

## Legitimación del acto anestesiológico

Dr. Carlos Rodolfo Moreno-Alatorre\*

\* Médico Jefe de Anestesiología. Hospital Infantil Privado. México, D.F.

«El Acto Médico es medido por cómo lo escribimos y por cómo actuamos».

Gerardo Russo

Denominamos *acto médico*, a las acciones que realizan los profesionales de la salud, entendidas éstas como el conjunto de disciplinas que tienen como objeto la preservación, recuperación, rehabilitación o promoción de la salud del hombre y de la sociedad.

La responsabilidad de los actos médicos es característica de cada disciplina y no es delegable. En México los *actos médicos* se rigen en lo general por las leyes del fuero común y en lo particular por las normas que regulan el ejercicio profesional.

Los actos médicos en México, se deben realizar en la observancia de las reglas características de cada rama de la medicina, y que son observadas universalmente.

En nuestra nación el *acto médico* además debe someterse a reglamentos, manuales y códigos de ética institucionales y colegiales.

Citemos a manera de introducción, dos episodios de la mitología griega<sup>(1)</sup>, en relación con Esculapio –padre de la medicina–, que nos permiten, ejemplificar desempeños «legítimos» e «ilegítimos» del proceder de un médico.

El primer episodio relata el evento durante el cual Esculapio recibe de manos de la diosa Atenea dos frascos, que contenían «sangre de la Gorgona Medusa»; uno de ellos, de su flanco derecho, capaz de resucitar, el otro, de su flanco izquierdo, que mataba sin remedio.

Según los estudios de la mitología, Atenea hija de Zeus gracias a su sabiduría y generosidad se convirtió en protectora del estado, fue la diosa que garantizaba la equidad de las leyes y su justa aplicación, tanto ante los tribunales como en las asambleas. Quizás debido a estas características de su personalidad, Atenea tenía la autoridad necesaria, no sólo para conferir a Esculapio la facultad de poder optar por la

vida o la muerte de sus pacientes, sino de legitimar esta práctica. Siendo Atenea una diosa dotada de una reconocida sabiduría, seguramente, por este acto dotó también a Esculapio de la capacidad para realizar una elección sensata en el empleo de los dos frascos.

Sabemos que el *acto médico* se basa en una relación de confianza donde el paciente confía al médico el cuidado de su salud, aspecto primordial de su vida y de sí mismo. En la relación entre ambos no puede mediar el pacto de una muerte intencionada<sup>(2,3)</sup>. Por lo tanto, la única opción no sólo ética, sino legítima, es el empleo del frasco que restituye la vida y por ende la salud. Por otro lado, el preconizar la práctica de la eutanasia, significaría el final de la confianza depositada durante milenios en una profesión médica, que siempre se ha comprometido a no provocar la muerte intencionalmente bajo ningún supuesto.

Basados en las anteriores afirmaciones, podemos concluir que el empleo del primer frasco, sin lugar a dudas, se configura como un *acto médico*. Pero, la existencia y empleo del segundo frasco, a pesar de la supuesta autoridad que la diosa Atenea pudiera haber tenido, a primera vista se antoja, no sólo ilegítimo por «doloso», sino «no ético» y proscrito por la «lex artis».

Alguna razón, debe haber tenido Atenea para dotar a Esculapio de la capacidad de decidir en algunas ocasiones, por la muerte de sus pacientes. Pensamos que la razón «no confesa» por Atenea, es en la actualidad, tema de numerosos asuntos éticos, morales, deontológicos y legales en la práctica de la medicina.

Ahondando en estas cuestiones, podríamos afirmar también, que el hecho de emplear y tener fe en que el contenido del primer frasco, es capaz de restituir la vida a cualquier enfermo, está envuelto por un pensamiento mágico y místico, poco práctico en la medicina actual y mucho menos, ante los ojos de la ley, pero, si da buenos resultados como los que relata la mitología, podría configurarse como un *acto médico* de la medicina alternativa, aunque en ocasiones nos recuerde a la «charlatanería».

El segundo episodio, relata cómo felizmente Esculapio tuvo un maestro, el centauro Quirón, que le enseñó a curar las heridas y las dolencias, situación que es más acorde con la práctica de la medicina.

El hecho de que Esculapio primero «aprendió a curar» y luego aplicó a favor de la humanidad, los conocimientos adquiridos para tratar de restituir su salud, es un ejemplo legítimo y clásico, del proceder de un profesionista médico, y se configura como un claro *acto médico*. En esta conducta queda implícita la posibilidad de no obtener los «resultados deseados» y del error.

De lo expresado hasta este momento respecto a las opciones que las deidades otorgaron a Esculapio –padre de la medicina–, durante su desempeño como médico; podemos anotar que nuestra observación y los juicios a los que lleguemos, se fundamentarán no en los hechos mitológicos en sí, sino en lo que quedó escrito de ellos.

La expresión de Russo<sup>(4)</sup> acerca de cómo es vista y evaluada por terceros, nuestra actuación como médicos, sin lugar a dudas está inspirada en la observación de este autor, acerca de nuestro proceder con los pacientes, así como de la forma en que registramos en el expediente clínico, nuestras actuaciones.

Derivado de las anteriores observaciones, podemos afirmar que la legitimidad de nuestra práctica profesional, es valorada a través de lo que escribimos en el expediente clínico y de la imagen que proyectamos en nuestros pacientes y sus familiares<sup>(5-9)</sup>.

En la actualidad no es suficiente el óptimo desempeño del médico, sino que es necesario que éste se realice dentro del marco ético-legal vigente, el cual nos exige, que dejemos constancia escrita de nuestras actuaciones, en el expediente clínico y que esta constancia sea redactada de acuerdo a las normas establecidas por el Estado<sup>(9)</sup>.

Por otra parte la interacción médico-paciente-familiar, resulta ser de gran importancia, sobre todo en el marco del nuevo modelo autonómico, en el que existen derechos y responsabilidades de ambas partes (médico y paciente)<sup>(10)</sup>.

Lo anterior, nos obliga a la inclusión en el expediente clínico de documentos que den testimonio fehaciente de que la interacción mencionada se estableció con legitimidad<sup>(11,12)</sup>.

El médico anestesiólogo por diferentes razones voluntarias o involuntarias, bien intencionadas o no, con frecuencia puede incurrir en la «no observancia» de leyes, de normas, de disposiciones administrativas y de preceptos ético-morales; en consecuencia, los actos médicos realizados en estas condiciones, pudieran tener matices de «ilegitimidad», o en el mejor de los casos ser «carentes de ética o de moral»<sup>(11,12)</sup>.

Providencialmente en la inmensa mayoría de los actos médicos realizados por médicos anestesiólogos, no se observa la presencia de datos que sugieran «mala práctica»,

como son la impericia, el dolo y la negligencia<sup>(13)</sup>. Aún así, existe un buen porcentaje de actuaciones anestesiológicas, que infringen reglamentaciones administrativas (reglamentos y manuales), y que no pueden ser calificadas como «mala práctica», pero sí como «ilegítimas». Las infracciones a reglamentaciones administrativas más comunes son: la ausencia de Cartas de Consentimiento Informado, el llenado completo del registro anestésico, la no redacción en el expediente clínico de la nota de valoración preanestésica, la nota postanestésica y la nota de alta del servicio de recuperación<sup>(11-14)</sup>.

Cuando nos referimos a la *legitimación del acto anestesiológico*, estamos refiriéndonos al cuerpo doctrinal y normativo que regula la práctica profesional del médico anestesiólogo y de ninguna manera queremos sugerir, que los actos médicos que este especialista realiza, requieran de acciones que los legitimen. Por lo tanto el concepto legitimación, engloba la revisión detallada de las bases que sustentan la legitimidad de los actos médicos que realiza un anestesiólogo, a más de que trata de evitar en lo posible que este profesionista caiga en prácticas ilegítimas durante su ejercicio profesional<sup>(10)</sup>.

Los actos médicos pueden ser acciones:

- Individuales o grupales (en equipo).
- Privadas o institucionales.
- Activos (por comisión) o pasivos (por omisión).
- Atendiendo a su objetivo, diagnósticos terapéuticos, de certificación, periciales, de asesoramiento, de control, de investigación o docencia.
- Si se desarrollan sobre el individuo son corpóreos; si fuera de él, extracorpóreos. Éstos a su vez pueden ejercerse sobre líquidos u órganos (análisis, biopsias), sobre documentación (redacción y auditorías), sobre tecnología (fiscalización) o sobre terceras personas (asesoramiento, consentimiento tutelar).

De tal manera, que nos es fácil comprender que el quehacer cotidiano del profesionista médico está constituido por muy variados tipos de *actos médicos*. Para Guzmán<sup>(15)</sup>, esta labor tiene varias expresiones: *Acto médico directo*, *acto médico indirecto*, *acto médico extracorpóreo*, *acto médico epidemiológico*, *acto médico pericial* y *acto médico documental*.

Se llaman *actos médicos directos*, a aquéllos en los cuales mediante la intervención personal del médico se trata de obtener la curación o alivio del enfermo. Ellos pueden ser preventivos, diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación.

Los *actos médicos indirectos* son aquéllos en los cuales por indicación de un médico tratante, personal médico o paramédico realizan maniobras a un paciente, con el interés de prevenir, de diagnosticar, de tratar o de rehabilitar.

*Actos médicos extracorpóreos* son aquellos que se realizan bajo la responsabilidad de un médico sin fines terapéuticos específicos para un paciente en particular, pero sí con el interés de lograr avances de la ciencia médica o aclaran asuntos judiciales. Son parte de éstos, la investigación, la experimentación, y otros.

*Acto médico epidemiológico* es aquel que realiza un médico con el interés de estudiar la distribución, la frecuencia, los determinantes, las relaciones, las predicciones y el control de factores relacionados con la salud y enfermedad en poblaciones humanas determinadas, así como la aplicación de este análisis a los problemas de salud.

El *acto médico pericial*, consiste fundamentalmente en el análisis de todos los elementos que han dado lugar al cuadro clínico de un lesionado, va encaminado a mostrar explicaciones, asesorando a los jueces acerca del porqué de las lesiones, el cómo se produjeron, y en qué manera afectan, limitan o impiden a la vida del lesionado.

El *acto médico documental*, es complementario de todos los anteriores y destaca por su importancia legal, misma que radica en su validez como prueba dentro de cualquier reclamación o proceso. Los actos médicos documentales derivados de un *acto médico directo* son: Certificado médico, la receta o fórmula médica, la historia clínica. De los actos médicos indirectos, extracorpóreos, epidemiológicos y periciales se derivan otros actos médicos documentales como los reportes, resultados de laboratorio, gabinete, estudios histopatológicos, autopsia y otros.

El término *legitimación*, se refiere a la acción o efecto de legitimar. *Legitimar*, quiere decir, probar la legitimidad de una cosa o acción. Desde el punto de vista etimológico, *legitimar* deriva del latín *Legitimus*, de *lex, legis* y se refiere al modo de hacer algo conforme a la ley. Entendemos por *legitimidad*, lo que es *legítimo*, y *legítimo*, se refiere a algo que es conforme a la ley o que es permitido por la ley<sup>(10)</sup>.

El *acto médico*, es un *acto legítimo*, porque está permitido por la ley y se realiza conforme a la ley, en él se concreta la relación médico-paciente; en la que el enfermo, acude motivado por una alteración en su salud al médico, quien está en la posibilidad de orientar y sanar, de acuerdo a sus capacidades y al tipo de enfermedad que el primero presente<sup>(10,15)</sup>.

La expresión *legitimación del acto médico* es un concepto profundo, es una doctrina, una técnica, una metodología, cuyo contenido está constituido por la *Lex Artis* de la profesión médica<sup>(16)</sup>.

El examen de la *legitimación del acto médico* no tiene por objetivo esencial dilucidar los casos de mala práctica –pese a ser una de las herramientas metodológicas esenciales del peritaje–; su fin primordial es servir de guía del facultativo para adoptar por la decisión correcta en la atención de un paciente en particular<sup>(10)</sup>.

El examen de la *legitimidad* no sólo reviste un interés meramente teórico; le es imprescindible al quehacer médico, debido a que el tratamiento médico es un proceso, durante el cual es frecuente la necesidad de decidir entre distintas alternativas y posibilidades del mismo proceso, pero esto no se reduce a una decisión exclusivamente técnica –que no afecte a un paciente–, sino que conlleva una decisión, ética, moral y legal, que habrá finalmente de incidir en el estado físico y aun en la vida de un ser humano<sup>(17)</sup>.

El acto anestésico o anestesiológico en México debe considerarse como un *acto médico directo*, en virtud, de que, aunque se realiza en la mayoría de los casos, éste es realizado no sólo por un profesionista médico, sino por un médico especializado en anestesiología<sup>(10,15)</sup>. En términos generales los actos anestésicos o anestesiológicos, son realizados para que un paciente determinado permita una serie de maniobras diagnósticas y/o terapéuticas dolorosas y/o productoras de ansiedad, que la mayor de las veces realiza un médico cirujano tratante. Pero aún así en el acto anestésico o anestesiológico, el anestesiólogo establece durante su primera entrevista con el paciente, para valoración preanestésica, una relación médico-paciente, en la cual está implícito un contrato que conlleva responsabilidades y derechos de ambas partes<sup>(18)</sup>.

En otros países donde con frecuencia el personal que realiza el acto anestésico, es personal paramédico con (anestestistas), y que laboran bajo la responsabilidad de un médico anestesiólogo o bajo la supervisión del médico cirujano tratante; en estos casos el *acto anestésico* es un *acto médico indirecto* (acto técnico-anestésico) y la responsabilidad es compartida por el técnico anestesista y el médico anestesiólogo (garante del anestesista) o el médico cirujano tratante<sup>(15)</sup>. En nuestro país esto sucede sólo en los establecimientos médico-militares.

El registro –acto médico documental– de los actos médicos que se desarrollan en la atención de un paciente deben ser parte del expediente clínico, independientemente de su carácter diagnóstico, terapéutico, o de rehabilitación. El expediente clínico, debe contener también otros documentos de tipo administrativo<sup>(10-14)</sup>.

El expediente clínico es, por lo tanto, un conjunto de documentos de índole médico-administrativo, que se deben elaborar para cada caso en particular con todas las posibles variantes relacionadas con el tipo de padecimiento, estado específico del paciente, sexo, edad, constitución física de la persona, etc.<sup>(10-14)</sup>.

Casa Madrid refiere que en México, la legitimidad de un *acto médico* puede ser medida teniendo en cuenta los siguientes parámetros objetivos<sup>(10)</sup>:

*Derecho profesional del médico.* El quehacer de este profesionista médico se encuentra legitimado en razón de su derecho al libre ejercicio profesional; esta teoría tiende

amplio apoyo en el Derecho Positivo Mexicano, pues la facultad de libre ejercicio se desprende del Artículo 5º constitucional (garantía de libertad de trabajo), que establece: «A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que más acomode, siendo lícitos».

*Consentimiento del paciente.* La legitimidad del actuar médico se sustenta en la libre del consentimiento del paciente. Este criterio, es uno de los principios básicos del modelo de autonomía postulado por varias corrientes bioéticas contemporáneas y ha sido incluido en varias normas del Derecho Sanitario Mexicano. En la actualidad es obligatorio para el personal de salud obtener la libre aceptación (consentimiento) del paciente o su representante legal, siendo obligatorio también obtenerlo por escrito en los siguientes casos:

- Ingreso hospitalario
- Intervención quirúrgica
- Amputación, mutilación o extirpación orgánica
- Anestesia general
- Uso de medios invasivos
- Empleo definitivo de medios definitivos de planificación familiar
- Actos de disposición de órganos, tejidos (incluida sangre) y cadáveres humanos
- Actos que entrañen altos riesgos

Cuando se trate de actos que por su naturaleza requieran de carta de consentimiento, será imprescindible su obtención; de otra suerte, el acto sería ilícito en términos de no haberse cumplido las formalidades esenciales del procedimiento médico.

Al respecto, es imprescindible hacer notar que no se trata de un agobio de trámites meramente administrativos hacia el médico; se trata de asegurarse de que el paciente fue debidamente informado, y la prueba idónea es la carta de consentimiento.

*Derecho consuetudinario de curar y aliviar el dolor.* Tiene sustento en el Derecho Positivo Mexicano, pues si bien existe una abundante legislación sanitaria, no todo acto médico se encuentra expresamente normado, por lo tanto los usos y las costumbres médicas son las que los rigen.

*Teoría objetivo-subjetiva.* Correlación el acto médico –de naturaleza objetiva– con el consentimiento del paciente –de naturaleza subjetiva–. En otras palabras, la realización de un *acto médico* en beneficio de un paciente, mismo que es *consentido* por éste para su beneficio, contando con el *reconocimiento del Estado*. La legitimación de este acto, resulta de la unión objetiva-subjetiva de los tres elementos antes descritos.

*Fin reconocido por el Estado.* Como ya expresamos en lo referente a la Teoría objetivo-subjetiva, no basta con el con-

sentimiento de un paciente, para que los actos de un profesional de la medicina sean legítimos; requieren del reconocimiento del Estado. Un paciente en un momento dado de su existencia y de su padecimiento, pudiera consentir en que se le practicara algo expresamente prohibido por el Estado.

El acto médico se justifica en razón de perseguir un fin públicamente reconocido: *la conservación y restablecimiento de la salud*. Este último criterio tiene sustento constitucional en el Artículo 4º: toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

*Exclusión del concepto de atentado corporal.* El concepto de atentado corporal en el actuar del médico, se refiere a la intención del médico, pues el tratamiento tiene por objeto proteger la salud, no teniendo la intención de dañar y menos aún de matar; por el contrario, la voluntad es aliviar el dolor, restablecer la salud, prolongar la vida y la calidad de ésta.

Cuando el médico actúa como tal, manipula técnicas y conocimientos con miras a un resultado concreto. Este fin buscado por el ejercicio de la medicina tiene implicaciones ante la ley. El *acto médico* (cualquiera que él sea) es una fuente de la que emanan consecuencias jurídicas para el profesional que lo realiza y para el paciente que ha sido objeto de esta actividad. De tal forma, que todo *acto médico*, es un *acto jurídico* o un *hecho jurídico*; lo que equivale a decir que de todo *acto médico* se derivan consecuencias en el ámbito del Derecho<sup>(15)</sup>.

Los *actos jurídicos*, se distinguen de los *hechos jurídicos*, porque buscan un resultado concreto en el derecho (por ejemplo la recuperación de la salud del paciente a cambio de los honorarios médicos), en cambio los *hechos jurídicos* no encuentran sus implicaciones jurídicas en la voluntad o intención con que se realizan (por ejemplo, en un accidente de tránsito, la lesión –hecho– no ha sido buscada sino, antes por el contrario, se ha procurado evitar)<sup>(15)</sup>.

Del acto médico, por lo que se ha visto hasta ahora, pueden desprenderse dos tipos de consecuencias en Derecho: las que resultan del *acto jurídico* («responsabilidad» por el acto) y las que resultan del *hecho jurídico* («perjuicios» indemnizables por el hecho antijurídico capaz de generar implicaciones en el Derecho –el delito–). Ambos tipos de consecuencias están contemplados en la ley (en los códigos civil o penal)<sup>(15)</sup>.

En general, las actuaciones del médico van precedidas de un acto jurídico (un contrato); si el médico lo cumple, genera derechos a su favor y si lo incumple, genera sanción. Es preciso, no obstante, advertir que, tratándose (en la mayoría de los casos), de una obligación «de medio» y no «de resultado», el acto jurídico se cumple a cabalidad siempre que el médico haga lo correcto (sin importar si alcanza el resultado querido), o lo incumple si no actúa con la propiedad que la ciencia exige<sup>(10)</sup>.



Si el resultado es bueno surge en favor del profesional de la salud un crédito, un derecho a cobrar honorarios. Si el resultado afecta derechos del enfermo, surge en su contra la responsabilidad, la cual se juzga, precisamente, con base en la *Lex Artis*<sup>(18)</sup>.

La responsabilidad profesional es un terreno jurídico de singular complejidad y dinamismo, que está en pleno desarrollo teórico. Problemas como la naturaleza de la obligación surgida del contrato (de medios, de resultado, de seguridad), y la existencia de la responsabilidad objetiva (sin culpa), entre muchas otras cuestiones, reciben en la actualidad, soluciones doctrinarias jurisprudenciales diversas. Esta realidad genera una sensación de inseguridad entre los médicos, lo que se agrava por la incompreensión –por razones de formación– de una *racionalidad diferente* entre médicos y abogados<sup>(19)</sup>.

Desde la óptica que nos interesa en este escrito, los actos médicos se efectúan sobre una persona llamada paciente (sujeto pasivo) que como ser humano tiene derechos; el médico tendrá que preservar estos derechos y se comprometerá a defenderlos y a tratar de recuperarlos. Los principales son la vida, la salud, las buenas condiciones físicas o mentales y la integridad corporal<sup>(20)</sup>.

Desde que la medicina es practicada, ha sido una dolorosa realidad para el profesionista médico que se empeña en la curación de sus pacientes, la obtención de resultados no deseados. Esta avasallante situación, es un gran flagelo de la medicina actual, que ha dejado en claro que aunque el médico desee la restitución de la salud de sus pacientes, no siempre está en sus manos y en su voluntad este objetivo. No sólo lo anterior, sino que en ocasiones el quehacer médico tiene como ingrato resultado, el daño de un paciente<sup>(21)</sup>.

El «acto médico» al igual que toda labor humana, está sujeto a respuestas no esperadas. Entonces pues, en la naturaleza de todo *acto médico* hay factores incontrolables que pueden provocar resultados opuestos a los buscados y, al lado de los efectos beneficiosos –por fortuna más frecuentes y numerosos–, estos resultados no deseados, pueden generar perjuicios, graves o ligeros, inmediatos o tardíos, que algunos indebidamente califican como *iatrogénicos*. Esto se tiende a atribuir casi siempre a ineptitud o negligencia, mala selección o mala administración de la terapia o error en la apreciación del riesgo<sup>(22)</sup>.

Conviene expresar que cuando un médico observa la «lex artis», y a pesar de esto no obtiene los resultados deseados, su actuación no debe calificarse como ilegítima. Cuando un médico no observa la «lex artis» dolosa o negligentemente, o porque no tiene la pericia para realizarla, es entonces cuando su actuación se tipifica como ilegítima<sup>(10,22)</sup>.

Debo aclarar, sin ánimo de polémica y con el mayor respeto que, es un error reiterado, tanto a nivel de abogados como de médicos: el emplear el término *iatrogenia*, para

referirse a un daño derivado de un acto médico. Se utiliza erróneamente porque, *iatrogenia* es un vocablo griego que significa promover, engendrar, producir, desarrollar, lograr salud. Lo que se debe decir es *iatropatogenia*<sup>(22)</sup>.

Frecuentemente se ha estimado que iatropatogenia, es sinónimo de mala práctica, es decir, que todo acto iatropatogénico entraña responsabilidad profesional; pero ello es inexacto<sup>(22)</sup>.

¿Y qué es *iatropatogenia*? Es una situación en donde hay un daño secundario a la actuación profesional de un médico, pero que no debe generar responsabilidad médica; porque precisamente ese médico adoptó todas las previsiones del caso: aplicó el deber general de prudencia y diligencia, aplicó, como correctamente lo haría el común de sus colegas, conforme a las condiciones de modo, tiempo y lugar, su ciencia, arte, oficio y experiencia, pero la particular manera de ese enfermo –ya sea su hábito constitucional, su sistema inmunológico, su forma de reaccionar o de disreaccionar, o cualquier factor desconocido pero evidentemente existente, o sea idiomático– hizo que reaccionara con una patología, pese a todos los recaudos y previsiones que se tomaron. Entonces estamos frente a un caso de iatropatogenia, que no debe generar responsabilidad médica. En estas condiciones debemos referirnos al «acto iatropatogénico» como un «acto médico», en el cual la situación personal del paciente instrumenta un daño, el cual no obedece a impericia, negligencia o dolo por parte del médico<sup>(22)</sup>.

El error es inevitable en todo acto humano, y más en una profesión como la médica. La labor médica, como toda labor humana está propensa a la equivocación. Los médicos cometen errores, sin tener en cuenta cuán eruditos, concienzudos, cuidadosos o trabajadores sean y los pacientes tienen el derecho de reclamar por esos errores, cosa que es cada vez más frecuente.

Pasemos ahora a caracterizar lo que en términos de doctrina estadounidense, se denomina «mala práctica», término que puede asimilarse en el Derecho Sanitario Mexicano, pues si bien nuestro régimen guarda mayor semejanza con los sistemas europeos, existen instituciones como esta –mala práctica–, que debemos evaluar; no obstante, cabe advertir que las fuentes estadounidenses no tienen necesariamente una equivalencia, ni son asimilables al modelo mexicano<sup>(10)</sup>.

El Derecho Mexicano reconoce como mala práctica dentro del «acto médico» a: la impericia, la negligencia y el dolo. Lo anterior se encuentra considerado en el Artículo 2615 del Código Civil para el Distrito Federal en Materia Común y para toda la República en Materia Federal: «El que preste servicios profesionales sólo es responsable, hacia las personas a quienes sirve, por negligencia, impericia o dolo»<sup>(10)</sup>.

El común de la doctrina jurídica identifica también, dentro de la impericia, a la temeridad, también denomi-

nada impericia temeraria, y ésta se define como «el sometimiento a riesgos innecesarios a causa de la falta de conocimiento».

Los principales elementos para establecer mala práctica en un acto médico, y por lo tanto le imprimen ilegitimidad, son los siguientes:

- Sometimiento del paciente a riesgo innecesario.
- Agravamiento o muerte del paciente por atención con falta de calidad.
- Presencia de lesiones injustificadas.
- Remuneraciones fraudulentamente obtenidas.
- Realización de prácticas o suministros de insumos notoriamente inapropiados.
- Sustitución o simulación medicamentosa.
- Presencia de actos de violencia física o moral.
- Incumplimiento de obligaciones de medios, de seguridad, y en su caso de resultados.

- Realización de actos médicos sin la previa sanción de comisiones y comités (de investigación, de ética, de bioseguridad o del comité interno de trasplantes).
- Trasgresión de normas prohibitivas (abortos delictivos o eutanasia).

El imparable progreso de la medicina ha venido acompañado por un avance tanto en el ámbito social como en el jurídico. En el primer caso, el paciente ha pasado de ser un sujeto pasivo para desempeñar un papel más activo, llegando a convertirse en un auténtico copartícipe del acto médico (modelo autonómico), a años luz de la relación antaño paternalista en la que el médico asumía toda la responsabilidad. En el segundo, la toma de conciencia de la salud como derecho y, en consecuencia, a su ejercicio y defensa ha propiciado el desarrollo de un buen puñado de leyes e instituciones que regulan la profesión médica, derivado, cada vez con más frecuencia, ante los tribunales de justicia<sup>(23-26)</sup>.

## REFERENCIAS

1. Quijano M. Editorial. A propósito de la iatrogenia. *Rev Fac Med UNAM* 2001;44:47.
2. Villanueva E. ¿Es la eutanasia un acto médico? [ideal.es/granada/prensa/.../eutanasia-acto-medico\\_20061025.html](http://ideal.es/granada/prensa/.../eutanasia-acto-medico_20061025.html)
3. Álvarez del Río A. Práctica y ética de la eutanasia. Fondo de Cultura Económica, México, 2005.
4. Russo G. Mala praxis médica. [www.paideianet.com.ar/industria.htm](http://www.paideianet.com.ar/industria.htm)
5. Laín EP. La historia clínica. 3a ed. Madrid: Tricastela, 1998:776.
6. Criado Del Río MT. Aspectos médico-legales de la historia clínica. Madrid: Colex, 1999.
7. Rodríguez H, De Pena M. La historia clínica en la medicina pre-hospitalaria. En: Sindicato Médico del Uruguay: II Jornadas de Responsabilidad Médica (1996). Montevideo: SMU. 1998:237-41.
8. Vázquez FR. Historia clínica. Problemas jurídicos. En: Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina. Buenos Aires: Hammurabi. 1992:222-38.
9. Rodríguez AH. Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención. *Rev Med Uruguay*. 2001;17:17-23.
10. Casa Madrid MO. Introducción. En: Casa Madrid MO. La atención médica y el derecho sanitario. Ed. Alfíl, S.A. de C.V. 2005.
11. Galán CJ. El consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios. Colex. Madrid. 1997:162.
12. Arellano GM. Introducción. En: Arellano GM. Manual ético-legal de la práctica médica. Ed. Alfíl, S.A. de C.V. 2005.
13. Tena TC, Juárez DGN. Error y conflicto en el acto médico. *Rev Med IMSS* 2003;41:461-463.
14. Rodríguez AH. Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención. *Rev Med Uruguay* 2001;17:17-23.
15. Guzmán MF. El acto médico: consideraciones esenciales. Acto médico y acto jurídico. [www.medspain.com/ant/n10\\_mar00/Actomed.htm](http://www.medspain.com/ant/n10_mar00/Actomed.htm)
16. Pérez TR. El arte médico y la *Lex Artis*. *Rev CONAMED*. 1999;3:7-15.
17. Cabieses F. Curar y cuidar en el acto médico. *Diagnóstico* 1999;38.
18. Labariega VA. Contrato de atención médica. *Revista de Derecho Privado Año I, Numero III. Septiembre-Diciembre 2002*. Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM.
19. Martínez SC, Leal FG. Sobre la calidad clínica de la atención: El problema de la relación médico-paciente. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 2003;48:242-254.
20. Tena TC, Sánchez GJ. Génesis del conflicto médico-paciente. *Rev SOMAIS* 2005;1:13-17.
21. De Micheli SA. En torno a la ética profesional del médico. *Gac Méd Méx* 2004;140:89-93.
22. Wuani EH. Iatrogenia. *Medicina Interna (Caracas)*. 2001;17:1-7.
23. Sánchez GJ. Importancia de las alternativas extrajudiciales para resolver conflictos derivados del acto médico en la lucha contra la medicina defensiva. *Diabet Hoy Med Sal* 2004;5:1237-1241.
24. Gyhra A. Judicialización del acto médico. *Rev Chilena de Cirugía* 2005;57:187-188.
25. Cote EL, García TPO. La práctica médica y sus controversias jurídicas. Editorial: ECMLA S.A. de C.V., Vosgos 345, México 11000 D.F.
26. Tena TC, Sánchez GJ, Hernández GL. La práctica de la medicina y la responsabilidad médica. *Rev Med IMSS* 2003;41:407-413.

