

El deber de cuidado del médico en México

Héctor Fernández Varela Mejía^a, Gabriel Eugenio Sotelo Monroy^{b,c,*}



Resumen

En la actualidad, los ciudadanos están sensibilizados respecto a sus derechos, lo que deriva, en el ámbito de la salud, a que se presenten más reclamos en contra de los actos médicos. Es por ello que resulta indispensable que los profesionales de la salud, en particular los médicos, tengan claro cuáles son sus responsabilidades, sus obligaciones y sus derechos; así como sus posibilidades de actuación al atender, dar un diagnóstico y un tratamiento a sus pacientes. Así pues, el conocimiento debe abarcar no solo el ámbito profesional, sino también el personal, el jurídico y el laboral. El presente trabajo hace una revisión general de las normas y leyes que rigen el "deber de cuidado" del médico, para el cabal cumplimiento de la profesión médica, para la protección de los que hacen posible la medicina y, sobre todo, para el logro del mayor beneficio para el paciente.

Palabras clave: Responsabilidad médica; derechos humanos; derecho social.

^aDirección General de Servicios Médicos. UNAM. Cd. Mx., México.

^bDirección de Gestión de servicios. Dirección General de Atención Psiquiátrica. Gobierno Federal de México. Cd. Mx., México.

^cCarrera de Médico Cirujano. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM. Cd. Mx., México.

Correspondencia: Gabriel Eugenio Sotelo Monroy

Correo electrónico: gabriel.sotelo@salud.gob.mx

Recibido: 23-octubre-2018. Aceptado: 01-febrero-2019.

The duty of care of the doctor in Mexico

Abstract

Nowadays, citizens are aware of their rights, which, in the public health field has lead to more complaints against medical actions. Hence, it is essential that health professionals, in particular, doctors, have a clear understanding of their responsibilities, obligations and rights; as well as their possibilities of action when they attend, provide a diagnosis and treat their patients. Thus, this knowledge must encompass not only the professional field but also the personal, legal and work fields. The present work makes a general review of the norms and laws that govern the doctor's "duty of care", for the full compliance of the medical profession, the protection of those who make the medical practice possible; and above all, to be able to provide the greatest benefits for the patients.

Key words: Medical responsibility; human rights; social right.

INTRODUCCIÓN

Para el ejercicio de la profesión médica no solo basta un adecuado conocimiento científico y una amplia experiencia técnica, sino que el rendir cuenta de los actos, obliga a los médicos también a conocer y a aplicar los aspectos éticos, jurídicos y de derechos humanos inherentes a la práctica médica. Esto es indispensable para que el médico cumpla con su



deber de cuidado hacia el paciente con el más alto estándar de calidad, una adecuada y aceptable conducta ética y con el respeto a la dignidad y a los derechos humanos.

En la actualidad, la ciudadanía ha adquirido una mayor concientización de los derechos que le asisten que, junto con otros factores, ha generado una cultura del reclamo de las responsabilidades del médico. Algunos autores consideran como elementos contribuyentes a esta exigencia¹:

- El aumento de la actividad médica y el avance de la medicina que permite tratar enfermedades que hasta hace poco eran incurables.
- La divulgación por los medios de comunicación masiva de los problemas médicos y sus solucio-

nes con carácter triunfalista, que hacen suponer al enfermo que la curación es un derecho.

- El hedonismo generalizado que hace rechazar el dolor y el sufrimiento.
- El riesgo implícito que, por su complejidad, conllevan determinados procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos.
- La especialización médica, que puede implicar que los médicos descuiden aspectos más generales.
- La existencia de pautas hospitalarias muy específicas, que condicionan el funcionamiento de los establecimientos médicos, anteponiéndolos a la efectividad y la atención personalizada al enfermo.
- El cambio en la relación médico-paciente que,



en muchas ocasiones, significa una pérdida de confianza.

- El deseo de ganancias fáciles por la vía de la indemnización a que puede ser condenado el médico como consecuencia de un litigio por responsabilidad profesional.

Por otra parte, a diferencia de lo que pueda pensarse, la expansión de las redes sociales en temas de salud no ha mostrado un impacto negativo, sino que ha facilitado el acceso de los ciudadanos a información sobre salud (redes sociales de pacientes), en la revisión de estudios se observó que el 52% de la población ha buscado información sobre su enfermedad en internet, el 77% de los pacientes realiza este tipo de búsquedas antes de acudir al médico, el 40% reconoce que este medio influye en la elección del hospital o del médico, y que 1 de cada 4 pacientes utiliza estas redes para compartir y seguir experiencias con otros pacientes. Asimismo, cada vez es más frecuente el uso de redes sociales de médicos para el intercambio con otros profesionales, como herramientas para apoyar el diagnóstico y el tratamiento. Además, estas redes junto con la telemedicina han permitido mejorar el acceso a la atención médica con el ahorro de tiempo y dinero². Las redes sociales son un importante medio de comunicación tanto para el público como para los profesionales de salud³.

Este ensayo tiene como objetivo revisar los aspectos fundamentales que configuran la responsabilidad profesional del médico, a fin de promover una buena práctica médica en apego a criterios científicos, éticos, jurídicos y de respeto a la dignidad humana y a los derechos humanos; y, en consecuencia, para prevenir riesgos y daños innecesarios a los pacientes.

En el *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Española*, el adjetivo “responsable” (del verbo en latino, *respondere*: ‘prometer’, ‘merecer’, ‘pagar’) se define como el obligado a responder de algo o de alguien; en este sentido, podríamos entender por “responsabilidad profesional” a la obligación de responder por sus actos o daños ocasionados durante el ejercicio; y se podría definir como “responsabilidad profesional médica” a la obligación de reparar y

satisfacer las consecuencias de los actos (*omisiones o errores*)⁴. En la medida en que ahondamos en el tema, se consideran como premisas⁵:

- La responsabilidad es una condición inexcusable del deber humano; dar cuenta o rendir cuentas.
- La responsabilidad tiene dos formas, una primaria o ética (*dar cuenta*), y otra secundaria o jurídica (*rendir cuentas*).
- La profesión está sujeta a la responsabilidad, tanto primaria como secundaria.
- Las vías clásicas de control y fomento de la ética profesional no han sido suficientemente eficaces porque han generado cierta impunidad, que hoy es necesario plantear desde nuevas perspectivas como la calidad y la excelencia.

Sobre la excelencia, se trata de una palabra que mejor define al profesional, este concepto se encuentra expresado por antonomasia en los textos clásicos, sobre las profesiones como el sacerdocio, el derecho y la medicina. En la relación médico-paciente hay dos niveles de exigencia, uno de mínimos, por debajo del cual se incurre en la negligencia; y otro de máximos, que aspira a la excelencia.

Como antecedentes internacionales de regulación de la práctica médica se cuenta con el Código de Hammurabi, manuscrito de autor anónimo, que es un grabado en piedra hallado en las Ruinas de Susa hacia 1700 a.C.; fue promulgado por Hammurabi, sexto monarca de la dinastía amorrea de Babilonia, y contiene la regulación de las faltas de los médicos y su respectivo castigo. También se cuenta con la Ley de Alejandro Magno, promulgada entre 356 a.C. y 323 a.C., que contiene la imposición de la pena de crucifixión ante el abandono de pacientes; la Ley de Aquilea, que obligaba, alrededor del año 287 a.C., al pago de indemnización o pena de muerte, por impericia; el Código Napoleónico, creado para recopilar la tradición jurídica francesa y oficializado en 1807, es uno de los códigos civiles más conocidos en el mundo y establece la exigencia de la reparación de daños por error médico.

En cuanto a los antecedentes nacionales de regulación de la práctica médica, se encuentra el Código Florentino, manuscrito redactado entre 1540 y 1585

por Bernardino de Sahagún, con la intención de proteger a la sociedad de la mala práctica médica; el Real Tribunal de Protomedicato, cuerpo técnico fundado en el siglo XVIII en México y El Perú, encargado de vigilar el ejercicio de las profesiones sanitarias (médicos, cirujanos y farmacéuticos), de ejercer una función docente, de atender a la formación de estos profesionales y de imponer sanciones contra la mala práctica médica; la iniciativa del Dr. Valentín Gómez Farías en 1833, relativa al Establecimiento de las Ciencias Médicas; y el Consejo Superior de Salubridad, creado en 1841 y compuesto por cinco miembros (tres médicos, un farmacéutico y un químico), que estableció los primeros códigos sanitarios, posteriormente retomados y actualizados para formular la Ley General de Salud⁶.

En México, el fundamento de la profesión médica está contenido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y hace referencia a la libertad de elegir la profesión y el objeto de la misma; en el Artículo 5 refiere que “A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos”; en el Artículo 4 dice que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”. La especificación de estos fundamentos se establece tanto en la Ley Federal de Profesiones como en la Ley General de Salud, respectivamente; es decir, existe un vínculo jurídico entre la libertad del ejercicio profesional y el derecho a la protección de la salud.

EL DEBER DE CUIDADO

Para hablar de responsabilidad profesional del médico, es necesario hablar del *deber de cuidado*, el cual tiene por objeto evitar el resultado indeseable cuya posibilidad deberá prever el actor o autor. En donde el deber se definirá por la esfera concreta de deberes y por las circunstancias de modo, tiempo y lugar de la situación⁷. Asimismo, para la construcción de la exigencia o *deber de cuidado*, hay que tomar en cuenta un estándar objetivo de cuidado que incorpore los conocimientos y capacidades del profesional⁸. Este estándar debe ser exigible de manera equivalente a quienes tengan la misma capacidad y actúen en un mismo contexto. Si son modificadas

las circunstancias en las que el sujeto actúa, es evidente que las medidas de cuidado también cambian. Es decir, no se le exige lo mismo a un médico que diagnostica y da tratamiento a una persona que presenta crisis convulsivas en circunstancias cotidianas dentro de un servicio médico, que a aquél que debe hacer lo mismo en la vía pública. Eso no significa que sea tolerante con uno y con otro no, sino que es el propio estándar el que resulta alterado.

En el campo de la medicina, el *deber de cuidado* tiene un doble origen: los principios éticos y las exigencias científicas y técnicas; este *deber de cuidado* significa la obligación fundamental del médico, que es el vínculo por el que una persona (“acreedor”), constrañe a otra (“deudor”), a una conducta consistente en dar, hacer (acción) o no hacer (omisión), en orden a la finalidad de la relación⁹. Asimismo, las obligaciones del médico son:

- *Obligaciones de medios.* El médico se compromete a otorgar atención médica con la intención de lograr el mayor beneficio posible al paciente. Para ello, es responsable de utilizar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación; señalados por la ley vigente.
- *Obligaciones de resultado.* El médico en ocasiones se compromete a ofrecer resultados determinados como consecuencia del servicio. Sin embargo, no tendrá que responder si los resultados no son los esperados, porque pueden presentarse casos, fortuitos o de fuerza mayor, imposibles de prever.
- *Obligaciones de seguridad.* El médico, tratará de evitar un siniestro o minimizar los riesgos (p. ej. riesgo relativo al funcionamiento y al mantenimiento de la tecnología médica).

La mayoría de las veces, la obligación que asume el médico es de medios, ya que puede prometer al paciente el cuidado y la competencia, no así, salvarle la vida o curarle por completo. Nadie está obligado a lo imposible.

Por lo anterior, el *deber de cuidado* del médico contiene cuatro pilares fundamentales, el científico y técnico, el ético, el jurídico y el de derechos humanos; mismos que revisaremos a continuación:

Científico-técnico

Se refiere a la actuación del profesional, que incluye la formación y los conocimientos, las habilidades, la experiencia y la actualización del médico; a esta forma de *deber de cuidado* se le denomina *lex artis* o “ley del arte”, y se traduce como las reglas o procedimientos que el avance de la profesión pone al alcance de la práctica médica y exige determinado procedimiento, en el que es explícito contar con ciertos medios necesarios para el tratamiento benéfico. Una será la solución cuando el médico tenga a la mano los medios adecuados y, otra, cuando el médico carezca de ellos y no pueda obtenerlos oportunamente.

Considerando el *deber de cuidado* desde un enfoque positivista del modelo causal, se debe tomar en cuenta la lógica inductiva que va de lo particular a lo general como en el ensayo clínico; y la lógica deductiva que va de lo general a lo particular, que forma parte del razonamiento discursivo aplicado en la práctica clínica.

Desde la segunda mitad del siglo pasado, en la práctica clínica se ha impuesto que los procedimientos solo pueden considerarse diagnósticos y terapéuticos cuando han sido validados por la investigación clínica, y que nada experimental tiene aún la categoría de diagnóstico y terapéutico, si no ha sido validada tanto en animales como en seres humanos.

Actualmente la medicina emplea un nuevo modelo de enseñanza y práctica médica que se denomina medicina basada en la evidencia (MBE), frente al modelo tradicional que estaba sustentado en esencia por la experiencia y los conocimientos empíricos. La MBE promueve acudir a los mejores resultados de las investigaciones como una herramienta de la clínica diaria¹⁰. Se puede entender a la MBE como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones sobre los cuidados de pacientes individuales y es el parámetro para valorar la calidad de la atención médica¹¹. Este cambio del modelo tradicional hacia el modelo de la MBE implica lo siguiente:

- La información de la experiencia clínica y la intuición puede llevar a conclusiones erróneas, si no se basa sólidamente en observaciones sistemáticas.



- El estudio y conocimiento de los mecanismos teóricos básicos de la enfermedad es necesario, pero insuficiente para guiar la práctica clínica.
- El profesional necesita conocer las reglas para evaluar rigurosamente la metodología con la que se han obtenido las pruebas científicas para la toma de decisiones.

Este cambio de paradigmas se ha fundamentado, especialmente, en la variabilidad de la práctica clínica, en la incertidumbre sobre el beneficio de nuevas tecnologías, en el incremento en el costo de la atención, en el exceso de información científica que es difícil asimilar. Al respecto, se estima que un médico tendría que leer cerca de 7 mil artículos cada año¹².

Ético

Como referentes para dar el paso de la ética médica a la bioética se encuentra el pensamiento hipocrático con su principio básico de acción que expresa “la beneficencia y no maleficencia”; además la corriente personalista en la filosofía, cuyo principio

básico es “la inviolabilidad de la vida humana con independencia de las circunstancias”; y los códigos de deontología médica que, con el rescate de la dignidad de la persona, desembocó en una disciplina sistemática como la bioética.

Según la *Encyclopedia of Bioethics*, la bioética es el “estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizadas a la luz de los valores y principios morales”¹³; con sus tres principios básicos de valoración, que son: la beneficencia, que promueve el bien del paciente y evita el mal (beneficio-riesgo); la autonomía, que nos exhorta al respeto de los derechos fundamentales como la vida humana, la libertad, la salud (que hace exigible el consentimiento informado de la persona o a través de su representante legal); y la justicia, que proporciona por igual los tratamientos a todos. De acuerdo con el Informe Belmont¹⁴, los principios de la ética médica son:

- *Principio de beneficencia.* Promover el bien para el paciente y evitar el mal, el beneficio será siempre mayor al riesgo.

- *Principio de autonomía.* Mantener las libertades y derechos fundamentales tanto del paciente como del médico.
- *Principio de justicia.* Proporcionar a todos por igual los tratamientos según las circunstancias.

Los principales instrumentos éticos son el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, el Código Internacional de Ética Médica, la Declaración de Madrid, la Declaración de Tokio y la Declaración de Lisboa. Todos ellos, fueron establecidos después de la Segunda Guerra Mundial.

Jurídico

La salud es un bien jurídico protegido por el Estado y, por tanto, la relación que se establece entre el médico y el paciente es un pacto o contrato escrito o *de facto*, dentro de la Teoría del Derecho Civil, a fin de realizar un acto médico; en donde el paciente es el responsable principal de la iniciativa y el médico es la persona con más competencia para resolver el problema. Se trata de una relación asimétrica en donde uno tiene una necesidad y el otro la competencia para atenderla. Así pues, el acto médico tiene un carácter progresivo y social, para poder establecer una relación interpersonal. Este bien jurídico conforma la parte normativa de la responsabilidad profesional del médico, en donde los elementos básicos de toda relación jurídica son:

- Los sujetos que, en este caso, son el paciente como *acreedor* del servicio y el médico como *deudor*.
- El vínculo denominado como atención médica, curación o rehabilitación.
- El contenido en donde recaen los derechos y las obligaciones de ambos sujetos.

La finalidad de esa relación jurídica entre el médico y el paciente está orientada a la prevención de la enfermedad, a la mejoría o la curación y a la rehabilitación del paciente; esa finalidad sirve como eje de análisis de la conducta del médico; dicho análisis deberá basarse en la legislación aplicable, como el Código Civil, el Código Penal, la Ley General de Salud y sus Reglamentos, y las Normas Oficiales Mexicanas Sanitarias.

No obstante, a pesar de existir un marco normativo para el ejercicio de la medicina, esta conlleva siempre una suerte de riesgos que, a medida que se han incorporado nuevas tecnologías, dichos riesgos se han incrementado. Es decir, puede existir un margen de error o fracaso aceptables, pero también puede haber errores graves o inexcusables; si el médico actúa con negligencia, impericia o imprudencia¹⁵. Cuando se presenta una conducta o error inadmisibles, se considera la noción de dolo o culpa¹⁶. En el dolo, el médico tendría la intención de causar un daño y cargaría con la responsabilidad plena por tratarse de un acto expresamente prohibido y sancionado por la ley penal. Mientras que, en la culpa, el médico no tendría la intención de causar el daño, pero la responsabilidad se determina por haber actuado con negligencia, impericia e imprudencia¹⁷. Esta noción de culpa se basa en el supuesto de quien realiza cierta conducta, está sujeto a determinado *deber de cuidado* para que su comportamiento alcance los resultados legítimamente requeridos y evite las consecuencias ilegítimas prohibidas. Los tipos de culpa son:

- *Negligencia (lo opuesto a la diligencia).* Es la culpa por el incumplimiento de los elementales principios inherentes al arte o profesión que, sabiendo lo que se debe hacer, no se hace o a la inversa.
- *Impericia (lo opuesto a la pericia).* Es la culpa por falta de conocimientos técnicos básicos e indispensables que se debe tener obligatoriamente en determinado arte o profesión.
- *Imprudencia (lo opuesto a prudencia).* Es la culpa por afrontar un riesgo sin haber tomado las debidas precauciones para evitarlo.

Por lo anterior, se pueden considerar como requisitos de la culpa o de la mala práctica médica¹⁸:

- Que se haya cometido una conducta indebida.
- Que ocasione una consecuencia perjudicial.
- Que exista una relación causal entre esa conducta y el resultado dañoso (nexo causal).
- Que en lo ocurrido no haya posibilidad de justificación atendible.

Ahora bien, dentro de la responsabilidad profesional médica existen cuatro diferentes tipos. Primero, la *responsabilidad civil*, cuando obrando ilícitamente o contra las buenas costumbres cause daño a otro, de tipo patrimonial o moral según el Código Civil. Segundo, la *responsabilidad penal*, cuando en contravención a las normas que describen las conductas delictivas, comete en forma dolosa culpable alguno de los ilícitos previstos en el Código Penal. Tercero, la *responsabilidad administrativa*, cuando se infringe alguno de los preceptos establecidos en la Ley General de Salud, sus reglamentos y normas oficiales mexicanas, con independencia de que se cause o no un daño, además, en servidores públicos, los supuestos de la Ley de Responsabilidades. Cuarto, la *responsabilidad laboral*, cuando se incurra en impericia, negligencia o dolo, según el contrato de trabajo o la ley laboral.

Ante esos supuestos delictivos, pueden quedar sustraídos de la represión penal, aquellos fenómenos llamados “excluyentes de incriminación”. Se trata de datos que concurren al momento del hecho y que cancelan alguno de los elementos del delito. Los excluyentes de incriminación son: el consentimiento informado, cuando el bien jurídico afectado sea disponible para quien lo otorga; el cumplimiento de un deber jurídico, que implica la obligación de proporcionar tratamiento; el estado de necesidad, cuando se sacrifica el bien inferior como el patrimonio, en aras del bien superior como la vida; y la no exigibilidad de otra conducta, cuando por las circunstancias que concurren en una conducta ilícita, no permiten actuar conforme a derecho¹⁹.

Derechos humanos

Los derechos humanos (DDHH) pueden entenderse como los derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos, sin discriminación alguna. Estos derechos son universales e inalienables, interdependientes e indivisibles, iguales y no discriminatorios²⁰.

De acuerdo con la Comisión Nacional de Derechos Humanos, los DDHH son “el conjunto de





prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona”²¹.

En nuestra Carta Magna se establece que “en el Estado de México todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los tratados internacionales en los que el Estado mexicano sea parte, en esta Constitución y en las leyes que de ésta emanen...”. Asimismo, determina el “principio pro persona”, que tienen como fin favorecer a las personas, en todo tiempo, de la protección más amplia. La “cláusula de interpretación conforme”, que permite la materialización efectiva y expansiva de los derechos fundamentales, además de la armonización entre las normas de DDHH con el bloque de constitucionalidad y de convencionalidad atendiendo siempre al principio *pro persona*. La observancia de los DDHH deberá ser de conformidad con el “principio de universalidad”, que especifica porqué los DDHH son inherentes a todas las personas sin distinción, y que todas tienen los mismos derechos. El “principio de interdependencia e indivisibilidad”, cada uno de los DDHH depende de los otros, la violación de uno afecta a los otros y no se pueden dividir. El “principio de progresividad”, relativo al sentido continuo, progresivo y no regresivo de los DDHH.

En complemento, los principales instrumentos internacionales sobre DDHH, vinculantes para México son la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1948-1966); la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979), la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984), la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), entre otros. Además de los documentos mencionados, existen instrumentos vinculantes y no vinculantes del Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

Los DDHH son un elemento importante tanto para la atención médica como para la salud pública. En donde el Estado está obligado a mediar en función de la jerarquización de los derechos individuales y sociales, la priorización de los problemas y las necesidades de salud, y la distribución de los recursos disponibles, en vinculación con los principios éticos que rigen la medicina actual²².

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para el médico es irrenunciable la exigencia del *deber de cuidado*, esa exigencia se concreta en una

relación específica frente a una persona, el paciente; en donde el médico con sus conocimientos científicos, su experiencia técnica, su conducta ética, su cumplimiento del marco jurídico de la profesión médica y del respeto de los DDHH; debe poder garantizar una atención médica de calidad y de excelencia, de acuerdo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar de cada situación.

Para el ideal cumplimiento del *deber de cuidado*, es indispensable que el profesional médico cumpla con algunos requisitos básicos en dos vertientes:

La primera, relativa a la pericia o el conocimiento, que incluye el contar con los documentos oficiales para ejercer la medicina (título y cédula profesionales), conocer y considerar los factores de riesgo, conocer las pautas clínicas en el campo, obtener el consentimiento informado del paciente o, en caso de menores de edad, del familiar, antes de realizar ciertos procedimientos clínicos o quirúrgicos; proponer alternativas diagnósticas y terapéuticas acordes a la ciencia médica actual, solicitar interconsulta en casos complicados o ajenos a su área de competencia, elaborar cuidadosamente la historia y el expediente clínicos, mantenerse actualizado considerando temas como la ética y los derechos humanos, conocer y aplicar las normas jurídicas vigentes y evitar practicar una medicina defensiva, en cambio practicar la medicina basada en evidencias.

La segunda, de la personalidad que comprende, contar con una visión en valores para no discriminar ni abandonar al paciente y para establecer una comunicación respetuosa con él; mostrar una conducta ética íntegra para hacer lo procedente, considerar los riesgos para evitar garantizar o prometer un resultado, el estar predispuesto a escuchar y al atender al paciente. ●

REFERENCIAS

- Gisbert JA, Gisbert MS. Responsabilidad Médica. En: Gisbert JA, Villanueva E. Medicina Legal y Toxicología. 6ª. Ed. España: Masson; 2004.
- Roldan R, Aranda FM, González S. Impacto de las redes sociales sobre la salud/Cartel. En: Congreso Internacional de Comunicación en Salud. Madrid, España. 2017.
- Snipelisky D. Social Media in Medicine: A Podium Without Boundaries. J. Am. Cardiol. Jun 2017;65(22):2459-61.
- Bueres A. Responsabilidad civil profesional. Con especial atención a la responsabilidad de los médicos, abogados y escribanos. Revista de Responsabilidad Civil y Seguros. 2016;XVIII(I).
- Gracia D. Ética y Vida 4; Profesión Médica, Investigación y Justicia Sanitaria. Colombia. Ed. El Búho; 1988.
- Villalpando JM. Médicos, Sociedad y Estado a través de la historia de México. Primer simposio internacional por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico-paciente. México. CONAMED; 1996.
- Maurach R. Tratado de Derecho Penal. Barcelona. Ed. Ariel; 1962.
- Reyes, I. Sobre la construcción de la exigencia de cuidado. Polít. crim. 2015;10(19): 56-91. Disponible en: [http://www.politicacriminal.cl/Vol_10/n_19/Vol10N19A3.pdf]
- Achaval A. La responsabilidad civil del médico. 2ª Ed. Buenos Aires, Argentina. Abeledo-Perrot; 1992.
- Bautista W. ¿Qué es la excelencia en medicina? Revista MED. 2014;22(1):6-7.
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996; 312:71-2.
- Baiget T, Torres D. Informe APEI sobre Publicación en revistas científicas. 2013; APEI 7. Disponible en: http://www.apei.es/wp-content/uploads/2013/11/InformeAPEI-Publicacionescientificas.pdf
- Reich WT. Encyclopedia of bioethics. New York. The Free Press. Vol. 1 XIX; 1993.
- Sgreccia E. Manual de Bioética. México. Ed. Diana-Universidad Anáhuac; 1994.
- Moctezuma G. La responsabilidad del médico. Isonomía. Revista de Teoría y Filosofía del Derecho. 1998 abril;(8): 63-74. Disponible en: http://www.cervantesvirtual.com/obra/la-responsabilidad-profesional-del-mdico-0/
- Sosa B, Sotelo G. Notas sobre responsabilidad profesional en instituciones de salud. En: Rabasa E, Ramírez J. Problemas actuales del derecho social mexicano. México: Porrúa-Tecnológico de Monterrey; 2005.
- Bonnet EFP. Medicina legal. 2ª. ed. Buenos Aires: López Libreros Editores; 1993.
- Baudouin JL. La réforme de la responsabilité médicale: responsabilité ou assurance. Revue Générale de Droit. 1991;22 (1).
- García S. Consideraciones sobre el derecho penal y la práctica médica. México: CONAMED; 1997.
- Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH)-Organización de las Naciones Unidas (ONU). ¿Qué son los derechos humanos? Disponible en: http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatAreHumanRights.aspx
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). ¿Qué son los derechos humanos? Disponible en: http://www.cndh.org.mx/Que_son_Derechos_Humanos
- Fernández Varela H, Sotelo G. Los derechos humanos y la salud pública. Rev Fac Med. 2000;43(6):238-42