprenda la información que necesita para tomar una decisión independiente e informada (autonomía) sobre la atención propuesta; dicho consentimiento podrá mantenerse o retirarse en cualquier momento y por cualquier motivo.⁷

CÓDIGO DE CONDUCTA PARA EL PERSONAL DE SALUD

Este código fue producto de trabajo conjunto entre varias instituciones; planteó desde su elaboración entre muchos otros preceptos de corte ético, la forma en que deben comportarse los profesionales de la salud. A pesar de que pareciera que todo mundo sabe cómo comportarse frente a una paciente que además de llevar una carga emocional considerable, cansancio, dolor, angustia, incertidumbre, temores, todavía recibe agresión o indiferencia; es por esto que en cualquier momento dentro del proceso de atención a la salud y en este caso para el momento del parto se consideren las siguientes pautas de referencia conocidas como: estándares de trato social (se refieren al tipo de comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes, sus familiares y responsables legales).⁸

1. «La relación profesional será amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes y quien tutele sus derechos, a los que habrá que dirigirse por su nombre, sin diminutivos ni familiaridades».
2. «El trato de los integrantes del equipo de salud habrá de ser digno y considerado respecto de la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales, con acato a su intimidad y pudor, independientemente de su edad, género y circunstancias personales».
3. «Los profesionales de la salud deberán evitar comentar en público aspectos médicos y sociales de los pacientes o de la institución resaltando su propia persona».

Con estos tres ejemplos dejamos claro que el ejercicio de la profesión demanda no sólo conocimiento científico, sino también una actitud de respeto, conciencia del otro, tolerancia, solidaridad y compasión por el enfermo.

Vale la pena hacer mención de la Recomendación General No 31/2017 Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), sobre la violencia obstétrica en el sistema nacional de salud,⁹ emitida en la Ciudad de México el 31 de julio de 2017, ya que contiene en su fundamentación una serie de antecedentes muy importantes y hace referencia a

la situación y progreso normativo que ha tenido la violencia obstétrica a nivel nacional e internacional.

Es de incumbencia para todos nosotros que, desde entonces, quedó establecido entre los componentes específicos de la citada recomendación, cuyos destinatarios principales fueron los titulares de las Secretarías de Salud, Gobernadores de las entidades federativas, Jefe de Gobierno de la Ciudad de México. Directores Generales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), y que del contenido podemos mencionar los detalles más importantes que deberíamos considerar:

- a) Diseñar y poner en práctica una política pública de prevención de violaciones de derechos fundamentales de las gestantes, centrada en su reconocimiento como protagonistas en la relación materno-fetal, vinculada con sus derechos humanos y de género.
- b) Capacitación y sensibilización permanente del personal de salud involucrado en la atención gineco-obstétrica, para abatir la discriminación de las mujeres y favorecer el cumplimiento de las leyes; así como proporcionarles información sobre sus derechos y cómo ejercerlos.
- c) Hacer un análisis y reflexión tras los casos que se han presentado en la CNDH y en las comisiones estatales, para poner en relieve el trato que en algunas ocasiones reciben las mujeres.
- d) Es indispensable que las instituciones de salud realicen un diagnóstico y análisis para detectar las necesidades materiales, de infraestructura y de personal que se requieran para satisfacer las demandas obstétricas, con calidad y calidez, para informarlo a las autoridades legislativas y doten de los recursos necesarios para solucionar las limitantes del sector salud.
- e) Las citadas autoridades deben asumir acuerdos sobre requerimientos técnicos y humanos, para que se programe el presupuesto necesario con el fin de ampliar y mejorar la infraestructura hospitalaria; que en urgencias se cuente con médicos que atiendan en forma adecuada.
- f) Que la atención médica sea digna, respetuosa y con perspectiva de género.

- g) Implementar en todas las instituciones el «Modelo de atención a mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro», de la Secretaría de Salud.
- h) Difundir los Derechos Humanos de las mujeres, durante la atención del embarazo, parto y puerperio; fortalecer la vinculación de las parteras y parteros tradicionales al Sistema Nacional de Salud, y se integre el estudio de la violencia obstétrica en los congresos, cursos o cualquier otra modalidad académica talleres, orientados al desarrollo académico de médicos o especialistas, tomando en cuenta esta recomendación general.
- i) Que las instituciones públicas de educación superior, formadoras de médicos cirujanos, especialistas en ginecoobstetricia y enfermería, impartan a los alumnos del pregrado y postgrado, talleres de sensibilización en materia de Derechos Humanos; en el marco de la atención obstétrica y atendiendo los enfoques de género e interculturalidad.

Es indudable que queda un enorme reto pendiente toda vez que en esta era de posthumanismo pareciera que el conocimiento científico es lo único que importa y se dejan de lado las actividades para el desarrollo ético como estrategia principal para comprender, aceptar y respetar de los derechos humanos en general y en particular los de las mujeres.

LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA PROFESIONAL Y TENDENCIAS ACTUALES EN LA ATENCIÓN DEL PARTO

El ejercicio de la obstetricia es ahora muy diferente, los tiempos cambiaron y algunas prácticas han caído en desuso por temor, prisa, tecnificación excesiva, abreviación de procesos, comodidad, protagonismo y hasta afán de lucro, por lo que hoy más que nunca, resulta indispensable el apego a las evidencias mediante Guías de Práctica Clínica, consensos, lineamientos, literatura científica, además de la recomendación siempre fundamentada de poner un cuidado especial en documentar el acto médico y vigilar directa o indirectamente su cumplimiento.

El conocimiento se acrecienta, los conceptos cambian, hay nuevas clasificaciones, nuevos

fármacos, la tecnología avanza incesantemente y esto representa un reto para la práctica de la medicina y demás profesiones de la salud. Los cambios de criterios o las prácticas novedosas también pueden generar discrepancias de criterios y el acceso a la información mediante las diferentes herramientas tecnológicas inducen en los usuarios cambios de actitud, mayores exigencias y llegan a poner en tela de juicio la opinión o las recomendaciones de los médicos.

A pesar de que existan discrepancias justificadas o no en la parte técnica, los aspectos que permanecerán inmanentes serán siempre el trato humano, cálido, comprensivo racional, honesto y respetuoso durante el todo el proceso reproductivo desde antes del inicio hasta su concreción exitosa, así como en las previsiones que demanda la salud sexual.

Además de lo anterior, existe una responsabilidad institucional, los gobiernos están obligados para generar condiciones óptimas tanto para el personal de salud como para las mujeres con capacidad de gestar y deben considerar ampliar y mejorar la infraestructura, el material y los recursos humanos necesarios, asumiendo que la salud reproductiva es un derecho y un servicio esencial que debe ser garantizado.

Un aspecto no menos importante será asegurar que las víctimas tengan acceso a la justicia, por lo que es esencial identificar las responsabilidades atribuibles a los involucrados, por parte de quienes han visto vulnerados sus derechos en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio. Todo esto se facilitaría más si se llevara a cabo una supervisión permanente y se contara con áreas especializadas y comprometidas para atender y resolver quejas e inconformidades con acciones correctivas inmediatas y eficaces, encuestas de salida a pacientes y familiares, así como admitir las denuncias por todo tipo de maltrato o falta de respeto dentro de las unidades médicas.

CONCLUSIONES

1. Los esfuerzos para prevenir el trato ofensivo o degradante por parte de algunos profesionales de la salud deberían partir de la necesidad impostergable de inculcarles valores éticos, principalmente el respeto a los todos los seres humanos y particularmente a la mujer, tanto en

su libertad como en su autonomía, para evitar malas prácticas durante el embarazo, parto o puerperio.

2. Para transformar esta realidad, se requiere modificar las percepciones y actitudes que tienen tanto los prestadores directos como los administradores de los servicios de salud, acerca de las mujeres en trabajo de parto y de los derechos reproductivos, dentro de un ambiente de trabajo en condiciones frecuentemente críticas y con grandes carencias, particularmente frente a las urgencias obstétricas.
3. La «Calidad en la atención» debería centrarse más hacia los hábitos, conductas y costumbres que se proyectan durante la atención a la ciudadanía; en este sentido es mejor aceptar que la violación de derechos reproductivos de las mujeres es un epifenómeno ancestral que ha dañado la imagen de la obstetricia como especialidad, en el que ocurre un ominoso encuentro entre una deficiente y viciada administración de los servicios de salud y las prácticas obstétricas ancestrales aún prevalecientes.
4. El reto principal probablemente será contribuir para que las autoridades de salud identifiquen y combatan aquellas violaciones a derechos humanos de las mujeres en ocasión de la atención obstétrica, sin que ello implique criminalizar ni estigmatizar la labor médica.
5. Finalmente, como mensaje último respecto al incómodo término «violencia obstétrica» me gustaría expresarles que: llámesele como se le llame, el problema no es el término, sino su esencia, lo que implica, sus condicionantes, sus

repercusiones y, sobre todo, las acciones aún pendientes para combatirla y en eso sí, debemos ocuparnos.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. 2014.
2. Castro R, Erviti J. 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Rev CONAMED*. 2014; 19 (1): 37-42.
3. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*. 2013; 1 (7): 25-34.
4. Feltri AA, Arakaki J, Justo LF, Maglio F, Pichún FJ, Spinelli H et al. Salud reproductiva e interculturalidad. *Salud Colectiva*. Buenos Aires. 2006; 2 (3): 293-310.
5. Coordinación para la Atención de los Derechos Humanos del Poder Ejecutivo del Estado de Oaxaca. Violencia obstétrica: violación a los derechos de las mujeres. 2018. Disponible en: https://www.oaxaca.gob.mx/sinfra/wp-content/uploads/sites/14/2019/02/Violencia_obstetrica.pdf
6. Diario Oficial de la Federación. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última Reforma publicada DOF 28-05-2021.
7. Asociación Médica Mundial. Código Internacional de Ética Médica de la AMM. 73ª Asamblea General de la AMM, Berlín, Alemania, octubre 2022. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/codigo-internacional-de-etica-medica/>
8. Comisión Nacional de Bioética. Secretaría de Salud. Código de Conducta para el personal de Salud. México 2002.
9. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendación General No. 31/2017, Sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. Ciudad de México, a 31 de julio de 2017.

¿VAS A REALIZARTE UNA CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA O RECONSTRUCTIVA?

1/3



Antes de hacerla considera lo siguiente:

Tu médico debe ser un profesional de la salud que se capacitó formalmente en Cirugía General, después en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva y, además, cuenta con la certificación vigente emitida por el Consejo Mexicano de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. Esto avala sus conocimientos, habilidades y destrezas para ofrecer una atención adecuada. (Ley General de Salud, artículo 272 Bis).

La vigencia de la certificación la puedes consultar en:



<https://cmcper.org.mx/directorio/>

Lugar autorizado



Por tu seguridad es importante que el lugar donde te realices la cirugía cuente con la licencia sanitaria vigente expedida por la **COFEPRIS**.

¡No te arriesgues, acude con el profesional de la salud certificado en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva que cuente con el conocimiento, experiencia y ética profesional!



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

¿DECIDISTE REALIZARTE UNA CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA O RECONSTRUCTIVA?

2/3



Antes de hacerlo, pregunta sobre los siguientes aspectos:

1

- Si eres un buen candidato.
- ¿Cuál es el mejor momento para realizarla?



- Las características de los medicamentos y las medidas de seguridad.
- Los requerimientos de apoyo familiar u otro tipo de acompañamiento para los cuidados pre y post operatorios.
- El estado emocional conveniente antes de la cirugía.

2

3

- Los riesgos potenciales y las probables complicaciones durante o después.
- El tiempo de espera para ver los resultados.
- Solicita el presupuesto estimado, incluyendo los posibles gastos imprevistos.



La vigencia de la certificación de un Cirujano Plástico, Estético y Reconstructivo la puedes verificar en:



<https://cmcper.org.mx/directorio/>

¡Es importante que te informes sobre todas las medidas y cuidados que requieres antes y después de la cirugía!

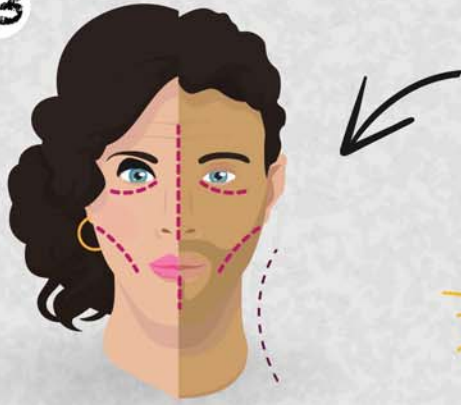


Gobierno de
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

3/3



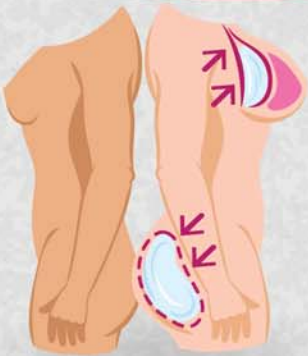
¿CÓMO SABER SI TU CIRUJANO PLÁSTICO, ESTÉTICO Y RECONSTRUCTIVO ESTÁ CERTIFICADO?



Antes de asistir con él, verifica que tenga su certificación vigente avalada por el Consejo Mexicano de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva.



Debe estar capacitado para realizar una buena práctica y brindarte seguridad en que los resultados serán satisfactorios para ti.



Consulta la página:



<https://cmcper.org.mx/directorio/>

Puedes buscarlo por:

- Nombre o apellido.
- Estado.
- Número de certificado.



Un Cirujano Plástico, Estético y Reconstructivo certificado te ofrece:

- Formación académica que acredita sus conocimientos.
- Valoración adecuada y completa.
- Confianza en tu procedimiento.
- Uso de material autorizado que cuente con registro sanitario expedido por la COFEPRIS.
- Instalaciones adecuadas.
- Respuesta inmediata en un caso de emergencia.
- Una cirugía segura.



Gobierno de México

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

CONAMED COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO



CONAMED

COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Av. Marina Nacional #60, Piso 14, Alc. Miguel Hidalgo, Colonia Tacuba, 11410,
Ciudad de México
Teléfono: 5554207000
Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

<http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/revista.php>



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO