

Estado actual de las demandas

Gerardo Ricardo Zurita Navarrete*

Introducción

La relación *médico-paciente* ha ido cambiando, de ser un vínculo estrecho, nacido del conocimiento personal y de la confianza prolongada a través de los años entre ambas partes, a tal grado que con frecuencia, él médico llegaba a ser considerado un integrante más de la familia "médico de familia". En la Actualidad, ha pasado a constituirse en la mera prestación de un servicio y recepción de un servicio convirtiéndose el médico en un "prestador de servicio" y el paciente en un "usuario" circunscrito a veces a un momento único.¹ Esta ruptura y deterioro de la relación médico-paciente se ha convertido en el pilar y factor principal generador de queja y demanda sumándose otros factores que se describirán más adelante.

La Profesión Médica cuyo objeto es cumplir una función esencialmente social, implica para el médico obligaciones de carácter ético y profesional para quienes la ejercen, de tal manera que su trasgresión delictiva o culposa puede dar lugar a sanciones penales o civiles, según que aquella configure una conducta tipificada por la Ley Penal o que circunscrita a la responsabilidad civil.²

Cuando un paciente solicita Atención Médica, el médico lleva a cabo una serie de acciones con la finalidad de restablecer su estado de salud "curarlo" una vez brindada esta atención médica, existen sólo dos caminos posibles; la "satisfacción" del paciente o su "insatisfacción", la cual, a su vez puede llegar tan sólo a una queja del servicio prestado o lo que para el médico representa un temor latente, verse, sujeto a una demanda médica.

Los Servicios de Salud Públicos, es otro factor importante generador de quejas y demandas, los servicios de salud representan en nuestro país la mayor cobertura y afrontan cada vez más una creciente demanda por parte de la población, que enfrenta generalizadas carencias económicas. La Secretaría de Salud que tradicionalmente cumplía con una actividad asistencial se ha reducido actualmente en cumplir con funciones de carácter normativo. Debido a que las Unidades Médicas que integran el Sector Salud son responsables de atender al más elevado porcentaje de la población, por

consecuente, este sector representa al mayor número de quejas relacionadas con el servicio médico.^{3,4}

Por otro lado, a nivel mundial se hacen esfuerzos, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención médica y tratar de contrarrestar algunos de los factores propios por parte de los profesionales de la salud y de las instituciones que han resultado determinantes y motivo de demandas, que actualmente se conocen como "evento adverso", es por ello que nace "La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente". En el año 2004 la Organización Mundial de la Salud, ministros, investigadores y pacientes de todo el mundo acordaron la puesta en marcha esta Alianza Mundial.

Bajo el lema "Ante todo, no hacer daño", se pretende reducir las consecuencias sanitarias y sociales indeseables que pueden tener lugar durante el proceso de la atención médica.

En la Asamblea Mundial del 2004 se acordó organizar una Alianza Internacional para La Seguridad de los Pacientes que fue puesta en marcha el 27 de octubre de ese mismo año. El programa de la Alianza incluye una serie de medidas consideradas clave para reducir el número de enfermedades, complicaciones, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria. Su objetivo puede resumirse en el lema "Ante todo, no hacer daño".⁵ Los objetivos e iniciativas de la Alianza son: a) El desarrollo de una cultura de la seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático; b) el establecimiento de sistemas de información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones, y c) la implicación de los pacientes y de los ciudadanos en el proceso.⁶

Diversos estudios han demostrado que las hospitalizaciones adicionales, complicaciones inevitables, las demandas judiciales, las infecciones intrahospitalarias, la pérdida de ingresos, las discapacidades y los gastos médicos representan en algunos países un costo anual de entre 6,000 y 29,000 millones de dólares estadounidenses.⁷⁻⁹

El aumento de las demandas médicas, lamentablemente se ha convertido en un problema a nivel mundial, esta problemática es bien conocida en Estados Unidos, Alemania o Gran Bretaña. En estos países, el número

* Perito Médico Especialista en Cirugía. Consejo de la Judicatura Federal del Poder Judicial de la Federación y Tribunal de Justicia Federal Fiscal y Administrativa.

Correspondencia: Dr. Gerardo Ricardo Zurita Navarrete
José María Correa Núm. 204. Col. Asturias 06850
Cuauhtémoc, D.F.
Tel. 5564-0645
E-mail: rzuritan@yahoo.com.mx

indiscriminado de denuncias está teniendo efectos devastadores en sus servicios sanitarios. Tan sólo en España se están generando 274 quejas al día por errores médicos. Las denuncias de pacientes a doctores y hospitales por supuestas malas praxis suponen cada año 100,000 nuevas contiendas a dirimir en los tribunales españoles.¹⁰ México no es la excepción a esta problemática. No existen muchas estadísticas que hagan mención a la cantidad de procesos médico-legales en nuestro país, en los últimos años, pero lo que es una realidad, es que las denuncias ante instituciones de impartición de justicia (Ministerio Público, Penal, Civil y Administrativa) han aumentado en forma alarmante, a tal grado que las demandas se han cuadruplicado en los últimos diez años, lo que ha llevado a muchos médicos y enfermeras a practicar la llamada medicina defensiva, es decir, a “no tomar decisiones de riesgo por miedo a las reclamaciones, sometiendo al paciente a multitud de pruebas para que no queden cabos sueltos”,¹¹ lo que ha incrementado en forma importante los costos para el Estado y ha encarecido la Medicina Privada, constituyendo otro factor más generador de demanda médica.

En México los prestadores de servicios de salud generan anualmente 187 millones de consultas generales, 41 millones de consultas de especialidad, 27 millones de consultas de urgencia, 1.5 millones de partos, 3.1 millones de intervenciones quirúrgicas y 4.5 millones de egresos hospitalarios. En el último trienio, más de 4.5 millones de consultas otorgadas.

En los primeros siete meses de 2009, las instituciones públicas del sector salud realizaron alrededor de 1.8 millones de intervenciones quirúrgicas. En ese mismo año, la ocupación hospitalaria registrada fue de 75%.

Calidad de la atención médica

Es bien conocido el esfuerzo por parte del gobierno federal en tratar de mejorar la calidad en los servicios de salud y dentro de los objetivos “ideales”, se menciona que los sistemas de salud deben ofrecer servicios de salud efectivos, seguros y eficientes, y responder de manera adecuada a las expectativas de los usuarios. La calidad significa también disponer de servicios dignos, tiempos de espera razonables y acceso a redes sociales de apoyo; sin embargo, la realidad es otra y el deterioro de los servicios de salud es más evidente año con año y llegará el momento en que esto sea insostenible para el estado.

El principal problema del Sistema Nacional de Salud en materia de calidad es la enorme heterogeneidad que existe a este respecto entre los principales prestadores de servicios. Como ejemplos, es de mencionar el porcentaje de complicaciones de los partos vaginales en los hospitales de los SESA (Servicios de Salud) y de la Secretaría de Salud Federal (0.48%) es 2.6 veces mayor que el porcentaje de los hospitales del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) (0.18%). El porcentaje de apéndices perforados en los hospitales de los SESA y de la Secretaría de Salud es mayor de 6% contra menos de 2% en los hospitales del IMSS y poco más de 3% en las unidades hospitalarias del IMSS. El porcentaje de readmisiones por colecistectomías abiertas en los hospitales menores de

60 camas del IMSS es de casi 2% contra menos de 1.5% en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud.

El porcentaje de complicaciones de neumonías en pacientes de 60 años y más asciende a casi 27% en los hospitales del IMSS, a 14% en los hospitales del ISSSTE y a menos de 23% en las unidades hospitalarias de los SESA y la Secretaría de Salud.

A los problemas de calidad técnica habría que sumar los problemas de eficiencia. El promedio de días estancia por hernioplastía inguinal en los hospitales de más de 120 camas del IMSS es de 1.5 días contra 2.6 días en los hospitales de los SESA y la Secretaría de Salud. El promedio de días estancia para apendicectomías en hospitales menores de 60 camas del IMSS es 6.5 días contra 3 días en los hospitales de los SESA. El promedio de cirugías por quirófano en el IMSS es de casi 4 contra 2.2 en la Secretaría de Salud y 1.9 en PEMEX. En los indicadores de calidad interpersonal también hay variaciones importantes. De acuerdo con la ENSA Nut 2006, el tiempo promedio de espera en consulta externa en el IMSS es de 90 minutos, contra menos de 30 minutos en las unidades del sector privado. El porcentaje de cirugías diferidas es de 20% en el ISSSTE, 18% en el IMSS, 18.2% en la Secretaría de Salud y 13% en el IMSS. Los principales motivos de suspensión de cirugías son la falta de insumos, quirófanos y personal médico. Los usuarios de los servicios de la Secretaría de Salud son los que mejor califican la calidad de los alimentos y la limpieza de las instalaciones.^{12,13}

Son pocas las estadísticas en México que permitan conocer las cifras reales en el número de demandas médico-legales que se inician en las diferentes instancias judiciales (ministerio público, tribunales penales, civiles, administrativos, laborales), independientemente de las de carácter no legal como CNDH (Comisión Nacional de Derechos Humanos), CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico), que permitan analizar y conocer algunos aspectos importantes y entender las causas y factores que las motivan. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, es la institución en México que mejor lleva y publica estadísticas actualizadas que permiten conocer algunos de los datos más importantes que motivan a los usuarios de servicio de salud a presentar quejas y demandar a las instituciones y a los profesionales de salud.

En función de lo anterior, se hace una revisión a las principales especialidades médicas o servicios involucrados en las inconformidades atendidas por gestión inmediata, así como a las especialidades o servicios con los que se relaciona el caso (diagnóstico) tanto para las quejas, como para los dictámenes médicos.

En 2010, las principales especialidades o servicios que se relacionan con las 654 gestiones inmediatas, están comprendidas por: Ortopedia y Traumatología (21.6%); Medicina Familiar (14.5%); Cirugía General (8.9%); Medicina Interna (7.5%); Medicina de Urgencias (6.6%), y Ginecología y Obstetricia (4.4%), este orden porcentual de las especialidades con más quejas cambia y otras especialidades involucradas y que desplazarán a otras son anestesiología, cirugía plástica, otorrinolaringología, pediatría.

En relación a los asuntos recibidos por tipo de servicio ofrecido por parte de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en el año 2010, un total de 11,585 casos, de los cuales 4,421 casos fue por Orientación, 4,555 fueron por Asesoría Especializada, 654 casos fueron de Gestión Inmediata, 1,652 por Quejas y 303 casos por dictámenes.¹⁴

A continuación, (**Cuadro I**) se menciona cuáles son las instituciones médicas involucradas con respecto a la Gestión inmediata concluidas por Institución Médica Relacionada Comisión Nacional de Arbitraje Médico 2010.

Es importante mencionar que en relación a que el mayor número de casos es en el Sector Público y a su vez corresponde el mayor número a la seguridad social, específicamente IMSS, es porque el IMSS tiene la mayor cobertura de derechohabientes a nivel nacional, seguido por el ISSSTE.

En relación a las a las Gestiones inmediatas concluidas por especialidad (Comisión Nacional de arbitraje Médico 2010) de un total de 654 casos, se observa en el siguiente cuadro que las especialidades con mayor queja en primer lugar son Ortopedia y Traumatología, le sigue Medicina Familiar, Cirugía General, Servicio de Urgencias¹⁴ (**Cuadro II**).

En el **cuadro III** se describe el número de quejas concluidas mediante emisión de laudo por especialidad según el resultado de análisis documental, apreciando que el mayor número de casos corresponde a la especialidad de Angiología y Cirugía Vasculosa y le sigue de Cirugía General.

Cuadro I.
Instituciones médicas involucradas con respecto a la Gestión inmediata concluida por Institución Médica Relacionada. Comisión Nacional de Arbitraje Médico 2010.

Sector/Institución/Grupo	Total
Total	654
Sector público*	650
<i>Seguridad social</i>	629
IMSS	442
ISSSTE	178
PEMEX	4
Otros	5
<i>Sin seguridad social</i>	21
Hospitales Federales de la Secretaría de Salud	9
Servicios Estatales de Salud	12
<i>Sector privado</i>	4
Servicios privados	2
Consultorios	1
Hospitales	1
Asistencia privada	2
Cruz Roja	1
Otros	1

*Incluye los Servicios Médicos del G.D.F.

Fuente: Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística.

Cuadro II.
Gestiones inmediatas concluidas por Especialidad. Comisión Nacional de Arbitraje Médico 2010

Especialidad	Total
Total	654
<i>Especialidades médicas</i>	590
Angiología y cirugía vascular	7
Cardiología	5
Cirugía de cabeza y cuello	1
Cirugía de gastroenterología	1
Cirugía de tórax	2
Cirugía general	58
Cirugía neurológica	17
Cirugía plástica, estética y reconstructiva	9
Dermatología	2
Endocrinología	3
Enfermedades de colon y recto	2
Gastroenterología	11
Ginecología y obstetricia	29
Hematología	2
Medicina crítica	7
Medicina de urgencias	43
Medicina del trabajo	2
Medicina familiar	95
Medicina física	2
Medicina interna	49
Nefrología	22
Neonatología	1
Neumología	3
Neurología	12
Oftalmología	21
Oncología	20
Ortopedia y traumatología	141
Otorrinolaringología	6
Patología clínica	7
Pediatría	1
Psiquiatría	1
Reumatología	8
<i>Especialidades odontológicas y odontología general</i>	4
Cirugía maxilofacial	1
Odontología general	3
<i>Otras profesiones del área de la salud</i>	7
Psicología	7
<i>Servicios técnicos y auxiliares de la salud</i>	53
Endoscopia	1
Radiología e imagen	1
Radioterapia	14
Rehabilitación	3
Servicios auxiliares de diagnóstico	2
Trabajo social	18
Otro	14

Fuente: Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

De las 1,671 quejas concluidas por Modalidad (Comisión Nacional de Arbitraje Médico 2010) que fueron resueltas en las etapas conciliatoria y decisoria, sin considerar las concluidas por laudo, en 852 se contó con elementos para determinar si hubo evidencia de mala práctica, la cual se vio reflejada en 337 quejas (**Cuadro IV**).

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) tiene documentado en los que se describe que en los tres años recientes se presentaron mil 896 casos de demandas civiles y penales en contra de personal médico de la Secretaría de Salud (SA) por actos de negligencia profesional comprobada, lo cual representó, en ese periodo, un desembolso de 45.8 millones de pesos para cubrir indemnizaciones.

El acto médico genera derechos y obligaciones para las partes, el desconocimiento de nuestras obligaciones y no atender la responsabilidad profesional puede

originar una queja o demanda, es casi una generalidad que el médico y demás profesionales de la salud en nuestro país desconocen el marco normativo (jurídico) del ejercicio de la profesión médica y sólo se circunscribe al conocimiento científico de su área olvidándose en esencia de lo que las Leyes, Reglamentos, Normas y otros ordenamientos establecen en materias de Salud, Civil, Penal y Administrativo aunado a los principios éticos y bioéticos.

La Relación Médico-Paciente es la "Piedra Angular de la Atención Médica". La entrevista médica es la actividad más común del médico, la relación médico-paciente puede verse afectada por problemas de COMUNICACIÓN.

Se estima que en los años de actividad médica del profesional de la medicina realiza de 150 mil a 300 mil entrevistas médicas. Se da menos de un minuto para escuchar al paciente. Existe tendencia a interrupción frecuente al paciente durante el interrogatorio. Un porcentaje alto de pacientes no entiende al médico por su lenguaje técnico. Casi un 50% de las recetas no se cumplen, o no se concluyen porque no son claras o son difíciles de entender (**Figura 1**).

Dentro de los factores importantes que contribuyen y generan demandas médicas por "Mal Praxis" se mencionan: a) El consumismo que llevó a considerar la salud como un servicio mercantil. b) La calidad de los servicios prestados por parte de los médicos. c) La pérdida de la relación médico-paciente. d) La proliferación de los seguros de Riesgo Profesional. e) La proliferación de las Facultades de Medicina. f) Las modificaciones en la estructura y organización del Sistema Nacional de Salud y Sistema de seguridad Social en Salud y g) Los cambios

Cuadro III.
Quejas concluidas mediante la emisión de un laudo por especialidad, según resultado del análisis documental. Comisión Nacional de Arbitraje Médico 2010

Especialidad	Total	Con evidencia de mala práctica	Sin evidencia de mala práctica
Total	42	26	16
Especialidades médicas	40	26	14
Angiología y cirugía vascular	1	0	1
Cirugía general	6	4	2
Cirugía plástica, estética y reconstructiva	1	1	0
Ginecología y obstetricia	4	2	2
Hematología	2	2	0
Neumología	1	0	1
Neurología	4	2	2
Oftalmología	3	2	1
Oncología	1	0	1
Ortopedia y traumatología	13	11	2
Otorrinolaringología	1	0	1
Reumatología	1	1	0
Especialidades Odontológicas y odontología general	2	0	2
Otras profesiones del área de la salud	0	0	0
Servicios técnicos y auxiliares de la salud	0	0	0

Fuente: Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

Cuadro IV.
Quejas concluidas por Modalidad.

Modalidad	Total
Total	1,671
Conciliación	852
Aclaración aceptada	505
Desistimiento de la acción	10
Transacción	337
Laudo	42
Absolutorio	16
Condenatorio	26
No conciliación bajo audiencia	473
Propuesta de arreglo en amigable composición	0
Falta de interés procesal	296
Sobreseimiento	8
Improcedencia	1
Improcedencia por falta de materia conciliatoria	2
Improcedencia por prescripción	1
Por fallecimiento del usuario o del prestador de servicios de salud	3
Por falta de legitimación procesal	1
Enviado a otra Comisión de Arbitraje Médico	0

Fuente: Comisión Nacional de Arbitraje Médico 2010.

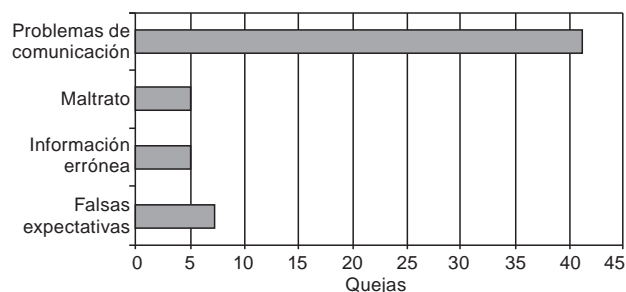


Fig. 1. Motivo de las quejas atendidas por CONAMED al término: relación médico-paciente, según submotivo 2004-sep 2008.

en la actitud del paciente, quien pasó de una sumisión silenciosa a una exigencia presionada. h) Carencia de vocación y deshumanización. i) Falta de actualización. Carencia y/o deficiencia de conocimientos: Bioéticos, Deontológicos, y Jurídicos. j) Mala calidad de los servicios. k) Deficiente o Mala Relación con el paciente. l) No trabajar en equipo. m) Aumento de la actividad médica. n) El progreso de la medicina. o) Tecnología y Robótica. p) La transmisión por los medios de comunicación de los problemas médicos y de sus resoluciones casi siempre presentadas de manera triunfalista. q) La Creación de Organismos Reguladores, cuya función ha sido la de juzgar de manera superficial la actividad médica. r) La actitud de algunos médicos que mal interpretan las acciones de sus colegas. s) Detrás de cada demanda de responsabilidad profesional, hay un médico o personal de salud que impulsó o predispuso al paciente a demandar. t) La posibilidad de obtener un beneficio económico, es el móvil más frecuente que origina la demanda hacia el médico. u) La intención de eludir el pago de honorarios y hospitalización. v) Corrupción dentro de las instituciones de impartición de justicia.¹⁶

De los factores previamente mencionados, específicamente el inciso que hace referencia en que detrás de cada demanda hay un médico o personal de salud que impulsó o predispuso al paciente o familiares a demandar a un médico, ello resulta grave por todo lo que representa y dentro de sus implicaciones refleja que existe una situación de competencia desleal por parte del profesional de salud, falta de todo principio ético y deontológico, la "voracidad" de algunos médicos por quedarse con los pacientes, algunos abogados reconocen que de todos los profesionistas de las diferentes áreas, el médico es capaz de prestarse a intervenir en asuntos médico-legales y poner entre dicho la actuación de un médico, con frecuencia sin tener la competencia del área o especialidad con la finalidad de "pisotear" al médico. Por ello, muchos abogados y empresas de "Riesgo Profesional" ven en la actividad médica un terreno fértil y lucrativo para el litigio.

Se han abordado y descrito muchos factores que contribuyen en el origen de las demandas médicas, pero aún existen otras variables más relacionadas con mayor riesgo de errores médicos y que se mencionan a continuación:

Inexperiencia de los médicos o el personal (impericia)
 Introducción de procedimientos nuevos
 Pacientes en los extremos de la vida
 Cuidados complejos
 Atención de urgencia
 Estancia prolongada
 Insuficiencia de recursos
 Procedimientos mal sistematizados
 Desorden administrativo
 Relación médico-paciente inadecuada
 Relaciones interpersonales deficientes (médico-médico, médico-enfermera)
 Presiones laborales, económicas, familiares y psicológicas de los médicos
 Cansancio de los médicos

Otros factores importantes que interactúan en forma conjunta en un "todo" y donde se ve reflejada la intervención y responsabilidad por parte del Estado, no por ello dejar a un lado la misma responsabilidad que tiene el profesional de la salud en esta dinámica, que ha sido descrita por Vázquez, Valdés E. en su artículo publicado, lo son: Política Social y Salud. La Administración. La Fuerza Laboral. La Formación. La Educación Médica y Capacitación y La Práctica Quirúrgica.¹⁷

El proceso de demanda médica

Nada hay que alarme más a un médico que un citatorio a un juzgado por motivos de una demanda, cuando se recibe la noticia el día completo y lo siguientes se arruinan, una sensación de angustia se hace presente en todos los actos de la vida y el desasosiego de saber qué pasó y con cuál paciente.

Una demanda médica implica un cambio en la vida profesional, la forma en que el médico recibe la aplastante realidad de una demanda en su contra.¹⁵

1. La reacción inicial de negación: La primera reacción es negar la situación. Se piensa: "Esto no puede ser para mí. Debe existir un error. Se equivocaron de médico y de nombre".
2. La angustia como "reacción de rebote": ¿Qué va a pasar?, ¿Qué voy a perder?, ¿Qué van a decir quienes me conocen?, ¿De dónde voy a sacar para pagar el abogado de mi defensa?
3. El paso a la depresión y al aislamiento. En este momento la autoestima llega a sus más bajos niveles. Se cuestiona la propia capacidad profesional y la integridad personal. Todo el esfuerzo de años de estudio y trabajo se desvanece ante los propios ojos.
4. El resentimiento por un esfuerzo sin compensación. El médico demandado siente que la sociedad lo ha defraudado y que el sacrificio de todos los años anteriores no ha obtenido recompensa justa.
5. La alteración del ejercicio médico. Se comienza a ejercer una medicina defensiva, manifiesta en varios aspectos: Una notoria crueldad en la información.

El rechazo de casos difíciles y la evaluación permanente de los pacientes y sus familias como los peores enemigos del médico.

6. Aparición de complejo de culpa.
La reacción con las personas se vuelve un desastre. Pensamientos paranoides afloran: Los amigos se van a formar un mal concepto; los jefes pueden utilizar esta circunstancia como pretexto para prescindir de la vinculación laboral, los pacientes van a sospechar de la competencia profesional.
7. Esperanzas vanas.
Aparecen entonces otras posibilidades. Esperanzas de una llamada que diga que la demanda fue hecha para atrás, un golpe de suerte que obligue a los demandantes a reconocer su injusticia; en fin, la posibilidad de que solamente sea un mal sueño.
8. Asunción del problema en el plan de lucha.
Por último, se colocan las cosas en perspectiva. Se debe pelear. Ni más faltaba que la partida se pierda sin la posibilidad de replicar el mal movimiento. Esta es la forma sana de asumir la demanda. Allí empieza el cerebro realmente a trabajar.¹⁹

Finalmente hago mención de algunos aforismo que nos recuerdan aspectos éticos, deontológicos, filosóficos que engloban principios fundamentales del pensamiento humano en la práctica médica.

“Errar es humano. Ocultar los errores es imperdonable. No aprender de ellos no tiene perdón”.

“No hay equipo moderno que pueda realizar más diagnóstico que la silla en que se siente el paciente para ser interrogado por el médico”

G. Marañón.

“El pronóstico oportuno de un padecimiento grave protege al arte médico contra acusaciones”

Hipócrates.

Conclusión

1. Las Demandas Médico Legales se han incrementado año con año, y el análisis de todos los factores que intervienen en la génesis del problema, todo indica que no habrá nada que detenga este fenómeno, el futuro del entorno y quehacer médico es sombrío.
2. En la actualidad, no existe otra actividad profesional en nuestro país con mayor exigencias en Normatividad y Reglamentación jurídica que el del ejercicio de la medicina.
3. Son muchos los factores analizados que contribuyen en la génesis de los problemas médicos legales, y el médico ha contribuido importantemente en este fenómeno principalmente por su Actitud (deslealtad, falta de compromiso gremial, ego, soberbia, aspectos económicos, frustración y otras).
4. La Responsabilidad por parte del Estado, es otro factor importante en la generación de problemas

médico legales, debido a las políticas, burocratismo, falta de recursos materiales, humanos e insumos para la Instituciones encargadas de brindar atención médica.

Referencias

1. *El delito culposo en la Práxis Médica*. Marco Antonio Terragni. Rubinzal-Culzoni editores. 2003. Buenos Aires.
2. *Corte Suprema de Justicia* 1985.
3. Narro Robles José. *Perspectivas de la Prestación de Servicios Médicos y la mejoría de la relación médico-paciente*. 1º Simposio Internacional por la Calidad de los Servicios de Atención y la mejoría de la relación médico-paciente. Diciembre 1996. Ciudad de México. CONAMED.
4. Sergio García Ramírez. *La Responsabilidad Penal del Médico*. Editorial Porrúa. UNAM. 2001.
5. World Health Organization. *World Health Alliance for Patient Safety, Forward Programme*. Geneva: World Health Organization, 2004. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.
6. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Milagros García-Barbero. Directora de la Oficina de Servicios Integrados de Salud. Unidad de Políticas, Sistemas y Servicios Sanitarios. *Organización Mundial de la Salud, Oficina Europea*. Barcelona (España).
7. Vriens M, Blok H, Fluit A, et al. Costs associated with a strict policy of eradicate MRSA in a Dutch University Medical Centre. A 10 Year Survey. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2002; 21: 782-6.
8. Plowman R, Graves N, Griffin MA, et al. The rate and cost of hospital acquired infections occurring in patients admitted to selected specialties of a district general hospital in England and the national burden imposed. *J Hosp Infect* 2001; 47: 198-209.
9. Jarvis JR. Selected aspects of socioeconomic impact of nosocomial infections: morbidity, mortality, cost and prevention (Review). *Infection Control and Hospital Epidemiology* 1996; 17: 552-7.
10. Susana Hidalgo - Madrid – Público. Es 03/08/2009 08:00.
11. Bello Janeiro, autor de *Responsabilidad civil del médico y responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria* (Ed. Reus, 2009).
12. *Presidencia de la República*. Tercer informe de Gobierno.
13. *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Primera edición, 2007.
14. Fuente: *Comisión Nacional de Arbitraje Médico*. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.
15. *Derecho médico: el impacto psicológico de una demanda sobre el médico* Fernando Guzmán Mora, M.D.
16. Luz María Reyna Carrillo Fabela. *La Responsabilidad Profesional del Médico en México*. Editorial Porrúa. Quinta Edición. 2005.
17. Tena C, Juárez NL. Error y conflicto en el acto médico. *Rev Med IMSS* 2003; 41: 461-463.
18. Vázquez-Valdés E y cols. Iatrogenia ¿error individual? ¿falla de sistema? *Cirugía y Cirujanos* Vol. 71 (5) septiembre-octubre 2003.
19. *Derecho médico: el impacto psicológico de una demanda sobre el médico* Fernando Guzmán Mora, M.D.
20. www.medley.com.mx.