

Primera versión: 7 de febrero de 2003
 Versión definitiva: 31 de marzo de 2003
 Aceptado: 3 de abril de 2003

Carlos Tena Tamayo,¹
Jorge M.
Sánchez González,²
Antonio
Rivera Cisneros,³
Luis Ernesto
Hernández Gamboa⁴

La práctica de la medicina y la responsabilidad médica.

Algunas reflexiones en torno

RESUMEN

Tradicionalmente la relación del médico con su paciente se ha sustentado en la confianza, la comunicación adecuada y la clara definición de las funciones sociales de cada uno. En la actualidad esta relación se encuentra en crisis. El objetivo del presente trabajo es reflexionar algunos de los principales factores que la afectan, especialmente los derechos y obligaciones del médico y del paciente, para comprender la responsabilidad profesional en la práctica de la medicina. Los elementos fundamentales para restaurar las bases humanistas de la actuación médica incluyen el apego estricto a los conocimientos técnicoscientíficos de la *lex artis* médica, el actuar ético y digno y la atención especial a la comunicación. Esta reflexión debe exponerse desde las primeras etapas de la formación del médico, y promoverse durante la actualización del médico para su ejercicio profesional.

SUMMARY

Traditionally, the relationship between the physicians and his/her patients was based on trust, appropriate human communication, and a clear definition of the social role of each. At present, this relationship is in crisis. The purpose of this work was to meditate on the main factors that affect this relationship, with special emphasis on analysis of the rights and obligations of both, physicians and patients, to have more elements of understanding concerning the professional responsibility involved in medicine practice. The fundamental elements to restore humanism in medicine include strict adherence to technical and scientific knowledge, ethical behavior, and special attention to communication. This reflection should be exposed from the initial stages in medical formation and be promoted in medical updating of physicians.

¹Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

²Director General de Promoción y Difusión

³Director General de Enseñanza e Investigación

⁴Subdirector de Difusión

Adscritos a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Distrito Federal

Comunicación con: Jorge Sánchez González.

Tel.: (55) 5420 7031.

Fax: (55) 5420 7103.

Dirección electrónica: jorge.sanchez@conamed.gob.mx

Introducción

Desde los tiempos más remotos el arte de curar ha traído como consecuencia inevitable que la sociedad observe con respeto a quienes han hecho de la medicina su ejercicio profesional, sin embargo, esa misma sociedad es también su escrupulosa censora.¹ Por ello, una actividad tan apreciada, tan compleja y de la que en ocasiones depende la vida de una persona, demanda hoy más que nunca un ejercicio profesio-

nal de calidad inmerso en un proceso de mejora continua.²

El siglo recién terminado se caracterizó por transformaciones en varios sentidos: el económico, el social, el político y la delimitación de naciones, entre muchos otros. Desde luego, la medicina no fue ajena a este proceso; el materialismo desmedido que se ha vivido en las últimas décadas ha repercutido en uno de sus puntos más sensibles: la *relación médico-paciente*. Tradicionalmente esta relación se ha cimentado

Palabras clave

- ✓ responsabilidad médica
- ✓ errores médicos
- ✓ ética médica

Key words

- ✓ medical responsibility
- ✓ medical errors
- ✓ ethics, medical

en la confianza, la comunicación y la clara definición del papel que desarrolla cada uno de los participantes.³ La transformación de la función del paciente ha desempeñado un papel preponderante en las nuevas bases de la relación médico-paciente. En general, podemos decir que el enfermo cambió de ser un ente pasivo que escuchaba atentamente y acataba las indicaciones del médico, a un ser que opina y desea tomar parte en las decisiones que afectan su estilo de vida.⁴

Esto desde luego debió ser paralelo al abandono de la postura paternalista por parte del médico, para dar pie a un modelo en el que el paciente tuviese la posibilidad de decidir sobre su atención después de haber sido informado de la conveniencia y riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto, y de haber asentado su consentimiento en el expediente clínico. Sin embargo, esta transformación no se ha dado en todo el gremio médico.⁵

Aunado al surgimiento de la medicina social en los países en desarrollo, la aparición de los seguros médicos (los terceros pagadores) y de la *industria del litigio*, condicionó otra modificación: que el paciente pasara de ser un receptor del sistema a constituirse en un *financiador* del mismo, lo cual lo ha llevado a demandar mayor nivel y calidad de servicio.⁶

El acceso a los modernos sistemas de información constituye un elemento transformador más en la relación médico-paciente. Si bien algunas veces las fuentes no son del todo confiables, es fácil obtener información médica y opciones terapéuticas a través de internet, periódicos o revistas; el paciente cambia su criterio al de una persona que demanda la aplicación de algún tratamiento específico o modifica el tratamiento indicado.⁷

De tal suerte, el concepto de calidad en la atención médica tiende a presentar dificultades, ya que la satisfacción del paciente no siempre alcanza un nivel de plenitud aun cuando el acto médico haya sido impecable; por su parte, el médico tampoco ve cubiertas sus necesidades profesionales, lo que conlleva a la frustración y, desde luego, a la imposibilidad de alcanzar la meta de calidad.⁸ En México se realizan esfuerzos para incentivar la mejora continua de la calidad de los servicios de salud mediante apoyo a la investigación, fomentando las estrategias, los indicadores

y los mecanismos de evaluación establecidos en el programa de la *Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*.⁹

Además, se ha afirmado que los grandes cambios de la medicina en los ámbitos científico, tecnológico, social y económico en una época en la que ya no existen barreras tecnológicas, han contribuido a perder los valores humanos y a ensanchar la brecha entre el médico y el paciente.^{7,5} Si se analiza el problema detenidamente, son muchos los factores involucrados en el resultado de la relación entre estos dos actores, pero son los inherentes a la interacción de las personas los que contribuyen con mayor determinación. Por ello, en diferentes países se trabaja en el establecimiento de recomendaciones y guías para mejorar la práctica cotidiana de la medicina, considerando en todo momento las preferencias de los pacientes.¹⁰⁻¹³

Lo anterior se sustenta en que casi la mitad de los asuntos atendidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) se debe a trato inadecuado, a información incompleta o ininteligible, es decir, a trastornos en la comunicación entre los médicos responsables de la atención, los pacientes y sus familiares.¹⁴ La habilidad del médico para poner en común su percepción y conocimiento —técnico y científico— con la percepción y expectativas predominantemente afectivas del paciente, está influida por el pensamiento biologista aprendido durante la formación profesional.

El ámbito de la responsabilidad profesional

La interpretación distorsionada de las emociones del paciente (miedo, ira, negación, sufrimiento, etcétera) interfiere con la apreciación cabal de ellas; en buena parte, en el equilibrio de estos elementos radica la efectividad de la intervención.^{12,13} Con frecuencia se olvida que el componente psicológico y social del paciente puede afectar la recuperación, y que del buen entendimiento nace la confianza para construir una relación humana apropiada. No debe soslayarse: en las condiciones actuales de la práctica médica existen circunstancias externas a la vinculación interpersonal que afectan la confianza de modo significativo.^{15,16} El des prestigio de los médicos

ante la sociedad, el conflicto de valores en el ejercicio profesional, la conciencia social de los derechos de los pacientes, la regulación por pares académicos, los costos de la atención, la sobre-administración y sobretecnificación de la práctica, la intervención multidisciplinaria en la prestación de servicios, son ejemplos de condiciones y circunstancias que propician —en ocasiones imperceptiblemente— la falta de respeto a los frágiles linderos de la dignidad humana.^{12,13}

Debemos reflexionar responsable y profundamente sobre el deterioro social de la práctica de la medicina. No se trata de hacer señalamientos particulares acerca del desempeño de los miembros de una rama profesional, pues en general cualquier actividad humana debe apegarse a las obligaciones que le corresponden; sin embargo, dada su relevancia social, la falta cometida por un médico o cualquier otro profesional de la salud muchas veces es duramente criticada.¹⁷

Si deseamos entender esto debemos revisar la historia: la responsabilidad médica se conoce desde la antigüedad y ha estado acorde con las circunstancias particulares, las condiciones del medio y el pensamiento filosófico dominante de cada periodo. Los primeros códices médicos relacionados con el tema se originaron en civilizaciones del antiguo oriente, principalmente en Mesopotamia; dichos documentos se caracterizan por la importancia que dan al derecho. Un ejemplo es el *Código de Hammurabi*, considerado el monumento literario y legislativo más extenso de su época. En Roma, los médicos estaban regidos por la *Ley Aquilea* donde por primera vez se mencionó la *culpa gravis*, que ha servido de base a muchas legislaciones.¹⁸ Los principios éticos surgen al inicio de la medicina racional (400 años a. C.) con el *Juramento Hipocrático*, el cual contiene los fundamentos del ser y del hacer del médico, como el “voto de total entrega a la profesión, dedicación y fidelidad al enfermo buscando hacerle el bien”¹⁹. En 1825 y 1832 se procesó a dos médicos (Helie y Thouret Noroy) por haber obrado de manera imprudente y con impericia en su actuación profesional; ambos fueron condenados a pagar una indemnización vitalicia a sus pacientes. Éstos fueron los primeros casos de responsabilidad profesional documentados y que sirvieron de antecedente jurídico para legislar en todo el orbe sobre estas acciones.¹⁸

Últimamente, en América Latina también se ha tratado de regular lo relacionado al acto médico y la responsabilidad derivada de la práctica médica. En Colombia, el presidente de la Federación Médica insiste en que las bases del acto médico deben ser:

- El profesionalismo, es decir, que el médico tenga título de médico-cirujano y esté autorizado a ejercer la profesión.
- La ejecución típica, es decir, la ejecución conforme a la denominada *lex artis ad hoc*, sujeta a las normas de excelencia del momento y a la deontología médica.
- La curación o rehabilitación del enfermo.
- La licitud, es decir, su concordancia con las normas legales.²⁰

Nosotros agregaríamos: que la relación entre médico y paciente debe llevarse a cabo sobre la base de una correcta comunicación.

Responsabilidad entonces es “la obligación de rendir cuentas de los propios actos”; cuando la persona siente y atiende esa obligación puede decirse que es responsable.²¹

El error médico

Aun cuando el médico siempre trata de ayudar a su paciente, en ese intento puede cometer errores, equivocarse o tener algún descuido que ocasione daño al paciente; si bien no intencional, el daño puede ser culpa del médico. Aquí vale la pena aclarar que en la Conamed se consideran dos tipos de error: el *activo*, que depende del médico directamente y tiene por lo general consecuencias inmediatas; y el *latente*, fuera del actuar del profesional y relacionado con la estructura, los procesos, el mantenimiento de equipo e incluso con la capacitación al personal. Esta última modalidad no es frecuente, pero representa una verdadera amenaza para cualquier sistema de atención médica.²²

Los errores activos están asociados con la negligencia y la impericia, fuentes de mala práctica en el ejercicio de la medicina. La negligencia tiene que ver con el descuido, la desidia o la falta de atención; la impericia obedece a falta de conocimientos, destrezas o habilidades para la atención de un paciente. Otra fuente de mala práctica pro-

Carlos Tena Tamayo et al.
La práctica de la medicina
y la responsabilidad
médica

fesional es el *dolo*,²³ pero, como ya se mencionó, el médico siempre trata de ayudar, nunca de dañar, es por eso que el dolo no es propio de un profesional de la medicina. Excepción de ello es cuando un médico se niega a proporcionar atención en caso de urgencia calificada.^{22,23}

Cuando un paciente tiene una complicación o los resultados del manejo efectuado no le satisfacen y sospecha que existió negligencia o impericia en la atención, puede demandar a su médico. La mayoría de las veces esto ocurre porque no existe una relación de confianza con el médico, porque el paciente no está debidamente informado, porque fue maltratado o hubo fricción entre el médico y la familia del paciente o porque algún médico habló mal de su colega.^{21,24}

La obligación profesional

En general se puede hablar de tres obligaciones de los profesionales de la salud: sobre los *resultados*, la *seguridad* y los *medios utilizados*.²³ Al médico siempre se le exigirá la última, porque la *lex artis* lo compromete a la correcta aplicación del conocimiento en la práctica de la profesión. La *obligación de seguridad* generalmente se refiere a las instituciones, pues son éstas las que deben garantizar el buen funcionamiento de los equipos y evitar siniestros. La *obligación de resultados* no es competencia del médico, a menos que el resultado sea consignado por escrito como algunas veces sucede en la cirugía estética. Por lo general al médico no se le puede exigir buenos resultados, sólo a utilizar los medios científicos para tratar de ayudar al paciente, ya que la complejidad de la práctica de la medicina radica en que “no hay enfermedades, sino enfermos”. Con mayor precisión, Osler, eminente médico de la primera mitad del siglo XX, decía: “Es mucho más importante saber qué clase de paciente tiene una enfermedad, que saber qué clase de enfermedad tiene un paciente.”²⁵

El impacto de una demanda

Cuando decide poner una demanda contra su médico, casi siempre el paciente acude a las instancias judiciales, es decir, va al ministerio público.^{22,23} Una demanda ante el ministerio público

tiene una grave repercusión en la persona del médico. En primer término, su prestigio se ve deteriorado debido a que frecuentemente se hace pública la demanda. Si hay algo que cuida todo médico es su prestigio, porque con él trabaja. Nadie acude a visitar a un médico desprestigiado. Cuando se exhibe públicamente a un médico denunciado en el ministerio público, aun antes de haber demostrado si tiene alguna responsabilidad, el hecho repercute en el número de pacientes que visitan a ese médico.

Por otra parte, las relaciones en el seno familiar y laboral del médico se ven alteradas, se cuestiona la capacidad profesional y la integridad personal. Todo el esfuerzo de años de estudio y trabajo se desvanece ante sus propios ojos y experimenta resentimiento hacia la sociedad, lo cual lo lleva a ejercer una medicina singular manifestada en varios aspectos:²⁶ excesivo uso de métodos diagnósticos y terapéuticos, referencia obsesiva sin fundamento clínico a otros niveles, notoria indolencia para la información, rechazo o selección de casos difíciles, y consideración permanente de los pacientes y sus familiares como enemigos potenciales para ser demandado. Esta respuesta, denominada *medicina defensiva*,^{24,26} se define como una alteración en la forma de ejercer la medicina, inducida por amenaza o posibilidad de demanda. El médico que responde de esta forma intenta prevenir quejas de los particulares y asentar bases de defensa en caso de una demanda. Este tipo de prácticas deteriora aún más la relación médico-paciente y encarece la atención médica, por los excesos en que se incurre en aras de una protección legal.

Fundamentos legales de la práctica médica

Por definición, la responsabilidad médica implica el compromiso moral de responder por los actos propios —en algunos casos incluso por los ajenos— y la obligación de reparar o indemnizar las consecuencias de actos perjudiciales para terceros; son dos vertientes de un concepto que contiene elementos tan antiguos y complejos como el acto médico mismo.²⁷ La primera invoca a la convicción vocacional y moral del profesional, cuya capacidad científico-técnica se basa

en principios éticos generalmente establecidos por los propios médicos. La segunda surge del derecho, es coercitiva y se rige por leyes emitidas por el Estado; tiene como principal objetivo calificar y sancionar los actos del médico que perjudiquen física, moral o económicaamente al enfermo.

Uno de los factores que en mayor parte repercute en la calidad de los servicios brindados por las instituciones de salud, es la inobservancia de conductas ajustadas a la práctica médica por parte de los profesionales y técnicos involucrados, quienes en ocasiones no proporcionan los cuidados necesarios para alcanzar los resultados deseados, provocando consecuencias perjudiciales para el paciente. Este deber de cuidado en la práctica de la medicina tiene doble fundamento: por un lado, comprende los conocimientos y destrezas del personal y la adecuada utilización de los recursos tecnológicos a su alcance; por otra parte, compromete la observancia de los principios éticos y normas legales aplicables en el desarrollo de su actividad (*Ley General de Salud*,²⁸ *Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos*,²⁹ leyes locales sobre responsabilidad, reglamentos en la materia y normas oficiales mexicanas, entre otras disposiciones). En el sistema jurídico mexicano, el desempeño de los profesionales de la medicina pone en acción un concepto denominado *responsabilidad*, el cual se asume tanto por las consecuencias de la conducta propia como por conductas ajenas.

Así, se considera que existe responsabilidad cuando la conducta del personal médico es indebida y ocasiona un perjuicio en la salud del paciente. Cuando una conducta activa u omisiva tiene una clara relación con el daño, se denomina *nexo causal*.^{22,27} Esta responsabilidad puede asumir diversos caracteres, dependiendo de los resultados de la conducta. En la *responsabilidad moral* la persona tiene el compromiso de responder por actos propios y, en algunos casos, por los ajenos. Este concepto general nutre la noción jurídica, la cual asume tal categoría según lo establecen los preceptos legales. Quien comete una falta, una infracción o un hecho ilícito con motivo del ejercicio de su profesión, de la ejecución de una técnica o de la práctica de un recurso médico, estará obligado a responder, primero, ante su propia conciencia (*responsabilidad moral*) y, posteriormente, ante los demás (*responsabilidad social*).

En el orden jurídico hay diversas formas de responsabilidad, las cuales se distinguen según su naturaleza y los efectos normativos que cada una de ellas trae consigo: *penal*, *civil* y *administrativa*. La responsabilidad jurídica de una persona es producto de una conducta —positiva (acción) o negativa (inerzia u omisión)— indebida, ilícita, ilegal o antijurídica, que ocasione una consecuencia o resultado perjudicial, esto es, que afecte un derecho o lesione un bien jurídico. Se requiere que entre esa conducta activa u omisiva y el resultado dañino exista una relación causal, la cual permita atribuir este resultado a la conducta de la persona.

Para estar en aptitud de determinar la existencia de la responsabilidad médica se requiere del ejercicio de la profesión médica; para precisar la existencia de la responsabilidad profesional de los técnicos y auxiliares de éste, se requiere de la ejecución de la técnica o práctica que corresponda. Al respecto, el artículo 24 de la *Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional* prescribe:³⁰

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

Ahora bien, para ejercer cualquier profesión reglamentada —como la medicina, la odontología y la enfermería— se requiere de la autorización del Estado, la que ordinariamente se expide a quien es poseedor de un título profesional. Según el artículo 1 de la Ley aludida:

Título profesional es el documento expedido por instituciones del Estado o descentralizadas, y por instituciones particulares que tengan reconocimiento de validez oficial de estudios, a favor de la persona que haya concluido los estudios correspondientes o demostrado tener los conocimientos necesarios de conformidad con esta Ley y otras disposiciones aplicables.

**Carlos Tena Tamayo et al.
La práctica de la medicina
y la responsabilidad
médica**

El artículo 62 aclara:

El hecho de que alguna persona se atribuya el carácter de profesional sin tener título legal o ejerza los actos propios de la profesión, se castigará con la sanción que establece el artículo 250 del Código Penal vigente, a excepción de los gestores señalados en el artículo 26 de esta Ley.

En ese sentido el artículo 73 precisa:

Se concede *acción popular para denunciar* a quien, sin título o autorización legalmente expedidos, ejerza alguna de las profesiones que requieran título y cédula para su ejercicio.

Además de la existencia previa de un profesional de la ciencia médica, para hablar de responsabilidad médica es menester la existencia de un acto o hecho como consecuencia del ejercicio profesional de aquél, esto es, un evento ocasionado por la conducta en el ejercicio profesional. Este hecho no puede ser otro que la consecuencia material, visible y tangible por los sentidos, el producto o resultado material de un acto médico. Pero, adicionalmente, dicho resultado debe ser perjudicial para quien lo resiente.

Situados en este contexto, podríamos distinguir entre daño potencial y daño efectivo. El *daño potencial* consiste en una alteración en la salud del paciente que crea una situación o estado de peligro, esto es, un estado de inminente destrucción o deterioro de su salud. *Daño efectivo* es la destrucción real o el deterioro o menoscabo de la salud, cierto y determinado.

Conclusiones

- Nadie debe cuestionar el derecho de la sociedad a juzgar a sus miembros conforme sus actos y consecuencias sobre otras personas.
- El médico tiene una mayor responsabilidad profesional por estar tratando con la vida y la salud.
- Es necesario promover con las autoridades correspondientes la mejoría en la calidad de la enseñanza de pregrado y posgrado en medicina, con selección de estudiantes y control efectivo del proceso de enseñanza-apren-

dizaje, implantando como indispensable la ética médica y el estudio de la comunicación humana y la legislación sanitaria.

- Se debe fomentar no sólo una buena relación médico-paciente, sino profundizarla, evolucionando a un modelo deliberativo, donde se observen las preferencias del paciente.
- Se debe aceptar que una excelente calidad y calidez en la atención médica, evitan fallas en el acto médico y juicios médico-legales.
- El recto ejercicio de la medicina es incompatible con actitudes superficiales, como mala preparación, falta de vocación, de compañerismo o de humanismo.
- Se debe propiciar, como responsabilidad de los médicos mexicanos, la mejora continua de los procesos y procedimientos de la atención en todas las instituciones, públicas o privadas.
- Se debe reconocer que es imposible incorporar en todos los niveles de formación de recursos humanos para la salud, la enseñanza de la comunicación humana retribuible en una mejor relación médico-paciente.

Referencias

1. Aponte JM. Legitimación social de las instituciones públicas, México. En: Memorias del V Simposio Internacional Conamed; 2000 octubre 10; Distrito Federal, México: Conamed; 2000. p. 161.
2. Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. México: INSP; 1990. p 10.
3. Jinich H. El paciente y su médico. México. JHG Editores; 1999. p 16.
4. Drew P, Chatwin J, Collins S. Conversation analysis: a method for research into interactions between patients and health care professionals. Health Expectations 2001;10(4):58.
5. Walter R, Kasperski J. The benefits of a trusting physician patient relationship. J Fam Prac 2002; 50(4):329-331.
6. Seifert P. Communication speaking, surfing and smiling. AORL Journal 1999;70(4):558-561.
7. Li J. Hope and the medical encounter. Mayo Clinic Proc 2000;75(7):765-767.
8. Mandl K, Kohane I, Brandt A. Electronic patient-physician communication: problems and promise. Ann Int Med 1998;129(6):495-500.
9. Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las reglas de operación específicas e indicadores de gestión y evaluación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Diario Oficial de la Federación, 20 de marzo de 2002. p. 17-28.

10. Schubiner H, Eggy S. Writing, speaking and communication skills for health professionals. *Ann Int Med* 2002;136(4):340-341.
11. Campbell T. Medical interviewing and the bio-psychosocial model. *Fam Pract* 1998;47(5):339-340.
12. Skelton J, Hobbs F. Descriptive study of cooperative language in primary care consultations by male and female doctors. *BMJ* 1999;318(7183):576-579.
13. Kvamme OJ, Olesen F, Samuelsson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EquiP). *BMJ* 2001; 10(1):33-39.
14. Conamed. Informe de labores 2001. México: Conamed-Talleres Gráficos de la Nación; 2002. p. 57-81.
15. Guzmán MF. Los conflictos derivados del acto médico y las propuestas de solución en Latinoamérica: el caso Colombia. Memorias del VI Simposio Internacional Conamed. Revista Conamed (Especial) 2002;7:59-61.
16. Viniegra VL. Las condiciones para una comunicación humana en la relación médico-paciente. Memorias del VII Simposio Internacional Conamed. Revista Conamed 2002;7(octubre-diciembre).
17. De-Lorenzo R. Responsabilidad legal del profesional sanitario. Madrid: Edicomplet; 2000. p. 315-341.
18. Laín-Entralgo P. Historia universal de la medicina. Barcelona: Salvat Editores; 1972. p. 90.
19. Juramento hipocrático. En: www.gerenciasalud.com/art25.htm.
20. Guzmán MF. Acto médico. Carta Quirúrgica. Colombia abril 2002. En: www.abcmedicus.com/articulo/id/307/pagina1
21. De-Lorenzo R. Responsabilidad legal del profesional sanitario. Madrid: Edicomplet; 2000. p. 233.
22. Carrillo F. La responsabilidad profesional del médico. Tercera edición. México: Porrúa; 1996. p. 27-35.
23. Fernández J. Consecuencias jurídicas de los delitos y de las faltas. La inhabilitación, privación de la libertad y otras. En: Memorias del Acto Conmemorativo del Centenario Colegial. Colegio Oficial de Médicos de Madrid. La responsabilidad civil y penal del médico. Madrid: Editorial Artes Gráficas; 1999. p. 11-70.
24. Broggi MA. ¿Consentimiento informado o desinformado? El peligro de la medicina defensiva. *Med Clin (Barc)*; 112. p. 95-96.
25. Osler W. En: www.medicalarchives.jhmi.edu/osler/oldhum.htm
26. US Congress, Office of Technology Assessment. Defensive medicine and medical malpractice. OTA-H-602. Washington, DC: US Government Printing Office; 1994. p. 16-19.
27. Galan J. Responsabilidad en las distintas fases de la actuación médico-terapéutica y según especialidades. En: La responsabilidad civil y penal del médico. Madrid: Grupo Editorial Artes Gráficas; 1999. p. 79-88.
28. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación 1984 febrero 7; tomo 372, no. 27, Secc. 2, p 24. También en: www.salud.gob.mx (sección normas y reglamentos).
29. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. Diario Oficial de la Federación, última reforma 13 marzo de 2002; p. 69-85.
30. Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional Relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal. Diario Oficial de la Federación 1945 mayo 26. Última revisión 8 de mayo de 2001. También en: www.sep.gob.mx/work/appsite/ausntosjuridicos/2002.pdf.

**Carlos Tena Tamayo et al.
La práctica de la medicina
y la responsabilidad médica**