

CLÍNICAS MEXICANAS DE GASTROENTEROLOGÍA 2024 VOLUMEN 4



Aspectos médico-legales que debe conocer
el Gastroenterólogo

Editores Titulares: Dr. Octavio Gómez Escudero,
Dr. José A. Velarde Ruiz Velasco, Dr. Enrique Coss Adame

Editores invitados: Dr. Juan Miguel Abdo Francis,
Dra. Elena López Gavito, Dr. José Luis Tamayo de la Cuesta

CLÍNICAS MEXICANAS DE GASTROENTEROLOGÍA 2024 VOLUMEN 4

Aspectos médico-legales que debe conocer
el Gastroenterólogo

Editores Titulares: Dr. Octavio Gómez Escudero,
Dr. José A. Velarde Ruiz Velasco, Dr. Enrique Coss Adame

Editores Invitados: Dr. Juan Miguel Abdo Francis,
Dra. Elena López Gavito, Dr. José Luis Tamayo de la Cuesta



Conacyt
Registro Nacional de Instituciones
y Empresas Científicas y Tecnológicas
Registro: 2200158

Dirección del Proyecto

Carlos Herver Díaz

Diseño y formación

Francisco Alberto Hernández de la Rosa

Corrección de estilo

Laura Elena Reina Barredo

Clínicas Mexicanas de Gastroenterología 2024 Volumen 4

*Aspectos médico-legales que debe conocer
el Gastroenterólogo*

Ira. edición © 2024

Editores Titulares

Dr. Octavio Gómez Escudero
Dr. José A. Velarde Ruiz Velasco
Dr. Enrique Coss Adame

Editores invitados

Dr. Juan Miguel Abdo Francis
Dra. Elena López Gavito
Dr. José Luis Tamayo de la Cuesta

Derechos Reservados © 2024

Asociación Mexicana de Gastroenterología, A. C.
Calle Nicolás San Juan 233, Col. del Valle, Benito
Juárez, CDMX, C.P. 03100

Publicado por

Advanced Marketing, S. de R.L. de C.V.
Calle San Francisco Cuautlalpan No. 102 Bodega
"D", Col. San Francisco Cuautlalpan, Naucalpan
de Juárez, Edo. de México, C.P. 53569
Tel: +52 55 2451 5151

ISBN Obra Completa: 978-607-577-159-5

ISBN Volumen 4: 978-607-577-290-5

Ninguna parte de este libro puede ser reproducida, archivada o transmitida en forma alguna o mediante algún sistema, ya sea electrónico, mecánico o de fotorreproducción, sin la previa autorización de los editores.

Impreso en México.

Índice

PRÓLOGO	7
PREFACIO	9
CAPÍTULO 1 Responsabilidad Profesional en Gastroenterología, Vías de Responsabilidad Civil, Penal, Laboral y Administrativa LL.M. David J. Sánchez Mejía, Lic. Andrea Bibiana Ramírez Sánchez	11
CAPÍTULO 2 Consentimiento Informado en Gastroenterología Dr. Germán Fajardo Dolci, Dra. Jennifer Hincapie Sanchez	23
CAPÍTULO 3 Medicina Defensiva y Medicina Asertiva: Enfoques Opuestos en la Atención Médica Dr. Francisco Campos Campos	35
CAPÍTULO 4 Libertad Prescriptiva en Gastroenterología Mto. Abraham Dávila Rodríguez, Dra. Elena López Gavito	51
CAPÍTULO 5 Expediente Clínico vs Expediente Electrónico en Gastroenterología Dra. María Eugenia Ordoñez Guitérrez, Dra. Abilene Escamilla Ortiz, Dra. Elena López Gavito, Dra. Vireli Franco Quiroz	59
CAPÍTULO 6 El Secreto Profesional y Objeción de Conciencia en el Campo de la Gastroenterología Dr. Éctor Jaime Ramírez Barba, Mto. Arturo Vázquez Guerrero, Mto. Carlos Arias Guzmán, Lic. Sergio Arias Franco	71
CAPÍTULO 7 Dilemas Éticos en la Práctica Profesional Dr. Alberto Lifshitz	79

CAPÍTULO 8	89
Guías de Práctica Clínica. Criterios de Aplicación Dr. Juan Miguel Abdo Francis, Dra. María del Carmen Dubón Peniche	
CAPÍTULO 9	99
Normas Oficiales Mexicanas de Importancia en la Gastroenterología Dr. Jose Ángel Córdova Villalobos	
CAPÍTULO 10	107
Responsabilidad del Médico en Etapa de Formación Dr. Ricardo Juan García Cavazos, Lic. Gonzalo Medina Hidalgo	
CAPÍTULO 11	123
Etiopatogenia del Conflicto Legal Dra. Elena López Gavito, Dra. Alejandra Noble Lugo	
CAPÍTULO 12	133
Inteligencia Artificial en Gastroenterología Dr. Jordán Zamora Godínez, Dr. Rigoberto Zamora Godínez, Dra. Ana Cinthia Zamora García, Jordán Zamora Palacios	
CAPÍTULO 13	151
Estado Actual en la Donación de Órganos y Trasplantes. Cuáles son los Requisitos de Acuerdo a la Ley General de Salud Dr. Hector Faustino Noyola Villalobos, Dra. Abogada Elena López Gavito	
CAPÍTULO 14	167
La Importancia de la Certificación Médica Dr. José Luis Tamayo de la Cuesta	

Prólogo

Los cambios que ha sufrido nuestra sociedad, en gran parte, son el resultado de la globalización, que se han traducido en un cambio constante en la innovación e investigación clínica. Han surgido diversos esquemas que requieren adaptaciones temporales y procedimentales que impactan en la dinámica de nuestro sistema de salud y se traducen en la complejidad de una práctica de Gastroenterología diferente, que demandan el amplio conocimiento de la normatividad y la legislación sanitaria vigente.

En México, la máxima autoridad legislativa en materia sanitaria es la Secretaría de Salud (SSA), un organismo perteneciente al poder ejecutivo federal de quien dependen las políticas públicas en salud, sus objetivos principales son la creación de políticas y normas sanitarias para mejorar el bienestar poblacional, establecer reglamentos para el cumplimiento por parte de las instituciones de salud públicas y privadas, supervisión y evaluación de las normas y estándares de salud, e implementar medidas correctivas para la seguridad sanitaria.

Para el gastroenterólogo, el conocimiento de los aspectos médico-legales es esencial para garantizar la práctica médica de manera segura, ética y conforme a la ley. En México la Secretaría de Salud (SSA) y COFEPRIS son las principales entidades responsables de la supervisión y regulación de la práctica médica, garantizando el cumplimiento de normativas cruciales como la Ley General de Salud y la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Estas regulaciones protegen tanto a los pacientes como a los profesionales de salud contra posibles litigios y sanciones.

El Médico Gastroenterólogo y su Compromiso Legal

Las diversas normas y reglas que forman parte de los deberes legales del médico gastroenterólogo, además de los principios universales, incluyen leyes nacionales y locales que regulan su práctica médica, los derechos del paciente y las responsabilidades de los profesionales de la salud, independientemente del ámbito en el que se desarrolle.

En cuanto a los conocimientos dirigidos a fortalecer y enaltecer su ética médica, el desempeño de su labor se enfoca en los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, los cuales juegan

un papel fundamental para asegurar que los profesionales cumplan con sus obligaciones.⁶ Estos documentos no solo especifican las competencias, deberes y estándares que deben seguir los profesionales, sino que, también, incluyen las sanciones correspondientes en caso de que estas normativas no sean respetadas.

El conocimiento de las leyes y regulaciones por parte de los médicos tiene una relación directa y significativa con la generación de confianza entre el médico y el paciente, fomenta la colaboración y cooperación entre el paciente y el profesional. Cuando los médicos conocen y aplican correctamente las normativas legales, pueden proporcionar a los pacientes información clara y completa sobre sus derechos y sobre los procedimientos médicos, facilitando un ambiente de transparencia que fortalece la confianza mutua.

Es por eso que la Asociación Mexicana de Gastroenterología tomo la iniciativa de dedicar un espacio para la publicación de estos temas en el Volumen IV de las Clínicas en Gastroenterología, que considero serán un referéndum de lectura obligada indispensable en el bagaje cultural del especialista.

Dra Abogada Elena López Gavito.

Socia Emerita AMG.

Prefacio

EDITORES

En este año 2024 la Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG) continuará el proyecto de las Clínicas de Gastroenterología de México iniciado por la gestión anterior, con dos cambios: los editores en jefe serán el Presidente en funciones, el Coordinador del Comité Científico y el Coordinador del Comité de la Revista de Gastroenterología y publicaciones de la AMG, y serán publicados en forma trimestral en número de 4 durante el presente año.

Los temas a cubrir en este año serán los siguientes:

1. Manifestaciones gastrointestinales de enfermedades sistémicas
2. Farmacología gastrointestinal-I
3. Farmacología gastrointestinal-II
4. Aspectos médico-legales que debe conocer el gastroenterólogo

En cada uno de los números se ha invitado a participar a tres editores huéspedes expertos en el tema, que han invitado a su vez a un grupo de gastroenterólogos de diferentes subespecialidades como colaboradores para cubrir los temas más relevantes de cada asignación.

Editores Titulares 2024

Dr. Octavio Gómez Escudero
Dr. José A. Velarde Ruíz Velasco
Dr. Enrique Coss Adame

AMG 2024 / Innovación, Ciencia y Convivencia

Capítulo 1

Responsabilidad Profesional en Gastroenterología, Vías de Responsabilidad Civil, Penal, Laboral y Administrativa

LL.M. David J. Sánchez Mejía^A, Lic. Andrea Bibiana Ramírez Sánchez^B

INTRODUCCIÓN

La complejidad propia de la actuación médica y la multiplicidad de interacciones sociales reguladas que le rodean, hacen que exista una necesidad creciente en que los profesionales de la salud posean ciertos conocimientos de índole jurídico, ya no solo respecto de su propia actividad, sino, también de otros muchos ámbitos que se encuentran asociados a ella, como lo pueden ser los de carácter fiscal, laboral, administrativo o de privacidad, por mencionar algunos, y cuyo incumplimiento trae aparejado diversos riesgos jurídicos.

El presente capítulo tiene por objeto ofrecer a las personas especialistas en gastroenterología información puntual sobre aquellos aspectos legales más relevantes a tomar en consideración en su práctica cotidiana.

Para ello, el capítulo se dividirá en tres secciones. La primera, en la que se explicitará —desde el derecho— los requisitos que deben cumplirse para ejercer la especialidad en gastroenterología, así como la fundamentación legal que determina el estándar de cuidado esperado de dichas personas especialistas. La segunda, en la que se detallará el concepto de responsabilidad y los distintos tipos de esta y la tercera, en la que se abordará la importancia en el manejo del expediente clínico, desde la perspectiva de la protección de datos.

^AFacultad de Medicina de la UNAM. Socio Consultoría Cossío & Sánchez, S.C.

^BCoordinación de Asesores Presidencia de la SCJN.

EJERCICIO DE LA GASTROENTEROLOGÍA EN MÉXICO

La práctica de todas las especialidades médicas reconocidas en México se encuentra sujeta a un marco normativo específico que hace indispensable que la persona que desee ejercer alguna de ellas, cumpla con los distintos requisitos previamente establecidos.

La Ley General de Salud prevé que, para realizar cualquier “procedimiento médico quirúrgico” de especialidad, los profesionales deberán contar con cédula de especialista legalmente expedida por las autoridades educativas competentes y con certificado vigente de especialista expedido por el consejo que corresponda. Algunas personas han llegado a considerar que los requisitos establecidos en la ley, únicamente, son obligatorios para aquellas personas especialistas que realizan labores quirúrgicas y no, así, para quienes solamente realizan actividades clínicas.

Dicha apreciación es incorrecta. La Secretaría de Salud Federal ha definido como “procedimiento médico quirúrgico” a cualquier actividad médica, incluidas aquellas que se lleven a cabo en una sala de cirugía de tipo hospitalario o ambulatorio, bajo diversos tipos de anestesia, que requiere de cuidados pre, trans y posoperatorios especiales en áreas de hospitalización o, en su caso, en salas de recuperación ambulatoria. En ese sentido, resulta evidente que, si bien la Secretaría de Salud hizo especial énfasis en las actividades médicas que se realizan dentro de una sala de cirugía, la definición adoptada por la autoridad sanitaria incluye dentro de la categoría de “procedimiento médico quirúrgico” a todas las actividades de índole médico, es decir, a todas aquellas de carácter preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, con independencia del sitio en que se practiquen.

Hasta aquí, se puede observar que aquellas personas que deseen practicar la gastroenterología en México deben contar con una cédula profesional y un certificado vigente de la especialidad, pues el incumplimiento de cualquiera de dichos requisitos acarreará, necesariamente, consecuencias jurídicas.

Definido quién puede practicar legalmente la especialidad, es indispensable establecer cómo se encuentra delimitado jurídicamente el campo de actuación de las personas especialistas y dónde puede ser identificado. Las normas jurídicas que delimitan el actuar profesional de estos especialistas comprenden, tanto sus derechos como las obligaciones frente a pacientes e instituciones, estas obligaciones son las que determinan el estándar profesional del médico especialista.

Lo anterior es relevante ya que, cuando bajo ciertas circunstancias y condiciones alguna o varias de estas obligaciones se incumple, la

actuación del o la especialista se podrá considerar negligente, en virtud de que dicha actuación, se desvía del estándar de cuidado esperado.

En esa línea, los y las especialistas en gastroenterología deben tener presente que su actuar profesional se encuentra normado, principalmente, por la Ley General de Salud, los reglamentos que de ella emanen, las normas oficiales mexicanas y la *Lex Artis Ad Hoc* emitida por el Consejo Mexicano de Gastroenterología, A.C.

La *Lex Artis Ad Hoc* es definida por la Secretaría de Salud como el conjunto de reglas y conocimientos generados para el ejercicio de una especialidad médica, contenidos en distintos medios de almacenamiento, conservación y consulta, acerca de técnicas y procedimientos que han sido universalmente aceptados, que se basan en los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica. Dicha definición es importante para distinguir el alcance jurídico que tienen las normas jurídicas y el contenido de la *Lex Artis Ad Hoc* al momento de valorar la actuación profesional. Mientras que las primeras deben de ser consideradas como de estricto cumplimiento, las segundas podrán ser entendidas como criterios de orientación.

Esta distinción no es menor, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha sostenido que las guías o protocolos médicos corresponden a criterios de prudencia que permiten definir lo que se considera el estado de la ciencia para una práctica médica adecuada y prudente, pero que, cabe apartarse de su contenido si, bajo su juicio clínico, el caso concreto exige una actuación diferente, pero su justificación deberá ser más rigurosa y exhaustiva.

Con lo hasta aquí expuesto hemos identificado, por un lado, los requisitos para el ejercicio profesional en gastroenterología y, por otro, aquellas normas jurídicas y criterios de orientación que delimitan el actuar profesional de la especialidad.

Ahora bien, el análisis que se haga de la actuación profesional de un especialista en gastroenterología deberá tener en cuenta, al menos, tres elementos. En primer lugar, que “el médico no puede garantizar, por tanto, la curación del enfermo, pero sí el empleo de las técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso”, es decir, el médico cuenta con una obligación de medios o de actividad diligente en el ejercicio de su profesión. En segundo lugar, que los tribunales nacionales han reconocido que “el acto médico es una actuación compleja que debe ser examinada en su conjunto a fin de valorar la presencia o no de una conducta reprochable” y, en tercer término, que “(e)l ejercicio de la ciencia médica trae aparejados ciertos

riesgos que no siempre pueden evitarse, por lo que para responsabilizar al personal médico-sanitario por los daños ocasionados en los procedimientos a su cargo, debe probarse un actuar negligente”.

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

La responsabilidad, en términos amplios, debe entenderse como la posibilidad de que una persona sea sancionada por el incumplimiento de una obligación que le era exigible por una norma jurídica. Existen distintas maneras de clasificar los distintos tipos de responsabilidad: (1) por las personas destinatarias de la sanción (directa o indirecta) o (2) respecto a los elementos de la conducta susceptible de ser sancionada (objetiva o subjetiva). En esta sección se abordará la responsabilidad desde las distintas materias en que esta puede ser atribuida.

RESPONSABILIDAD CIVIL

De acuerdo con la legislación en materia civil, para que se incurra en una responsabilidad, primero debe de existir un daño o perjuicio, siendo el daño considerado como un menoscabo o pérdida en el patrimonio, en este caso, en la salud de un paciente derivado de la falta de cumplimiento de una obligación o de un deber de cuidado. En este caso, esta responsabilidad conlleva a la obligación de indemnizar al paciente.

En materia civil existen dos tipos de responsabilidad. La contractual, que se desprende de la existencia de un contrato previo, es decir, del incumplimiento de alguna o varias de las obligaciones establecidas por medio de un acuerdo entre las partes, ya sea de manera verbal o escrita; y la extracontractual, que surge ante el daño causado por una obligación no acordada por las partes.

A su vez, respecto a la responsabilidad extracontractual, esta puede ser de dos tipos: la objetiva y la subjetiva. La primera de ellas deriva de que se ocasione un daño sin que exista la voluntad de hacerlo, por ejemplo, al causar un daño utilizando objetos peligrosos. Mientras que la segunda, surge porque se causa un daño por culpa, impericia o negligencia.

Al respecto, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha sido consistente en señalar el tipo de responsabilidad que se origina por daños ocasionados por actividades médico-sanitarias, de lo cual decidió lo siguiente:

“En daños ocasionados en actividades médico-sanitarias la responsabilidad es de carácter extracontractual y de índole subjetivo. El tipo de daños originados en estas actividades no pueden ser aceptados por el paciente cuando decide someterse a un evento quirúrgico, ya que se encuentran fuera del ámbito contractual al tratarse de bienes jurídicos indisponibles —como la salud, integridad física o la vida—, y para su reclamación debe probarse un actuar negligente”.

Dicha determinación se adoptó bajo la consideración de que el actuar médico se rige bajo deberes de un actuar diligente que va más allá del contenido de un contrato. La Corte señaló que los profesionales pueden tener un deber en concreto, derivado del contrato de prestación de servicios, pero también un deber genérico que va más allá de lo que se pudo pactar en el contrato, consistente en observar la diligencia correspondiente a su profesión. Es decir, la responsabilidad médica va más allá del ámbito de la responsabilidad contractual porque existen deberes que sobrepasan los que pudieran estar contenidos en el contrato de prestación de servicios pactado por las partes.

En ese sentido, el especialista en gastroenterología podrá ser considerado civilmente responsable cuando se demuestre que su actuar ilícito —contrario a la ley o al estándar de cuidado que le era exigible— haya ocasionado un daño y que entre ambos existe un nexo causal. Así entonces, tenemos que la responsabilidad civil de los especialistas en gastroenterología será del tipo subjetivo y extracontractual.

RESPONSABILIDAD PENAL

La responsabilidad penal es aquella a la que se sujetará a un especialista cuando se demuestra que realizó o participó una conducta prohibida, específicamente, por los Códigos Penales —federal o estatal, según sea el caso— o la Ley General de Salud. Los delitos se clasifican en dolosos o culposos. En los primeros, la persona conoce que la conducta se encuentra prohibida, pero, pese a ello, decide realizarla. En los segundos, la persona no prevé el resultado de su conducta siendo previsible o previó confiando en que no se produciría el resultado debido a una violación a un deber de cuidado.

La consecuencia que enfrentará el especialista que cometa algún delito será una pena de prisión y/o el pago de una multa, así como la obligación de reparar el daño que haya ocasionado con su actuar.

Es común que con motivo de la práctica médica se invoquen los delitos de lesiones u homicidio. Sin embargo, estas conductas no son las

únicas que el especialista médico debe conocer, pues existen otros delitos que le pueden ser imputados a nivel federal, como la eutanasia, el suicidio asistido, la negativa de brindar asistencia sin causa justificada cuando está en peligro la vida en caso de notoria urgencia, el cobro por la aplicación de vacunas en establecimientos públicos, impedir la salida de un paciente, retener a un recién nacido o condicionar la entrega de un cadáver por razones económicas, por mencionar algunos.

Asimismo, el Código Penal Federal prevé la responsabilidad profesional como aquella que puede atribuirse a los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, y cuyas consecuencias pueden ser la suspensión temporal o definitiva del ejercicio profesional, así como la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares.

Es importante tener presente que un médico podría ser demandado civilmente y denunciado penalmente por un mismo acto médico respecto del cual se considere que actuó de manera negligente, ello es así porque la responsabilidad penal que pueda atribuirse no excluye la posibilidad de que por la misma actuación se le pueda considerar, civil o administrativamente, responsable.

RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA

Las personas especialistas en gastroenterología que tienen el estatuto de servidores públicos, por estar sujetas a una relación laboral con una entidad estatal, son susceptibles de ser responsables administrativamente. Los servidores públicos se encuentran sujetos a observar los principios de honradez, legalidad, lealtad, imparcialidad y eficiencia. Las consecuencias de este tipo de responsabilidades dependen del tipo de falta en que incurran los sujetos obligados, siendo faltas administrativas disciplinarias o sancionatorias, de las cuales se desencadenan diversas consecuencias como: la suspensión del empleo, cargo o comisión, destitución del empleo, sanción económica, inhabilitación, apercibimientos o amonestaciones.

En este tipo de responsabilidad el servidor público es sujeto de un procedimiento administrativo que lleva a cabo la institución en la que labora.

Por otro lado, la figura de “responsabilidad patrimonial del estado” se deduce del daño ocasionado a un particular por el actuar irregular del Estado, como podría ser aquel daño ocasionado por un actuar negligente de un servidor público, ante lo cual el Estado será responsable de reparar

los daños causados. En ese sentido, la actividad irregular comprenderá la prestación deficiente de un servicio público, como puede ser la atención médica.

Consecuentemente, la actuación negligente que cause un daño a los bienes o derechos de las personas pacientes por parte del personal médico que labora en las instituciones que integran el sector público del Sistema Nacional de Salud podrá originar la responsabilidad del Estado, pues esta se desprenderá del incumplimiento de las prescripciones de la ciencia médica al desempeñar sus actividades. En otras palabras, el Estado será responsable cuando los servidores públicos no se sujetan a las técnicas médicas y/o científicas exigibles y esperables para dichos servidores conforme a la *Lex Artis Ad Hoc* de un caso concreto, o bien, al deber de actuar con la diligencia que exige la *Lex Artis Ad Hoc* de su especialidad.

MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Como se indicó previamente, la práctica médica se encuentra rodeada de otro tipo de interacciones sociales que se encuentran reguladas y que amplían el espectro de las obligaciones a cargo de las personas médicas especialista. Un ejemplo de lo anterior es el manejo del expediente clínico. Tradicionalmente, el expediente clínico era entendido como un documento exclusivo para el correcto registro del desarrollo de las actividades médicas a las que se sujetaba una persona y que, ocasionalmente, era susceptible de ser analizado por las autoridades en caso de que se presentara una controversia de carácter legal para determinar alguno de los tipos de responsabilidad previamente descritos.

Hoy eso ha cambiado. El reconocimiento de los derechos a la salud, identidad personal y protección de datos personales de los pacientes, ha implicado que el expediente clínico deje de ser entendido como un documento exclusivamente médico y sea considerado uno donde se concentra el correcto ejercicio de derechos interdependientes de los pacientes.

El manejo del expediente clínico por parte de los profesionales de la salud puede ser analizado desde distintas perspectivas; cada una, a su vez, con un marco normativo aplicable cuyo incumplimiento puede tener diferentes consecuencias jurídicas.

La aproximación hacia un correcto manejo del expediente clínico puede darse desde la perspectiva del sector de su origen (público, privado o

social) y la modalidad en que este sea elaborado (físico o electrónico). Las fuentes normativas variarán según el supuesto en que se encuentre la persona especialista.

Origen	Modalidad	Marco normativo aplicable
Sector Público*	Físico	<ul style="list-style-type: none"> • Ley General de Salud (LGS). • Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (LGPDPPO). • Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (RLGSPSAM). • NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.
	Electrónico	<ul style="list-style-type: none"> • LGS • LGPDPPSO • RLGSPSAM • NOM-004-SSA3-2012 • NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
Sector privado y social	Físico	<ul style="list-style-type: none"> • LGS • Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP). • RLGSPSAM • Reglamento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (RLFPDPPP). • NOM-004-SSA3-2012 • NOM-024-SSA3-2012
	Electrónico	<ul style="list-style-type: none"> • LGS • LFPDPPP • RLGSPSAM • RLFPDPPP • NOM-004-SSA3-2012
<ul style="list-style-type: none"> • *Adicionalmente, el médico se encontrará sujeto a la normativa en la materia que rija la Institución en la que labore (IMSS, ISSSTE, IMSS-BIENESTAR, etcétera). 		
<ul style="list-style-type: none"> • Tabla 1. Elaboración propia. 		

Como puede observarse, será distinto el conjunto de disposiciones que deberá observar un especialista en gastroenterología que trabaja en una institución pública de salud y cuyo expediente se integra de manera electrónica, a aquel que lo hace de manera física dentro del sector privado. Asimismo, las sanciones a las que se encuentran sujetos por un incumplimiento; mientras que en el caso del sector público la persona especialista podría ser sujeta a un procedimiento de responsabilidad administrativa,

en el sector privado se le podría sujetar a un procedimiento que resulte en el establecimiento de una multa.

En ese sentido, deberá tenerse presente que además de las obligaciones de forma y fondo previstas en la regulación sanitaria, el manejo de los expedientes clínicos se encuentra sujeto a la observancia de diversos principios, deberes y obligaciones por parte de médicos e instituciones, previstos por la legislación en materia de protección de datos personales, entre los que destacan el Aviso de Privacidad y el consentimiento para el tratamiento de datos.

Una de las situaciones fácticas que mayores inquietudes y reacciones genera por parte del personal de salud respecto al expediente clínico es cuando las personas pacientes solicitan una copia de su expediente clínico. Algunas personas e instituciones consideran que basta la elaboración de un resumen del contenido del expediente para satisfacer la solicitud de las personas. Sin embargo, esto es incorrecto y debe ser considerado como una mala práctica.

La legislación especial de protección de datos personales reconoce el derecho de sus titulares a tener acceso a los datos personales que son tratados por un sujeto obligado o un particular. Esta obligación se traduce en el deber de entregar bajo el medio previsto en el aviso de privacidad una copia del expediente solicitado siempre que la solicitud cumpla con los requisitos previstos en la ley y el responsable del tratamiento de la información no se encuentre exceptuado de su cumplimiento.

Al respecto, el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI) ha sido consistente en señalar que el expediente clínico contiene información relacionada con el estado de salud del paciente, por lo que con independencia de que en este puedan existir anotaciones, opiniones, interpretaciones y criterios de los profesionales de la salud que trataron al paciente, estas se ubican en la definición de datos personales, pues no se generaron de forma abstracta, sino, en clara relación con el estado de salud del paciente y su evolución. De tal forma, no cabe la posibilidad de que el titular de dichos datos —el paciente— acceda a ellos de manera completa.

El manejo del expediente electrónico a la luz, tanto de la regulación sanitaria como de la legislación especial en protección de datos personales, es solo un ejemplo de la multiplicidad de interacciones que la práctica médica tiene con otras ramas del derecho y que, por tanto, hace necesario un mayor involucramiento por parte de los especialistas en el conocimiento de sus demás deberes legales y su cumplimiento.

REFERENCIAS

1. Ley General de Salud, artículo 272 bis.
2. ACUERDO por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud, para la aplicación de lo dispuesto por el artículo 272 Bis y el Título Cuarto de dicha Ley, Diario Oficial de la Federación, 25 de marzo de 2015
3. Ley General de Salud, artículo 33
4. Op cit.
5. Tesis Aislada 1a. XXVI/2013 (10a.) de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XVI, Enero de 2013, Tomo 1, página 636.
6. Amparo en Revisión 584/2013, párrafo 170, reiterado, entre otros, en el Amparo Directo 51/2013, párrafo 91, fallados por esta Primera Sala, el primero, el cinco de noviembre de dos mil catorce por unanimidad de cinco votos, y el segundo, el dos de diciembre de dos mil quince, por unanimidad de cuatro votos.
7. Galán Cortés, Julio César, Responsabilidad Civil Médica. 8ª ed., marzo 2022. Pag RB-3.1.
8. Tesis aislada 1a. XXIV/2013 (10a.), emitida por la Primera Sala, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, Libro XVI, enero de 2013, tomo 1, página 621.
9. SCJN, Primera Sala, Amparo Directo 30/2013, 26 de febrero de 2014.
10. Artículos 7, 8 y 9 de Código Penal Federal
11. Artículos 289 a 293 del Código Penal Federal.
12. Artículos 302 a 304 del Código Penal Federal.
13. Artículo 166 BIS 21 de la Ley General de Salud
14. Artículo 469 de la Ley General de Salud

15. Artículo 462 bis 1 de la Ley General de Salud
16. Artículo 230 del Código Penal Federal
17. Artículos 228 y 229 del Código Penal Federal
18. Cfr. Cossío Barragán, J.R. y Sánchez Mejía, D.J., Responsabilidad Profesional del Médico, Nuevo Tratado de Cirugía General. (en proceso de publicación)
19. Ibid.
20. Tesis de Jurisprudencia 1a./J. 129/2012 (10a.) de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta.
21. Libro XIX, Abril de 2013, Tomo 1, página 899.
22. Tesis 1a. CLXXII/2014 (10a.) de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Décima Época, Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 5, abril de 2014, Tomo I, página 818.
23. Cfr. Cossío Barragán, J.R. y Sánchez Mejía, D.J., Responsabilidad Profesional del Médico, Nuevo Tratado de Cirugía General. (pendiente de publicación)
24. Criterio de interpretación PP/007/2023 adoptado por el Pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, Tercera Época, ACT-PUB/29/11/2023.10
25. Criterio de interpretación SO/004/2009 adoptado por el Pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, Primera Época

Capítulo 2

Consentimiento Informado en Gastroenterología

Dr. Germán Fajardo Dolci^A, Dra. Jennifer Hincapie Sanchez^B

El respeto por las decisiones que toman las personas forma parte de la moral común, lo que implica un acuerdo colectivo que reconoce la capacidad de los demás para el autogobierno y la autodeterminación. Sin embargo, parece no haber consenso sobre los límites y alcances de la autonomía cuando se trata de decisiones relacionadas con la salud de los individuos.

Immanuel Kant (1724-1804) sostiene que el respeto por la autonomía radica en el reconocimiento de que todas las personas poseen un valor intrínseco e incondicional. Este valor, junto con la capacidad de determinar su propio destino, nos revela la dignidad humana,¹ la cual debe entenderse como inherente a los seres humanos, inviolable, imprescriptible, irrenunciable, abstracta y universal, sin distinción de creencias, género, cultura, afinidad genética, entre otros factores. “[...] el hombre, y en general todo ser racional, existe como fin en sí mismo, no solo como medio para usos cualesquiera de esta o aquella voluntad; debe en todas sus acciones, no solo las dirigidas a sí mismo, sino las dirigidas a los demás seres racionales, ser considerado siempre al mismo tiempo como fin.”²

El reconocimiento y respeto por la autonomía de los pacientes ha transformado radicalmente el ejercicio de la medicina. Mientras que hasta mediados del siglo XX se consideraba que el principio de beneficencia era el eje rector para todos los profesionales de la salud, hoy en día no es posible

^ADirector General Dirección General de Atención a la Salud, Universidad Nacional Autónoma de México.

^BDirectora Programa Universitario de Bioética, Universidad Nacional Autónoma de México.

materializarlo sin acompañarlo del respeto por la autonomía. Este respeto no solo dignifica al paciente como persona, sino que, también le permite ser un agente activo y participativo en el proceso de restablecimiento de su salud. De este modo, el principio de autonomía se consolida como el pilar fundamental para la implementación del consentimiento informado.

Aunque las ciencias de la salud se han caracterizado por ser disciplinas complejas, en las que confluyen el conocimiento de ciencias exactas (como la biología, química y medicina) y ciencias humanas (como la lógica, la experiencia personal y la experiencia social), a mediados del siglo pasado, cuando el enfoque científico prevalecía en el ámbito de la biomedicina, se produjo un momento de fuerte agitación social. Esta agitación surgió debido a la reconsideración del valor inherente del ser humano y la relativización de la deontología de los profesionales de la salud, desencadenada por la exposición pública de investigaciones e intervenciones médicas que presentaban serias falencias en su planteamiento ético.

Tales son los casos de la experimentación médica con prisioneros durante la Segunda Guerra Mundial, el desastre de la Talidomida en 1961, el caso de la toma de la muestra que dio origen a las células HeLa, utilizadas en todo el mundo, y el experimento Tuskegee, por mencionar solo algunos ejemplos.

Esta conciencia sobre la importancia del ser humano, por el valor intrínseco de su existencia, permitió el surgimiento de dos grandes hitos históricos que fundamentan la ética biomédica y, con ella, el consentimiento informado. El primero es la institucionalización, en 1963, de la *National Commission on the Humanities*, que, posteriormente, se consolidó en 1970 como el *Institute on Human Values*. Esta evolución impulsó la exigencia de enseñar humanidades médicas en todas las escuelas y facultades de medicina de los Estados Unidos, un modelo que luego se replicó en Latinoamérica y otros países. El segundo hito es la creación, en 1974, de la Comisión Nacional para la Protección del Ser Humano frente a las Investigaciones Biomédicas y de Conducta, cuyo objetivo era “identificar los principios éticos básicos en los que debe basarse la investigación con seres humanos y desarrollar directrices que aseguren que tal investigación se realice de acuerdo con esos principios”. Esto culminó en 1978 con la publicación del Informe Belmont, que propuso tres principios fundamentales de la ética biomédica, entre ellos, el concepto de respeto por la autonomía.

Beauchamp y Childress, autores del libro *Principios de la Ética Biomédica*, afirman que el respeto por la autonomía “[...] debe ser activo y no simplemente una actitud. Implica no solo la obligación de no intervenir

en los asuntos de otras personas, sino también la de asegurar las condiciones necesarias para que su elección sea autónoma, mitigando los miedos y todas aquellas circunstancias que puedan dificultar o impedir la autonomía del acto [...].”³

Vale la pena mencionar que algunas teorías afirman que toda persona autónoma debe tener la capacidad de autogobierno, lo que incluye comprensión, razonamiento, reflexión y elección independiente. Sin embargo, es posible que, aun contando con todas estas características, no se puedan tomar decisiones de manera plenamente autónoma debido a limitaciones temporales impuestas, como el temor, algún tipo de vulnerabilidad de carácter social o económico, depresión, entre otros. Al respecto, Florencia Luna menciona: “No existe una vulnerabilidad sólida y única. Puede haber diferentes vulnerabilidades, diferentes capas operando. Estas capas pueden superponerse: algunas de ellas pueden estar relacionadas con problemas con el consentimiento informado, otras con violaciones de los derechos humanos, con circunstancias sociales o con las características de la persona involucrada.”³

En términos generales, las vulnerabilidades son limitaciones para el ejercicio de la autonomía de los pacientes y, cuando estas situaciones se presentan, la validez del consentimiento informado puede quedar en entredicho.

Para ejemplificar, se propone un caso breve: Una paciente de 65 años, diagnosticada con cáncer gástrico (CG) en etapa IV, cuenta con una escasa red de apoyo familiar. Su cuidador principal es su esposo, ambos son analfabetos y viven en pobreza extrema. Se le propone participar en un estudio de efectividad de un tratamiento con anticuerpos monoclonales en un instituto de gran prestigio en su país. La paciente acepta y firma más de 18 consentimientos informados. Se le realizan pruebas diagnósticas y recibe las primeras dos dosis del tratamiento cubiertas por el estudio. Se le solicita regresar en un mes para seguimiento y para recibir las siguientes dosis. Sin embargo, transcurridos dos meses, la paciente no se presenta en la institución de salud, por lo que se pide apoyo al área de trabajo social para dar seguimiento al caso.

Durante el proceso, el equipo de trabajo social descubre que la situación económica de la paciente es extremadamente precaria y que la dirección que proporcionó como lugar de residencia corresponde a un albergue al que solo puede acceder en ocasiones. Cuando se le pregunta por las razones de su ausencia, a pesar de su compromiso como participante del estudio, la paciente explica que no tiene suficiente dinero para el transporte público y que, en realidad, no comprende nada de lo que está sucediendo.¹

Este tipo de casos no son extraordinarios en países donde la pobreza aún afecta a un porcentaje considerable de la población. Sin embargo, en sistemas de salud, entre profesionales completamente sensibilizados con el respeto a la autonomía de los pacientes y considerando la importancia del consentimiento informado, surge una pregunta importante: ¿Cómo firmó la paciente las cartas de consentimiento informado? ¿Se tomaron en cuenta las múltiples vulnerabilidades de la paciente, que sin duda afectaron su capacidad para otorgar una autorización plenamente informada para participar en el estudio? Al respecto, Beauchamp y Childress afirman: “Una persona autónoma que firma un informe de consentimiento sin leerlo o entenderlo tiene la capacidad para actuar autónomamente, pero en esta ocasión no lo ha hecho.”⁴

Con el ejemplo anterior se consolida la propuesta del respeto por la autonomía como pilar fundamental del consentimiento informado y sus implicaciones. De este modo, se pueden identificar al menos dos tipos de autonomía:

1. La autonomía que atribuimos a los pacientes para seguir un plan de vida y asumir las implicaciones de ello.
2. La autonomía conjunta, en la que se reconoce y otorga la posibilidad de participación en la toma de decisiones a los profesionales de la salud.

El ejercicio de estas dos manifestaciones de la autonomía no sería posible sin el establecimiento del proceso comunicativo que implica el consentimiento informado.

A lo largo de la historia de la humanidad se han elaborado diversos documentos que han sido utilizados para delinear un marco de actuación en el ejercicio de la medicina. Entre ellos se encuentran el Código de Hammurabi (1750 a.C.), el Juramento Hipocrático (siglo IV a.C.), la Declaración de Ginebra (1948) y la Declaración de Helsinki (1964).

El consentimiento informado tiene sus antecedentes históricos en el Código de Núremberg, redactado por el psiquiatra Leo T. Alexander y el fisiólogo Andrew C. Ivy. Conocido como el primer código internacional de ética para la investigación con seres humanos, fue publicado el 19 de agosto de 1947 bajo el precepto hipocrático *primum non nocere* (lo primero, no hacer daño). Este código se originó a partir de los juicios a un grupo de médicos acusados de realizar experimentos en seres humanos sin su autorización, lo que resultó en graves daños a la salud e, incluso, en la pérdida de vidas durante la Segunda Guerra Mundial. Sin embargo, es

importante mencionar que en 1931, en Alemania, el Ministerio del Interior del Reich dictó las Directrices para Nuevas Terapias y Experimentación en Humanos que ya recogían la doctrina legal del consentimiento informado. Estas directrices prohibían la experimentación con moribundos y personas en necesidad económica o social, exigían el respeto a la proporcionalidad riesgo/beneficio y establecían la necesidad de experimentación previa en animales.⁵

En México, desde hace más de dos décadas, se han publicado documentos legales y normativos relativos al consentimiento informado. Estos incluyen la Ley General de Salud, publicada en 1984, en los artículos 100, fracción IV, 324 y 327;⁶ el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, publicado en 1986, que señala en el artículo 80: "En todo hospital y, siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines diagnósticos o terapéuticos, los procedimientos médico quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma. Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente."⁷ Otros ejemplos de consentimiento informado se encuentran en la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, publicada en 1985;⁸ el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, publicado en 1987;⁹ y la Carta de los Derechos Generales de las y los Pacientes, en sus artículos 4.º y 5.º¹⁰

Como podemos observar, el establecimiento del consentimiento informado como un derecho es relativamente reciente y está dispuesto, incluso, en normativas nacionales, lo que otorga prioridad a las decisiones de los pacientes respecto a las intervenciones médicas. Este proceso responde a la modernización del concepto de ciudadanía y a la necesidad de replantear el paternalismo, ya que este enfoque no estaba en consonancia con el respeto por las individualidades y diversidades de las personas, ahora reconocidas en los espacios sociales y políticos.

El consentimiento informado es mucho más que un simple formato, o una carta de autorización o rechazo por parte del paciente al tratamiento recomendado por los profesionales de la salud. Aunque las cartas de consentimiento informado son la forma tangible de expresar respeto por la autonomía de los pacientes, es casi imposible que en ellas se plasme todo el contenido y la complejidad del proceso de comunicación que implica.

De este modo, se puede afirmar que el consentimiento informado es el proceso de comunicación que se desarrolla en el marco de la relación médico-paciente. “El consentimiento informado, más que un documento formal, es un modelo de una relación virtuosa entre los profesionales de salud y los pacientes (y sus familiares), donde el respeto por la autonomía y autodeterminación del sujeto afectado por la enfermedad, es el principio más importante en el proceso de decisión del paciente, acompañado por el médico.”¹¹

El consentimiento informado es el pilar fundamental en la práctica médica moderna, representando un compromiso ético y legal esencial entre los profesionales de la salud y el paciente. La gastroenterología, como especialidad médica, abarca una amplia gama de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que van desde la toma de muestras no invasivas hasta las endoscopías y tratamientos complejos para las enfermedades de los órganos digestivos. Cada uno de estos procedimientos conlleva beneficios y riesgos que deben ser clara y exhaustivamente comunicados al paciente.

De acuerdo con la *British Society of Gastroenterology* (BSG), la complejidad y los posibles efectos adversos de los procedimientos gastrointestinales requieren una comunicación detallada y comprensible para asegurar que los pacientes tomen decisiones informadas sobre su salud.¹² Además, la *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* (ASGE) subraya que la eficacia del consentimiento informado depende de la capacidad del médico para adaptar la información al nivel de comprensión del paciente y asegurarse de que todas sus preguntas sean respondidas adecuadamente.¹³

La sociedad moderna exige que los sistemas de salud y los profesionales de la salud adopten principios y valores que respeten la dignidad y los derechos de los pacientes y sus familias. Estos tienen el derecho de estar adecuadamente informados sobre su enfermedad, las posibles causas, el pronóstico, en la medida de lo posible, las alternativas de manejo terapéutico y/o cuidados paliativos.

El progreso de la medicina ha permitido prolongar la expectativa de vida en diversos ámbitos, desde la planificación de una vida saludable mediante dietas balanceadas, ejercicio y evitando sustancias que dañen el cuerpo, hasta la implementación de medidas clínicas que, en algunos casos, pueden llegar a la futilidad.

Una situación dilemática que ejemplifica este desafío es el conocido caso «Baby Doe»: “El 9 de abril de 1982 nació en Bloomington, Indiana,

un niño con múltiples patologías, entre ellas Síndrome de Down, fístula traqueoesofágica y atresia esofágica. En este caso una temprana operación habría tenido más de 90% de posibilidades de éxito, lo cual fue corroborado por su médico de la familia y su pediatra. Sin embargo, el obstetra de referencia Walter Owens, minimizó este hecho cuando discutió el tema con los padres y enfatizó en su asesoría médica los problemas del Síndrome de Down. Los padres decidieron no permitir la operación. Para el caso público el niño se denominó "Baby Doe" [...] El 30 de Abril la Secretaría de Servicios Humanos y de Salud prohibió la discriminación en contra de los discapacitados en casos futuros. Subsecuentemente, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS) dictaminó que es ilegal y discriminatorio suspender la alimentación o el soporte médico de pacientes nacidos discapacitados."¹⁴

Desde hace más de cuatro décadas se ha brindado soporte nutricional a través de gastrostomías endoscópicas percutáneas, promoviendo la idea de que todo paciente, independientemente de su condición o pronóstico clínico, debe recibir soporte nutricional.

Un ejemplo contrastante es el caso Bouvia (1986, Estados Unidos), que involucró a una mujer de 28 años con parálisis cerebral severa, postrada en cama, inmóvil y con dolor constante e incapacitante, secundario a artritis degenerativa y espasticidad. La paciente sufrió un deterioro nutricional severo, lo que llevó a que se le realizara una gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) en contra de su voluntad. La paciente solicitó el retiro de la GEP, pero se le negó, argumentando que sería considerado un «suicidio». Finalmente, en una apelación, el tribunal permitió el retiro de la GEP, basándose en que negarse a recibir algún tipo de cuidado médico es un derecho fundamental de toda persona competente. La paciente falleció poco tiempo después.¹⁵ Al analizar estos casos, se evidencia la ausencia de una comunicación clara y fundamentada en el respeto por las decisiones del paciente.

El concepto de consentimiento informado está compuesto por dos grandes elementos: el componente informativo y el componente de consentimiento. El primero se refiere al gran compromiso ético con el paciente y sus familiares de proporcionar información clara, suficiente y adecuada, que sea comprensible y que sirva como base para la toma de decisiones. El segundo elemento se refiere, específicamente, al acto de consentir o, en su caso, rechazar. Este acto se formaliza con la firma de las cartas de consentimiento informado, las cuales deben cumplir con al menos siete criterios, según lo mencionado por Beauchamp y Childress:¹⁶

I. Elementos Iniciales (condiciones previas).

1. Competencia (para entender y decidir).
2. Voluntariedad (al decidir).

II. Elementos informativos.

3. Exposición (de la información material).
4. Recomendación (de un plan).
5. Comprensión (de 3 y 4).

III. Elementos de consentimiento.

6. Decisión (a favor de un plan).
7. Autorización (del plan elegido)."

Las cartas de consentimiento bajo información, como se definen en la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico,¹⁷ son documentos escritos y firmados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepta, con la debida información sobre los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios.

Estas cartas se sujetan a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, son revocables, mientras no haya iniciado el procedimiento para el que se otorgaron, y no obligan al médico a realizar u omitir un procedimiento, cuando esto implique un riesgo injustificado para el paciente. Esto significa que es necesario informar detalladamente al paciente sobre su padecimiento, las alternativas terapéuticas, las posibles complicaciones y las secuelas o riesgos inherentes a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, con el fin de que el paciente pueda decidir y, en su caso, autorizar los procedimientos médicos de forma voluntaria, consciente, libre y responsable.

Deben contener, como mínimo, la siguiente información: nombre de la institución; nombre, razón o denominación social del establecimiento; título del documento; lugar y fecha en que se emite; acto autorizado; señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado; autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; nombre completo y firma de los testigos.

El consentimiento informado reconoce y regula el derecho del paciente a la información, proporcionándole los conocimientos necesarios para

evitar interpretaciones erróneas de los procedimientos de atención médica. Además, permite que el paciente y su familia estén bien informados de todos los aspectos importantes a considerar al momento de decidir sobre la realización de un procedimiento endoscópico y de autorizar, o no, su realización. Esto beneficia a ambas partes, ya que previene excesos por parte de los usuarios y prestadores de servicios, y limita las quejas injustificadas o inducidas. El consentimiento informado fortalece la relación médico-paciente, dado que las decisiones sobre el tratamiento se toman de manera compartida, fomentando una cultura de corresponsabilidad entre usuarios y prestadores de servicios de salud. Todo lo anterior se sustenta en preceptos éticos fundamentales en el ejercicio de la medicina, como la justicia, la equidad y la autonomía.

Es común encontrar consentimientos “estándar” para un internamiento y/o intervención, pero es importante recordar que siempre deben ser personalizados para cada procedimiento o intervención, redactados por escrito, explicados y desarrollados por el médico tratante. No deben ser considerados como una mera formalidad, o una firma más del paciente al ingresar a las instalaciones de salud, sino como el ejercicio libre de un derecho y como un acto de comunicación y confianza entre médico y paciente. Es fundamental garantizar que el paciente haya comprendido claramente la información proporcionada, aclarado sus dudas y valorado los posibles riesgos subyacentes a la intervención o procedimiento, tomando la decisión de acuerdo a su propia y libre voluntad. Además, es crucial recordar que el paciente tiene el derecho de revocar su consentimiento en cualquier momento. Después de haber sido informado, el paciente tiene tres opciones: aceptar, no aceptar o revocar su aceptación.

En este contexto, los médicos y profesionales de la salud en general deben mejorar sus habilidades de comunicación, dedicando el tiempo necesario para que el paciente comprenda y entienda claramente el procedimiento o intervención, junto con sus riesgos y posibles complicaciones. De esta forma, se privilegia el derecho del paciente a elegir lo mejor para sí mismo, basado en sus principios, circunstancias, religión, creencias y características personales.

A modo de conclusión, es importante no perder de vista que el consentimiento informado en Gastroenterología, como en cualquier otra especialidad médica, trasciende las formalidades de los formatos, cartas y documentos en los que queda registrado. Lo que realmente importa es que se trate de un proceso de comunicación fluido, con un nivel de discurso adecuado a las diversidades y vulnerabilidades del paciente, en el que se expliquen claramente los beneficios y riesgos de realizar un

procedimiento (diagnóstico y/o terapéutico), así como las implicaciones de su rechazo, sin que los deseos o inclinaciones del profesional de la salud influyan en la decisión. El respeto por la autonomía consiste en brindar al paciente las herramientas informativas suficientes para que pueda tomar una decisión a favor de su propio plan de vida.

REFERENCIAS

1. Kant, *Foundations of the Metaphysics of Morals*, trad. Lewis White Beck (Indianapolis, IN: BobbsMerrill Company, 1959); *The Doctrine of Virtue*, pare. ii de «*Metaphysics of Morals*», trad. Mary Gregor (Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1964), esp. pág. 127.
2. Kant Immanuel. *Fundamentación de la Metafísica de las costumbres* 4:428
3. Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de Ética Biomédica*, Barcelona: Masson; 1999. Págs 117- 118.
4. Florencia Luna: *Identifying and evaluating layers of vulnerability – a way forward*. *Developing World Bioeth.* 2018;1–10.
5. Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de Ética Biomédica*, Barcelona: Masson; 1999. Pág 114.
6. Sass H.M. *Reichsrundschreiben 1931: Pre-Nuremberg German Regulations concerning New Therapy and Human Experimentation*. *The Journal of Medicine and Philosophy.* 8: 99-111, 1983. cit. en Kottow. Miguel L. "Investigación en Seres Humanos. Principios Eticos Internacionales". *Cuadernos del Programa Reg. de Bioética. OPS. Nro. 3.*, 1996. pp. 41-52.
7. Secretaría de Salud y Asistencia. *Ley General de Salud*. Martes 7 de febrero de 1984. Segunda Sección 37.
8. CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentario **REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA** Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986. Pág 13.
9. CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN, Secreta-

ría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios, REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE CONTROL SANITARIO DE LA DISPOSICIÓN DE ORGANOS, TEJIDOS Y CADÁVERES DE SERES HUMANOS. Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de febrero de 1985.

10. CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN, Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987.
11. Comisión Nacional de Arbitraje Médico, CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LAS PACIENTES Y LOS PACIENTES
12. P. Armando Ortiz, P. Patricio Burdiles. Consentimiento informado. Revista Médica Clínica Las Condes. Vol. 21. Núm. 4. Tema central: Nefrología páginas 644-652 (julio 2010).
13. British Society of Gastroenterology (BSG). "Guideline for obtaining valid consent for gastrointestinal endoscopy procedures." BSG Clinical Resource. Disponible en: <https://www.bsg.org.uk/>
14. American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE). "Practice Guidelines - Standards of Practice." Gastrointestinal Endoscopy. Disponible en: <https://www.asge.org/home/resources/publications/guidelines#-grade-guidelines>
15. John R. Britton, MD, PhD, Tucson. 'Baby Doe' Rulings Review and Comment. (Britton JR: 'Baby Doe' rulings-Review and comment [Medicine and Government]. West J Med 1984 Feb; 140:303-307.)
16. DeLegge M, McClave S, Disario J, Baskin W, Brown R, Fang J, et al. Ethical and medico legal aspects of PEG-tube placement and provision of artificial nutrition therapy. Gastrointest Endosc 2005; 62: 952-9
17. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de Ética Biomédica, Barcelona: Masson; 1999. Pág. 138.
18. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Capítulo 3

Medicina Defensiva y Medicina Asertiva: Enfoques Opuestos en la Atención Médica

Dr. Francisco Campos Campos

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas ha habido un marcado aumento en las demandas presentadas contra médicos en el ejercicio de su profesión, lo que ha generado una creciente preocupación en la comunidad médica y en el sistema de salud, en general. Este incremento puede atribuirse a muchos factores, que incluyen una mayor conciencia por parte de los pacientes sobre sus derechos, una sociedad más litigiosa, el acceso más fácil a la información médica a través de Internet y otros medios, el aumento de las expectativas de los pacientes respecto a los resultados médicos y la calidad de la atención. Como resultado, los médicos se encuentran bajo una presión cada vez mayor para evitar errores y asegurar resultados óptimos, lo que puede fomentar la práctica de la medicina defensiva y afectar la forma en que se proporciona la atención médica.

La relación médico-paciente, que por tradición ha sido sólida y fuerte, en ocasiones sufre transformaciones que la fracturan, producen distanciamiento, insatisfacción y reclamos que resultan en incremento en quejas, demandas y denuncias por la atención médica recibida. ¿Será acaso que el médico ha perdido credibilidad y la confianza del paciente?, ¿será que algunos médicos se han entregado a una práctica avara, imprudente y deshonesta?, o ¿será que la respuesta es racional y deseable ante amenazas coercitivas y legales? Estas consideraciones han dado pie a la conducta denominada medicina defensiva.

^Expresidente de la Asociación Mexicana de Cirugía y miembro de la Academia Mexicana de Cirugía.

MARCO CONCEPTUAL

Medicina defensiva se refiere a los cambios realizados por el profesional de la salud a la atención médica para defenderse y evitar posibles quejas, demandas y denuncias futuras debidas a su actuar profesional. También se puede expresar como el empleo de procedimientos diagnóstico-terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas por mala práctica, en donde los profesionales de la salud adoptan criterios para modificar su práctica médica después de identificar a los pacientes como demandantes potenciales.^{1,2}

La visión conceptual de medicina defensiva ha sufrido una transformación con el paso de los años. En 1994, el Congreso de los Estados Unidos la definió como aquella que ocurre cuando los médicos indican pruebas, procedimientos o consultas, o evitan procedimientos de mayor riesgo, principalmente (aunque no exclusiva o necesariamente), para reducir su exposición a la responsabilidad profesional por negligencia.³

En el año 2000, Summerton definió a la medicina defensiva como aquella en la cual se indica tratamiento, pruebas y procedimientos con el propósito de proteger al médico de la crítica, en lugar de diagnosticar y tratar. En esta definición se agrega el término “proteger”, el cual denota claramente el desarrollo de mecanismo de defensa.⁴ En 2004, Toker la redefinió como la desviación en la conducta de un médico de lo que se considera ser una buena práctica, con el fin de prevenir las quejas de los pacientes o sus familiares. En esta definición se utilizó el término “desviación”, en el cual queda de manifiesto que no se trata de una conducta habitual.⁵ En 2021, Sethi la definió como prácticas médicas que pueden exonerar a los médicos de responsabilidad, sin beneficio significativo para los pacientes. El término exonerar se refiere a la intención de liberar o quitar responsabilidad sin que el paciente reciba un beneficio.⁶ En 2013, Ortashi recompuso el concepto como la desviación de un médico del comportamiento habitual o de lo que se consideran buenas prácticas, para reducir o prevenir quejas o críticas por parte de los pacientes o sus familias. En este caso, el fin es reducir o prevenir quejas o críticas por encima de llevar a cabo buenas prácticas clínicas.⁷

En el siglo XXI, la medicina defensiva sigue siendo un tema relevante y debatido en el campo de la atención médica. Se han propuesto diversas estrategias para abordar la medicina defensiva, que incluyen reformas legislativas para limitar la responsabilidad legal de los médicos, programas de educación para médicos sobre la gestión de riesgos y comunicación con los pacientes, así como el fomento de un entorno de trabajo que promueva la transparencia y la rendición de cuentas. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, la medicina defensiva sigue siendo un desafío importante que enfrentan los médicos en la práctica clínica contemporánea.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En la antigüedad, en civilizaciones como la egipcia, la griega y la romana, los médicos estaban sujetos a leyes y códigos éticos que regulaban su práctica. Por ejemplo, el Código de Hammurabi (1750 a.C. en la antigua Babilonia) incluía disposiciones sobre la responsabilidad médica. Sin embargo, las sanciones se aplicaban, principalmente, en casos de negligencia grave o mala práctica evidente. Durante la Edad Media (siglos V y XV) la medicina estuvo estrechamente ligada a instituciones religiosas y, en muchos casos, los médicos gozaban de cierta inmunidad frente a juicios por mala práctica, ya que se consideraba que actuaban bajo la protección divina. Sin embargo, la Escuela de Salerno, uno de los primeros centros de enseñanza médica en Europa (primera escuela de medicina en la Edad Media, siglo X), estableció bases más formales para la práctica médica, lo que contribuyó a un mayor escrutinio de la actividad profesional. Con el advenimiento del Renacimiento (siglos XV y XVI), y el surgimiento de una visión más científica de la medicina, la responsabilidad médica comenzó a ser un tema de mayor preocupación. Los avances en anatomía y cirugía incrementaron las expectativas sobre los resultados de los tratamientos, lo que, a su vez, incrementó el riesgo de litigios. En el siglo XVIII, con el auge de la medicina clínica y el establecimiento de hospitales como centros de enseñanza y atención, se hicieron más comunes los registros médicos y la documentación de casos. Esto permitió un mayor control y evaluación de la práctica médica, pero también facilitó la identificación de errores y la posibilidad de demandas legales. En el siglo XIX surgieron importantes avances en la medicina, como la introducción de la anestesia y la asepsia, mismos que revolucionaron la cirugía y mejoraron significativamente los resultados clínicos. No obstante, con estos avances también surgieron nuevos riesgos y la posibilidad de complicaciones, lo que llevó a una mayor vigilancia de la práctica médica y, consecuentemente, al incremento de litigios. A principios del siglo XX, la profesionalización de la medicina y la formación de asociaciones médicas, como la *American Medical Association* (AMA) en Estados Unidos, comenzaron a abordar de manera más sistemática los problemas relacionados con la responsabilidad profesional. Se crearon seguros de responsabilidad profesional a mediados del siglo XX como una respuesta al aumento de demandas contra médicos y hospitales.

En la época actual, el origen de la medicina defensiva se puede estudiar en dos etapas: los eventos hacia los años setenta del siglo XX y el punto de cambio o de inflexión, desde 1994 a la actualidad. En 1978, en un prestigioso artículo publicado en la revista *Science*, Tancredi y Baroness, desarrollaron una definición: "la medicina defensiva ocurre

cuando, para evitar una posible demanda, se emplean medidas diagnósticas y terapéuticas específicas con el propósito explícito de proporcionar documentación adecuada en la que se demuestre que se utilizó una amplia gama de tratamientos y pruebas en el cuidado del paciente.”⁸ Este concepto se modificó posteriormente con la idea de referirse a una desviación de práctica clínica al ver al paciente como potencial litigante o demandante. El desarrollo tecnológico, el deterioro de la relación clínica que promueve las demandas y la percepción del médico como patógeno, concluyen que la medicina defensiva no es un problema sanitario, sino, un síntoma de que algo no va bien dentro de este sistema sanitario.⁹

El punto de cambio surgió en 1994, cuando la oficina de evaluación y tecnología del Congreso de los Estados Unidos acuñó otra definición de medicina defensiva: “ocurre cuando los médicos ordenan exámenes, procedimientos o visitas, o evitan a determinados pacientes o procedimientos de alto riesgo, principalmente (aunque no de forma exclusiva), a causa de la preocupación por la responsabilidad por posible negligencia.” De esta forma, se amplió el marco conceptual al contemplar motivaciones diferentes, en concreto, el conflicto de intereses. Investigaciones posteriores complementaron esta definición y aumentaron su contenido: ampliaron por nuevos problemas de política sanitaria, la medicina defensiva evita la crítica del paciente, proporciona beneficio psicológico al médico, daña la salud, lesiona la autonomía y cosifica al paciente.^{3,9}

DETERMINANTES DE LA MEDICINA DEFENSIVA

Para tener un mejor entendimiento de lo que es la medicina defensiva, es importante conocer no solo su definición, sino, las causas, los tipos y sus efectos.

Más allá del temor a las demandas, se reconocen como causas de medicina defensiva:

- La aparición del consentimiento informado, dada la interpretación legalista, victimista y reactiva que tuvieron los profesionales de este instrumento.
- La bioética, subrayando el sentido jurídico que adopta el principio de autonomía y que se consolida en el consentimiento informado.
- Los avances tecnológicos asumen un doble papel, sustitutivo y aditivo; el primero reemplaza los procedimientos invasivos y la

hospitalización prolongada, y el segundo estimula la demanda del público hacia la tecnología y conecta con las expectativas del consumidor.

- El papel de los medios de comunicación que, en un efecto paradójico, magnifican el avance médico, pero, también, dan notoriedad al evento adverso en los casos más extremos, lo que daña la reputación de los profesionales.
- La pérdida de la confianza en la relación médico-paciente se muestra como causa fundamental de las demandas. La confianza permite al paciente ejercer con responsabilidad la gestión de la enfermedad o la incapacidad, mientras que su falta, lo somete a procedimientos innecesarios.
- La medicina legal establece una relación colaborativa con el derecho para dialogar y discutir en el ánimo de descubrir la verdad, mediante la confrontación de razonamientos y argumentos.
- El conflicto de intereses. Con el propósito de protegerse de la crítica, más que diagnosticar o tratar, “el médico antepone su propio interés en conseguir la inmunidad legal o el reembolso financiero.”
- La contención del gasto sanitario y el entorno de trabajo. Prescribir más pruebas de relativo bajo riesgo refuerza los diagnósticos inciertos y se ve como una conducta deseable, ya que si salvan la vida del paciente “ningún costo es demasiado”; sin embargo, en un contexto de contención sanitaria, esta noción de “mejor prevenir” no se ve como la mejor opción.
- La falta de tiempo para consulta promueve prescripciones inapropiadas o exámenes no necesarios, se opta por la comodidad y no por tener que explicar que son innecesarias.
- La medicina defensiva puede ocurrir como una protección para compartir la responsabilidad con otros profesionales o con el sistema de salud.
- La condición de segunda víctima es causa de medicina defensiva en el médico que es demandado; siente que erosiona su vida personal y condiciona la práctica médica subsecuente.

EL CASO BOLAM Y LA MEDICINA DEFENSIVA

El “Caso Bolam” se reconoce como un acontecimiento de cambio o un punto de referencia histórica en el ámbito de la medicina defensiva, derivado de un juicio ocurrido en el Reino Unido, en 1957. Este caso involucró a John Hector Bolam, quien sufrió lesiones durante un tratamiento de terapia electroconvulsiva sin haber recibido relajantes musculares ni sujeción adecuada. Bolam demandó al hospital Friern

(antes hospital psiquiátrico al norte de Londres) y argumentó negligencia médica.

Correspondió al abogado litigante J. McNair ocuparse del caso *Bolam vs Friern Hospital Management Committee*. Las consecuencias de la terapia electroconvulsiva sin sujeción ni sedación para Bolam fueron la dislocación de ambas caderas y una fractura de pelvis, por lo que interpuso una acción por mala práctica médica argumentando negligencia del médico, tanto en la aplicación del tratamiento (por no haber sido sedado previamente) como en el consentimiento informado (al no haber sido notificado del riesgo de fractura ósea que conllevaba el tratamiento, riesgo calculado en el 1 por 10,000, aproximadamente). En el juicio se acreditó que entre los profesionales más experimentados en la práctica de esta terapia existían tendencias de opinión distintas tanto en relación al uso de sedación durante la administración del tratamiento, como en relación al uso de control manual para sujetar el cuerpo del paciente en el caso de que no se suministraran medicamentos relajantes, y también sobre la cuestión de si se debió informar al paciente, expresamente, del riesgo de fractura que conllevaba el tratamiento.^{10,11}

En el caso Bolam, J. McNair inició su pronunciamiento definiendo lo que en derecho se entiende por negligencia y, para ello, distingue las situaciones que no implican el uso de una habilidad especial de aquellas que sí lo implican. Tomando como base esta diferencia, McNair consideró que existía negligencia en el primer grupo de argumentos (ej. los que no exigen de una habilidad especial), cuando la actuación de un sujeto no corresponde con la que realizaría una persona con conocimientos razonables; es decir, lo razonable debió ser utilizar sedación para aplicar el tratamiento. Por su parte, en los argumentos que sí exigen de una habilidad especial, como es la actuación de un profesional médico, McNair dijo que la prueba es el estándar de un hombre común que ejerce una habilidad especial o específica, lo que supone la aplicación de un estándar de atención médica en el cual el médico no es culpable de negligencia si actúa de acuerdo con las prácticas aceptadas como correctas por un grupo en particular de médicos o personas calificadas, a pesar de que exista un grupo de personas que tengan una opinión en contrario. En este caso se concluyó que debió aplicarse la sedación para poder suministrar el tratamiento.

En el mismo caso, J. McNair aclaró que para que pueda servir de base al estándar profesional, la práctica aceptada alegada por el demandado para eximirse de responsabilidad ha de ser una práctica actualizada, correspondiendo a los propios profesionales sanitarios la labor de mantenerse al día sobre los avances en los conocimientos y técnicas de su

área de actuación, sin que ello suponga que se le vaya a exigir a cada médico la lectura diaria de toda la literatura publicada. Al médico se le exige una actualización razonable y responsable a través de la lectura de la literatura más importante publicada. Sin embargo, el cambio en las técnicas o instrumentos utilizados en la realización de un determinado procedimiento o en el tratamiento de una determinada patología, no hace que la utilización de las técnicas o instrumentos “antiguos” sea una práctica negligente; solo se apreciará negligencia si la comunidad científica ha probado que los métodos antiguos son equivocados o que conllevan mayores riesgos que los nuevos.

Por último, McNair aclaró en su pronunciamiento en el caso Bolam que el estándar de cuidado que debe aplicarse es el de la práctica profesional aceptada por la comunidad médica al tiempo en que se lleva a cabo la actuación que el demandante reclama negligente y no en cualquier otro momento, como aquel en el que se desarrolla el juicio.¹²

Al final del Caso Bolam, el tribunal dictaminó a favor del hospital, estableciendo lo que se conoce como el “Bolam Test”. Esta prueba define que un médico no puede ser considerado negligente si su acción es apoyada por una práctica aceptada por un cuerpo u organización responsable de opinión médica competente, incluso, si existen otras opiniones contrarias. El “Bolam Test” se utiliza para evaluar si un profesional médico ha actuado de acuerdo con un estándar razonable de cuidado y es fundamental en la defensa de casos de supuesta negligencia médica.

TIPOS DE MEDICINA DEFENSIVA

Se reconocen cuatro tipos o criterios de medicina defensiva:

- Criterio objetivo. Por la conducta del profesional, tanto por sobreactuación, como por evitar litigios, se identifica la medicina defensiva como positiva en sus manifestaciones más conocidas (p. ej. derivaciones, prescripciones no indicadas, hospitalizaciones innecesarias) y la medicina defensiva negativa, cuando se evita realizar procedimientos de alto riesgo (p. ej. no aceptar tratar un paciente grave o un paciente con altas probabilidades de complicaciones). Una clasificación actual también clasifica la medicina defensiva en omisiva y comisiva.¹³
- Criterio volitivo. En 1994, la oficina de evaluación y tecnología del Congreso de los Estados Unidos confirmó la posibilidad de practicar

medicina defensiva inconsciente. Asegura que algunos médicos practican medicina defensiva todo el tiempo, aunque solo algunos lo reconocen y aceptan.

- Criterio consecuencialista. En atención a los efectos, los autores lo expresan como prácticas defensivas con distintas denominaciones: buena o mala, falsa o auténtica, y positiva o negativa. Las positivas no producen perjuicio al paciente, sino que mejoran la relación médico-paciente y aumentan la transparencia y la comunicación. Las negativas incluyen los estudios superfluos de diagnóstico, estudios invasivos, procedimientos con riesgo potencial e interconsultas excesivas. Cabe precisar que la clasificación falsa contra auténtica define más a la finalidad que a la consecuencia y, tal vez, podría considerarse como un subtipo.
- Criterio subjetivo. De acuerdo con algunos autores, la medicina defensiva se manifiesta, ya sea a través de decisiones lineales adoptadas por los médicos que se abstienen conjuntamente de realizar ciertos procedimientos o a tratar ciertas enfermedades, o bien, por las decisiones individuales tomadas por un médico que trata de evitar a determinados pacientes.

EFFECTOS DE LA MEDICINA DEFENSIVA

Los efectos de la medicina defensiva se pueden clasificar como 1) positivos, si alguno hubiere y 2) negativos. No se descarta la posibilidad de tener un tercer efecto que se denomina neutro.

- Efectos positivos. Algunas prácticas no plantean problemas éticos, no someten al paciente a riesgos físicos o emocionales adicionales y, aunque impulsadas por el miedo al litigio, el costo financiero se compensa por los beneficios en la mejora de los procedimientos de consentimiento informado, la gestión del riesgo efectivo y la buena práctica. Algunos ejemplos incluyen:
 - Solicitar estudios de imagen adicionales, como resonancias magnéticas o tomografías computarizadas, incluso, cuando los síntomas del paciente no lo justifican completamente.
 - Prescripción de tratamientos o medicamentos adicionales para cubrir cualquier eventualidad, aunque no sean estrictamente necesarios según el diagnóstico inicial.
 - Derivación a especialistas para confirmar diagnósticos o tratamientos, independientemente de que el médico tratante esté seguro de su evaluación.

- Efectos negativos. Entre los daños se observan a su vez tres tipos:
 1. Daño a los pacientes, 2. Daño a la profesión médica y 3. Daño al sistema de salud:
 - Daño a los pacientes. La medicina defensiva expone a los pacientes a daños potenciales evitables, los efectos adversos o los altos riesgos de los procedimientos innecesarios y no proporcionan una mayor calidad asistencial. Las pruebas que no están médicamente indicadas, aunque inocuas, producen costos que lesionan al paciente, lo que requiere ponderar los riesgos entre las medidas de protección medico-legal y la toma de decisiones clínicas adecuadas, sobre todo, en procedimientos invasivos. Los factores iatrogénicos causan enfermedad, la agravan o se perpetúan en la salud. La sociedad aún no es consciente de que “el propio médico puede ser a menudo patógeno”, ya que al permitir la dependencia del paciente hacia él, evita que este (el paciente) asuma cierta responsabilidad en su propia sanación y ocasiona que prolongue o “fije” los síntomas fisiológicos. El paciente que se somete a estos procedimientos innecesarios desconoce la motivación tras estas prácticas. La medicina defensiva es causa de iatrogenia.
 - Daño al sistema de salud. Las prácticas defensivas, tales como las pruebas diagnósticas, los tratamientos innecesarios y las derivaciones en el cuidado del paciente, aumentan los costos de la atención médica, constituyen gastos organizativos, económicos y de recursos humanos que son innecesarios, y los desvía de su primer objetivo: la producción de servicios médicos. La medicina defensiva es un problema para el sistema de salud y sería negligente no considerarlo. La medicina defensiva disminuye la calidad asistencial y exacerba dos problemas del sistema de salud: 1. La prescripción de pruebas de necesidad dudosa que se ordenan por las preocupaciones legales y los costos de los seguros de responsabilidad profesional, y 2. El riesgo financiero que presentan los centros e instituciones sanitarias por los costos de las pruebas excesivas hace que la medicina defensiva se identifique como un elemento de la atención de bajo valor, definida como “aquella atención que es mayor en lo que perjudica, en términos de recursos, gastos financieros o daño al paciente, que los beneficios clínicos obtenidos.”
 - Daño a la profesión. La medicina defensiva produce daños en la profesión médica a tres niveles. 1) Desgasta al profesional médico: disminuye su habilidad para tomar decisiones clínicas con juicios independientes, ya que trata de compartir responsabilidad con otros médicos y huye de la toma de decisiones en forma unilateral. 2) La ansiedad que presenta el médico por

el miedo a la *mala praxis* afecta la relación clínica (médico-paciente), la hace ineficaz e insatisfactoria para ambas partes. 3) Paradójicamente, eleva el riesgo de demandas: no ofrece una protección segura contra la negligencia, sino que, es contraproducente.¹⁴ Esta forma de medicina defensiva se ejemplifica en situaciones como:

- Rechazo de casos complicados o a pacientes con un alto riesgo de presentar complicaciones, debido a la preocupación por demandas potenciales.
- Evitar ciertos procedimientos quirúrgicos o tratamientos que, aunque necesarios, conllevan un alto riesgo de complicaciones y, por lo tanto, de litigios.
- Limitar el alcance de los tratamientos a lo mínimo necesario para reducir la exposición a posibles errores médicos.

IMPLICACIONES ÉTICAS DE LA MEDICINA DEFENSIVA

Los principios fundamentales de la ética médica son: la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia. La medicina defensiva puede entrar en conflicto con los cuatro principios.

1. Beneficencia: La obligación de actuar en el mejor interés del paciente se puede ver comprometida cuando las decisiones médicas están influenciadas por el temor a litigios, en lugar de sus necesidades.
2. No maleficencia: Al realizar pruebas y procedimientos innecesarios, se corre el riesgo de causar daño al paciente, ya sea por efectos secundarios, complicaciones o ansiedad innecesaria.
3. Autonomía: La práctica defensiva puede afectar la autonomía del paciente si las decisiones médicas no se explican claramente o se toman sin la participación adecuada del paciente en el proceso de toma de decisiones.
4. Justicia: La medicina defensiva puede contribuir a la desigualdad en el acceso a la atención médica. Los recursos pueden desviarse hacia pruebas y tratamientos innecesarios, dejando menos recursos disponibles para otros pacientes que realmente los necesitan.

Es claro que la medicina defensiva no es ética y que deteriora la relación médico-paciente, relación fundamental y esencial de la atención médica. La medicina defensiva es consecuencia de una preparación profesional deficiente y/o no actualizada, tanto en lo técnico-científico como en la formación ética y moral, desde el seno familiar, social y escolar. El médico

no es el único responsable de la medicina defensiva y de esta acción in-moral: las escuelas de enseñanza media, las escuelas y facultades de medicina, los programas educativos, los profesores, docentes o tutores y las instituciones de salud, también están implicados, toda vez que todas esas instancias están involucradas en la formación del personal de salud y, por ende, se consideran corresponsables. Se debe trabajar desde la base social para generar conductas honestas, asertivas, con humanismo y profesionalismo con altos estándares de calidad.^{2,6,9}

PREVENCIÓN DE LA MEDICINA DEFENSIVA

Con el objeto de prevenir y evitar los eventos de la medicina defensiva, se reconocen las siguientes acciones:

- Se recomienda incrementar la educación en técnicas de comunicación efectiva entre los pacientes, los médicos y todo el personal de salud, desde las escuelas y facultades de medicina, en el pregrado. En forma paralela, las materias Ética Médica y Bioética deberán ser obligatorias en la currícula del estudiante de medicina.
- Se debe enseñar a los estudiantes de medicina el cómo hablar con los pacientes y sus familiares, y cómo aconsejar a los mismos en la toma de decisiones, tanto en condiciones favorables como en las desfavorables.
- Designar a personal con experiencia en el manejo de emergencias y momentos críticos para que atiendan y se comuniquen con los familiares en relación con posibles eventos adversos en las unidades en donde los médicos tienen tiempo limitado.
- Introducir, enseñar y promover el concepto de prevención cuaternaria, el cual se ha convertido en un componente esencial del concepto de prevención. La prevención cuaternaria se refiere a las medidas adoptadas para identificar y proteger a los pacientes del riesgo de un exceso de medicación o de intervenciones médicas innecesarias que puedan causar daño. Su objetivo principal es evitar, reducir o mitigar los efectos adversos de la medicina sobre los individuos y la sociedad. Esta forma de prevención se centra en evitar el sobretratamiento, la sobreutilización de procedimientos médicos y el daño iatrogénico. La prevención cuaternaria debe ser aplicada como una herramienta de protección de la salud. Este concepto hace honor a la máxima «*primum non nocere*» «lo primero es no hacer daño».
- Desarrollar y promover el apego a guías basadas en evidencia científica con aceptación y aplicabilidad en el ámbito local.

- Se debe resaltar la importancia de la documentación y el registro adecuado de notas y eventos, se ha demostrado de forma recurrente que ayudan a demostrar la competencia de los médicos y a refutar el comportamiento negligente.
- Promulgar leyes relativas a la medicina defensiva para fomentar la práctica de la medicina razonable, racional y en consonancia con la situación real. Los médicos deben estar protegidos para crear condiciones que faciliten la toma de decisiones independientes, sin temor a litigios fuera de lugar. Esto puede representar una situación de “trampa” para los médicos, si bien la ley los induce a actuar con extremada cautela, también pueden ser castigados cuando no lo hacen. El remedio reside en la causa misma. No se puede ignorar que hay médicos que recurren a medios desleales por codicia personal. Estos médicos dan un mal ejemplo y degradan la profesión. Ellos deben ser reprendidos a través de las acciones legales apropiadas. Los actos flagrantes de negligencia, intransigencia y avaricia deben ser sancionados severamente.
- Promulgar leyes más estrictas para la protección de los médicos contra acciones de familiares de pacientes que toman la violencia como arma para desahogar sus sentimientos de pérdida.^{2,15}

Como resultado de estas medidas de prevención es recomendable fortalecer la relación médico-paciente, de manera interpersonal y escrita, durante todo el proceso de atención médica. Se debe recordar que las raíces de la medicina son totalmente humanitarias y que la vocación por el servicio y la conservación de la salud del paciente son la esencia de esta profesión. Se debe proponer e informar a los pacientes de manera adecuada los procedimientos, alternativas y riesgos a los que se verán expuestos, procurando ser empáticos con sus necesidades, momentos y vivencias para elegir en forma conjunta con ellos y que se vea privilegiada la comunicación. La experiencia cercana a una demanda que involucra directamente al médico o a uno de sus colegas cercanos, promueve una conducta defensiva; esta situación distorsiona la conducta del médico, a tal punto, que le puede generar un incremento en la posibilidad de acciones legales subsecuentes en su contra.²

La medicina defensiva es dañina para la relación médico-paciente y perjudica los resultados en el marco de una atención médica de mala calidad. Es menester del médico evitar y prevenir el ejercicio de la profesión en este terreno. Se deben desarrollar actividades encaminadas a evitar la medicina defensiva en la medida en que el profesional cumpla con los siguientes puntos:

1. Capacitación y actualización continua: los médicos y profesionales de la salud deben permanecer actualizados y adquirir los conocimientos más recientes en el ejercicio de su profesión.
2. Desarrollar acciones orientadas a mantener una excelente relación médico-paciente, con el fin de favorecer la comunicación para lograr empatía.
3. Privilegiar la comunicación con el paciente: proporcionar información de manera detallada y con la frecuencia que el caso requiera respecto de la indicación, riesgos y costo-beneficio de los procedimientos, diagnósticos y terapéuticos. Estar seguro de que esta comunicación se desarrolla en un lenguaje claro, llano y comprensible por el paciente y sus acompañantes, de tal forma que los vocablos técnicos y científicos no representen una barrera de comunicación y/o comprensión.
4. Cumplimiento puntual de las leyes, reglamentos, normas oficiales y protocolos establecidos para cada una de las especialidades que existen en la práctica de la medicina.
5. Hacer corresponsables a los pacientes de los riesgos e implicaciones que conlleva el desacato de una orden médica o contraindicación.²

El médico debe valorar de forma realista el riesgo legal de sus decisiones y desempeño profesional, y tomar en cuenta el costo emocional, físico y financiero del paciente antes de utilizar medidas defensivas. La mejor forma de actuar con ética y evitar riesgos por el desempeño profesional, es ejercer una medicina centrada en el paciente y sus necesidades. El actuar con ética y profesionalismo, exige del médico honestidad y seriedad consigo mismo y con el paciente. Para lograr este objetivo se requiere de un conocimiento científico sólido, mantener la actualización de estos conocimientos, capacitarse continuamente y anteponer los derechos y el bienestar del paciente por encima del afán de lucro y el bienestar personal. Se debe actuar siempre con verdad, aunque esto implique reconocer errores. Es preciso mantener altos estándares de desempeño profesional.

En el ejercicio cotidiano, es importante que, al emitir juicios sobre la actuación del médico, se le considere como un ser humano, reconocer que su labor se desarrolla en gran medida en un ámbito de incertidumbre y que la posibilidad de cometer errores no es totalmente evitable.²

¿QUÉ ES Y CÓMO DESARROLLAR MEDICINA ASERTIVA?

El término asertivo se refiere a una cualidad de comunicación y comportamiento en la que una persona expresa sus opiniones, necesidades o

derechos de manera firme, clara y respetuosa, sin agresividad ni pasividad. Ser asertivo implica defender los propios derechos y expresar las ideas de forma honesta, directa y adecuada, al mismo tiempo que se respeta la opinión y los derechos de los demás. Es una habilidad social importante para establecer relaciones saludables, resolver conflictos y defenderse de situaciones injustas sin recurrir a la violencia o la sumisión.

La medicina asertiva es una propuesta contraria a la medicina defensiva, que busca restablecer la relación médico-paciente y mejorar la calidad de la atención médica. Se basa en la comunicación honesta, directa y respetuosa entre el médico y el paciente, permitiendo expresar pensamientos, creencias y derechos de manera adecuada y sin temor a represalias. La medicina asertiva promueve la toma de decisiones compartidas y la participación del paciente en su propio cuidado de salud y resalta el principio de autonomía. La medicina asertiva busca evitar la sobreutilización de procedimientos médicos y tratamientos innecesarios, así como reducir el daño iatrogénico causado por una atención médica excesiva. Se centra en establecer una relación de confianza y colaboración entre el médico y el paciente, priorizando el bienestar y los derechos del paciente. La comunicación asertiva reduce los niveles de estrés del paciente y sus familiares en beneficio de la relación médico-paciente. Si se logra la comunicación asertiva, se disminuye sustancialmente la posibilidad de demandas médicas y no se tiene que actuar a la defensiva, así se obtiene el máximo beneficio y se genera satisfacción profesional.

REFERENCIAS

1. Brennan TA, Sox CM, Burstin HR. Relation between Negligent Adverse Events and the Outcomes of Medical-Malpractice Litigation. *N Engl J Med* 1996;335:1963-1967
2. Dávila Rodríguez AA. Medicina defensiva. ¿Evitable? *Cir Gen* 2018 Vol. 40, núm. 1 / p. 54-60
3. Defensive medicine: definition and causes. In: *Defensive medicine and medical malpractice*. Washington (DC): U.S. Congress, Office of Technology Assessment Government Printing Office. 1994. p. 21-37. Available from: <https://ota.fas.org/reports/9405>. Pdf
4. Summerton N. Trends in negative defensive medicine within general practice. *Br J Gen Pract*. 2000;50(456):565-6

5. Toker A, Shvarts S, Perry ZH, Doron Y, Reuveni H. Clinical guidelines, defensive medicine, and the physician between the two. *Am J Otolaryngol.* 2004;25(4):245–50.
6. Sethi MK, Obremskey WT, Natividad H, Mir HR, Jahangir AA. Incidence and costs of defensive medicine among orthopedic surgeons in the United States: a national survey study. *Am J Orthop.* 2012;41(2):69–73
7. Ortashi O, Virdee J, Hassan R, Mutrynowski T, Abu-Zidan F. The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. *BMC Med Ethics.* 2013;29(14):42.
8. Tancredi LR, Barondess JA. "The problem of defensive medicine". *Science* 1978 May 26; 200(4344):879-882.
9. Cruz, A. B., ¿Qué es la medicina defensiva? *Bioética Complutense* 32 (2017) pp.53-59.
10. All Answers Ltd, 'Bolam vs Friern Hospital Management Committee' (Lawteacher.net, September 2022) <<https://www.lawteacher.net/cases/bolam-v-friern-hospital-management.php?vref=1>> accessed 25 September 2022
11. https://en.wikipedia.org/wiki/Bolam_vs_Friern_Hospital_Management_Committee
12. Davinia Cadenas Osuna. El estándar de información sanitaria sobre riesgos de los tratamientos e intervenciones médicas en España y el common law: una visión panorámica. WWW. INDRET.COM InDret 4/2016 Universidad Pablo Olavide. BARCELONA, OCTUBRE 2016
13. Mariotti P, Caminiti R. La medicina difensiva. *Questioni giuridiche, assicurative, médico-legali: Maggioli Editore; 2011*
14. Cruz, A. B., ¿Qué es la medicina defensiva? *Bioética Complutense* 32 (2017) pp.53-59.
15. Sankalp Dudeja, Nonita Dhirar. Defensive medicine: Sword of Damocles. *The National Medical Journal of India.* VOL. 31, NO. 6, 2018

Capítulo 4

Libertad Prescriptiva en Gastroenterología

Mto. Abraham Dávila Rodríguez^A, Dra. Elena López Gavito^B

INTRODUCCIÓN

La libertad prescriptiva del médico es un principio científico y ético, en el ejercicio profesional, que otorga cierta discrecionalidad al momento de tomar decisiones, considerando la variabilidad de escenarios en la atención médica y los recursos disponibles en el ámbito sanitario, siempre y cuando, sea en beneficio del paciente.

En otras palabras, es un derecho que tienen los profesionales de la salud a que se respete su juicio clínico (diagnóstico y terapéutico) y su libertad de prescripción, así como a que se respete su decisión, siempre que sus acciones estén basadas en principios éticos, científicos y normativos.

La libertad prescriptiva del médico fue debidamente analizada en la resolución emitida por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación al resolver el amparo en revisión número 117/2012, en la cual se puede leer con la siguiente voz:

“Registro digital: 2002564

Instancia: Primera Sala

Décima Época

Materia(s): Constitucional, Laboral

Tesis: 1a. XXII/2013 (10a.)

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta.

Libro XVI, Enero de 2013, Tomo 1, página 637

Tipo: Aislada

^AMaestro en derecho constitucional y amparo, Director Medical Legal Center- Salomon & Warner.

^BEspecialista en Cirugía General, Lic. en Derecho Universidad Autónoma de Sinaloa.

LIBERTAD PRESCRIPTIVA DEL MÉDICO. PARTE INTEGRADORA DEL DERECHO AL TRABAJO DE LOS MÉDICOS

La libertad prescriptiva de los médicos y del personal sanitario es entendida como un principio científico y ético que tiene la finalidad de orientar la práctica de la profesión médica, otorgando a los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud discrecionalidad en su actuar. Por tanto, la libertad prescriptiva del médico forma parte del derecho al trabajo establecido en el artículo 5.º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ahora bien, la libertad prescriptiva debe ejercerse en aras de obtener el beneficio del paciente y, bajo ninguna circunstancia, debe equipararse con la arbitrariedad, pues el actuar del personal médico debe fundamentarse en el estado actual de la ciencia médica y encaminarse, en todo momento, al beneficio del paciente, tomando en consideración las circunstancias de cada caso concreto.

Amparo en revisión 117/2012. Agustín Pérez García y otros. 28 de noviembre de 2012. Cinco votos. Ponente: Arturo Zaldívar Lelo de Larrea. Secretario: Javier Mijangos y González.”

En dicha ejecutoria se establece que la Libertad Prescriptiva¹ del médico es un principio científico y ético que tiene como finalidad orientar la práctica de la profesión médica, otorgando a los profesionales de la salud discrecionalidad en su actuar, siempre y cuando, este actuar sea en beneficio del paciente y considerando las circunstancias especiales de cada caso.

En particular, este principio se refiere al uso del criterio médico que el profesional de la salud aplica en el ejercicio de su profesión, basado en la experiencia y estudios acumulados sobre el caso médico que atiende, siempre de acuerdo con principios éticos, científicos, y, sobre todo, con el padecimiento y características propias de cada paciente.

En efecto, en medicina no se puede asumir que todos los casos médicos son iguales, lo cual sería equivalente a pensar que todos los seres humanos lo somos. Creer que un determinado tratamiento médico que ha funcionado para mejorar o recuperar la salud de una persona necesariamente funcionará para otra, sin considerar que cada caso tiene una evolución distinta y comienza de manera particular en cada individuo, es un error. Cada paciente presenta características propias que los hacen diferentes.

La medicina es una de las ciencias más altamente evolutivas; un tratamiento médico, que era efectivo hace un año, puede ahora haber perdido vigencia y, es probable, que los tratamientos médicos actuales resulten obsoletos en el futuro. Estos cambios ocurren mucho más rápido que la

propia legislación, lo que hace que sea imposible establecer una metodología de tratamiento aplicable a todos los casos médicos y, aún más, hacerla obligatoria para todos los padecimientos mediante su inclusión en Normas Oficiales Mexicanas.

De ser así, llegaríamos al absurdo de establecer el mismo tratamiento para todos los pacientes con un determinado padecimiento, cuando cada paciente es único, porque cada persona es única. Por lo tanto, no se puede establecer, y mucho menos, de manera obligatoria, un tratamiento estándar para cada padecimiento o enfermedad.

En particular, se apela al buen criterio médico de cada profesional de la salud, que probablemente variará según el caso. Por ejemplo, para algunos pacientes, la indicación de una endoscopia puede ser fundamental, mientras que para otros no lo sea, sin que ello signifique que alguno de los médicos esté actuando de manera errónea. Pensar lo contrario sería asumir que todos los médicos deben actuar siempre de la misma manera en cada caso, lo cual es humanamente imposible. Es como esperar que todos los seres humanos piensen siempre igual, lo cual no es una característica propia de la humanidad.

En ese sentido, el buen criterio médico dependerá, especialmente, del conocimiento previo, del estudio sobre el caso particular, de la experiencia y de las características del paciente. Un factor adicional es la disponibilidad de infraestructura médica, insumos suficientes y personal de salud idóneo. Será en función de estas características que se tome lo que, en ese momento, se considere la mejor opción para el paciente; eso es la libertad prescriptiva.

Seguramente, en más de una ocasión, encontraremos que el tratamiento indicado no fue la mejor opción, pero al momento de tomar la decisión médica sí lo era y eso es lo que importa. El ser humano no es perfecto ni infalible y, por lo tanto, no se le puede juzgar por ello. El deber de cuidado tiene como limitante que se haya considerado la información mencionada y que se haya tomado la mejor decisión posible en ese momento, incluso, si el resultado final no fue el deseado. Eso es lo que se debe exigir a un profesional de la salud.

Comparo la decisión del médico con la del portero de fútbol que está en su portería, a punto de decidir qué acción tomar frente al jugador que va a lanzar el balón desde una pena máxima a 9 metros de distancia. Entre las opciones que tiene, puede lanzarse hacia un lado, hacia el otro, quedarse parado o saltar. Para tomar esta decisión, considerará lo que ha aprendido previamente, sus entrenamientos, el análisis del contrincante,

su experiencia, etcétera; lo que lo llevará a tomar la decisión que considere más apropiada. Sin embargo, el hecho de que no detenga el balón, no debería ser sancionable, porque, si hubiera sabido hacia dónde se dirigiría, seguramente habría elegido esa opción.

En medicina, la obligación del profesional de la salud en gastroenterología es de medios, no de resultados. En este sentido, sus decisiones médicas deben estar sustentadas en: conocimiento médico-científico, experiencia médica, ética médica, padecimiento del paciente, características propias del paciente, infraestructura médica disponible, insumos médicos y recursos humanos para la salud.

1. Conocimiento médico-científico

Se refiere al conocimiento en medicina que distingue al profesional de la salud, como el saber anatómico, farmacéutico, las enfermedades y sus causas, conocimientos que generalmente se adquieren en los primeros años de su formación profesional.

2. Experiencia médica

Es el conocimiento que se genera día a día al atender un mismo grupo de padecimientos y pacientes, lo que permite anticipar cómo se podrían comportar algunos efectos o resultados de los tratamientos médicos.

3. Ética médica

Las decisiones deben basarse en lo que es mejor para el paciente, sin que ninguna otra circunstancia, como el horario y la agenda del médico, intereses personales o comerciales, interfiera en ello. Esto es especialmente relevante para evitar prácticas perjudiciales, como la indicación indiscriminada de estudios con fines comerciales, que tanto daño hacen a la medicina.

4. Padecimiento del paciente

Conocer la etiología de una enfermedad, su desarrollo, manejo en diferentes etapas y evolución, es fundamental. Documentarse sobre la enfermedad a tratar siempre ayuda, ya que se pueden descubrir nuevos datos clave para la cura de un paciente.

5. Características propias del paciente

Es esencial conocer los antecedentes heredofamiliares, personales, patológicos, comorbilidades, enfermedades previas, presentes y probables,

alergias, reacciones a medicamentos, afecciones individualizadas, edad, entre otros factores. Estos aspectos hacen que cada paciente sea único y que el tratamiento deba ser distinto al de otro paciente, incluso, si tienen el mismo padecimiento.

6. Infraestructura médica disponible

Conocer los recursos tecnológicos disponibles es crucial. Si el médico gastroenterólogo requiere una endoscopia, pero el equipo médico del hospital no funciona o presenta fallas, tendrá que tomar una decisión diferente a solo indicarla, buscando las mejores alternativas para el paciente en ese momento. Este factor es cada día más relevante, especialmente en instituciones públicas de salud, aunque también afecta a instituciones privadas, particularmente, cuando se utilizan equipos médicos sin un origen lícito, es decir, sin las autorizaciones de la COFEPRIS.

7. Insumos médicos

Determinar si se cuenta con los insumos médicos necesarios es vital. Si se sabe que no se dispone de los medicamentos idóneos para el paciente, se deberán tomar decisiones diferentes a las deseadas, pero que estarán orientadas a lo que sea mejor para el paciente, aunque, tal vez, sin esperar los mismos resultados.

8. Recursos humanos para la salud

Si el servicio de gastroenterología del hospital no cuenta con personal suficiente e idóneo, las decisiones deberán adaptarse a esta circunstancia. Por ejemplo, si el personal de enfermería no tiene experiencia en apoyar una endoscopia o si no se cuenta con el apoyo de un médico anestesiólogo para la realización del procedimiento, el profesional de la salud deberá tomar decisiones consecuentes, que serán, por supuesto, diferentes a las inicialmente planificadas.

En ese sentido, la libertad prescriptiva del médico gastroenterólogo lo obliga a tomar las mejores decisiones para el paciente en función de múltiples variables, como las que hemos mencionado. Por lo tanto, no se puede establecer un solo tratamiento para todos los casos médicos, ya que la decisión depende de una infinidad de variables específicas de cada circunstancia.

La ejecutoria a la que hemos hecho referencia establece que la Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, PARA EL MANEJO INTEGRAL

DE LA OBESIDAD,² resulta inconstitucional, por violar el artículo 5° de la Constitución, y establece textualmente:

“Pensar que un médico debe actuar de la misma manera, de forma automática, en todos los casos, carece de sustento, pues cada caso médico presenta características propias, por lo que no puede existir una solución uniforme a todos los casos planteados.

“...limitan la libertad prescriptiva del médico al generalizar de manera peligrosa la solución para un determinado caso, lo cual, no solamente desconoce que la ciencia médica no es una ciencia exacta, sino que, tampoco reconoce que cada caso representa características propias y que no puede existir una solución uniforme a todo problema médico.”

Con base en este mismo criterio jurídico, habría que establecer que las Normas Oficiales Mexicanas, que se caracterizan por su obligatoriedad,³ no deberían contener guiones de tratamientos médicos. Aunque, idealmente, las enfermedades se atienden de manera homogénea, cada caso médico y cada paciente requieren un tratamiento individualizado y no estandarizado.

En ese sentido, en materia de salud, las Normas Oficiales Mexicanas son útiles en aquellos temas médicos que sí son estandarizables, como por ejemplo, la descripción de la infraestructura de un determinado servicio médico o el equipamiento mínimo de un consultorio de especialidad, que son aspectos homogéneos y no dependen de circunstancias particulares como la atención médica.

En cuanto a los tratamientos médicos, aunque incluirlos en Normas Oficiales Mexicanas sería una carga innecesaria y, además, inconstitucional, esto no significa que se dejen de lado los protocolos de manejo de enfermedades. Estos están contemplados en las Guías Clínicas del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), que funcionan como “un elemento de rectoría en la atención médica cuyo objetivo es establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, a fin de contribuir a la calidad y la efectividad de la atención médica.”⁴ Al no ser de seguimiento obligatorio, estas guías sirven como orientaciones, o guías para la atención de un determinado padecimiento, pero su aplicación dependerá de cada paciente y caso particular.

Ahora bien, las Guías de Práctica Clínica también necesitan actualizarse, ya que, como hemos visto, la medicina es una ciencia altamente

evolutiva. Existen medicamentos que han dejado de producirse y que aún están considerados en algunas Guías de Práctica Clínica, así como protocolos de manejo que han demostrado menor eficiencia en comparación con otros que, actualmente, se consideran novedosos. Por ello, es inadecuado establecer un plazo fijo para modificarlas; los cambios deben responder a las necesidades y requerimientos específicos de cada Guía de Práctica Clínica.

En conclusión, la libertad prescriptiva para el médico gastroenterólogo es el derecho del profesional de la salud a tomar la mejor decisión médica para el paciente, basándose en diversos criterios y en las circunstancias particulares del caso.

REFERENCIAS

1. Pérez, A. (2013), Libertad prescriptiva del médico. Parte integradora del derecho al trabajo de los médicos. (tesis, constitucionalidad). Seminario Judicial de la Federación y su Gaceta.
2. Secretaría de Salud (SSA1). (1998), NOM-174-SSA1-1998. Para el manejo integral de la obesidad. Ciudad de México. SSA.
3. Ley de Infraestructura de la Calidad. Diario Oficial de la Federación. (D.O.F.), 1 de junio de 2020, (México).
4. Gobierno de México. (Junio 023). Catalogo maestro de Guías de Práctica Clínica. http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/Transparencia/transparencia_focalizadagpc_gob.html
5. Garrido Cerón J, Acerca de los derechos del médico, Rev.Chil, Obstet. ginecol.Vol 67. (6) 507-512 2002.
6. Ley General de Salud 2024. artículo 51 <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

Capítulo 5

Expediente Clínico vs Expediente Electrónico en Gastroenterología

Dra. María Eugenia Ordoñez Guitérrez^A, Dra. Abilene Escamilla Ortiz^B, Dra. Elena López Gavito^C,
Dra. Vireli Franco Quiroz^D

INTRODUCCIÓN

El término “expediente” tiene sus raíces en el latín *expediens*, que significa “hacer fácil” o «despachar rápidamente». Originalmente, un expediente se refería a cualquier clase de documentos organizados y relacionados con trámites o procedimientos. Esta forma de organizar la información ha sido de gran importancia en diversos sectores, desde el legal y administrativo, hasta el educativo y médico. En este apartado profundizaremos en el significado y utilidad del expediente, con un enfoque particular en su evolución y aplicación en el ámbito médico culminando en lo que hoy conocemos como el expediente clínico, así como su evolución hacia una nueva entidad que hace uso de las tecnologías, combinando la modernización de los procedimientos con la organización de la información del expediente clínico convencional.

La finalidad principal de un expediente es recabar y conservar información relevante, sistematizando su captura para ser de utilidad durante la consulta médica y para su uso en el futuro. Esta herramienta puede ser utilizada con múltiples propósitos por los médicos de primer contacto, así como por los especialistas, ya sea para procesos judiciales, trámites burocráticos, investigaciones académicas y, por supuesto, en la práctica médica.

^AHospital Central Militar, Ciudad de México.

^BUniversidad la Salle, Ciudad de México.

^CHospital Sharp Mazatlán.

^DUniversidad del Valle de México, Ciudad de México.

Desde las antiguas grandes civilizaciones, como la egipcia y la griega, los registros médicos han sido esenciales para documentar nuevas observaciones, como enfermedades, tratamientos y el seguimiento de los enfermos, así como para crear nuevas técnicas en las diversas especialidades.

Con el paso del tiempo, el uso de dichos registros médicos de manera ordenada y sistemática, hasta convertirse en un expediente, ha sido de gran utilidad para múltiples avances médico-científicos. El avance en la comunicación y la captura de datos relevantes ha permitido que los hospitales desarrollen sistemas para mantener un expediente detallado de cada paciente, lo que facilita la revisión de casos, procedimientos y el seguimiento de resultados a largo plazo. Este progreso supuso un cambio significativo al permitir una mejor comprensión de las enfermedades y mejorar la continuidad del cuidado del paciente.

RESUMEN

Hasta el día de hoy conocemos el término “expediente clínico” como la serie de datos recabados de un paciente y todo lo relacionado con su estado de salud, lo cual incluye historia médica, resultados de exámenes físicos, estudios auxiliares de diagnóstico, diagnósticos identificados, tratamientos, evoluciones clínicas y otros documentos de importancia. El expediente clínico es un recurso sumamente importante para los médicos gastroenterólogos, no solo para el tratamiento individual, sino, también, para la investigación médica y la gestión de la atención sanitaria.¹

La importancia del expediente clínico es múltiple. En primer lugar, garantiza la continuidad y coherencia del tratamiento, permitiendo a diferentes profesionales de la salud acceder a la misma información y mantener una línea de cuidado uniforme. Además, es vital para la investigación médica, ya que proporciona datos sólidos que pueden usarse para estudios epidemiológicos, ensayos clínicos y mejoras en la práctica clínica. También es indispensable para la gestión administrativa y legal del sistema de salud, asegurando que se cumplan normativas y estándares de calidad en la atención a los pacientes.²

El expediente clínico físico ha sido una herramienta fundamental en la medicina a lo largo de la historia; desde sus inicios ha demostrado ser de gran utilidad para mejorar procedimientos y ajustarse a las cambiantes necesidades. Los avances tecnológicos han fortalecido el trabajo en el campo clínico al permitir diagnósticos y tratamientos más certeros, así como la modernización de algunos procesos y procedimientos como los

formatos y registros. Con la llegada de la tecnología, la existencia del expediente clínico en un formato electrónico ha sido posible, trayendo consigo tanto ventajas como desventajas, similares a las de otros recursos que han pasado de un formato analógico a digital.

DEL PAIRO AL EXPEDIENTE EN LA ERA DIGITAL

En las grandes culturas antiguas, como la egipcia, los médicos de la época elaboraban sus registros médicos, tratamientos y estudios relacionados con las enfermedades en hojas de papiro.³ Uno de los documentos más estudiados es el Papiro Edwin Smith, datado en 1600 a.C., que muestra la utilidad de contar con registros de enfermedades, tratamientos y seguimiento de enfermos, así como estudios y técnicas de curación que podían aplicarse a otros pacientes y comparar la evolución de los mismos.⁴ Este documento contaba con un orden sistemático, que puede considerarse la base del registro del expediente clínico, ya que contenía apartados ordenados que comenzaban con la indicación de la naturaleza de una lesión, una descripción detallada y paso a paso del examen físico, la condición del paciente al momento de la evaluación, una breve anticipación a la evolución probable de la lesión, e instrucciones precisas para el manejo de la lesión o enfermedad.

Durante la Edad Media, el conocimiento en muchas áreas quedaba reservado para personas del clero. Los saberes sobre la práctica médica se plasmaron en pergaminos que ilustraban la manera en la que se examinaba a los enfermos, se describía con precisión la enfermedad y el tratamiento utilizado para curarla. Estos conocimientos se preservaron y transmitieron con el tiempo, logrando una descripción minuciosa de la terapéutica empleada, lo que contribuyó a la estructura de uno de los apartados más relevantes del expediente clínico, como lo es el tratamiento.⁵

Durante el Renacimiento, los cambios impulsados por la Ilustración trajeron consigo una oleada de herramientas que facilitaron muchos procesos humanos, como la escritura, gracias a la imprenta, el acceso al conocimiento y la documentación de procedimientos. De esta manera, la propagación de información facilitó el registro médico de una forma más ordenada, sistemática e integral. Se dio mayor importancia a la historia clínica, con información detallada acerca de los síntomas de los pacientes. También se hizo énfasis en un examen físico más estructurado dentro de los registros médicos, incluyendo métodos y herramientas para inspeccionar, palpar, percudir y auscultar. A su vez, se concretó la observación sistemática de signos vitales, lo que reforzó el interés por la anatomía y la fisiología que caracterizó a la época.⁶

Con el desarrollo de la medicina clínica moderna, los hospitales comenzaron a mantener registros de pacientes, formalizando su estructura a través de formularios estandarizados y preimpresos, lo que permitió la clasificación de los enfermos por tipo de enfermedad, gravedad, tratamiento o sitio de atención.⁷ El crecimiento de los sistemas hospitalarios y el avance de las técnicas médicas llevaron a un aumento significativo en la cantidad y complejidad de los registros médicos. Se estandarizaron los métodos de archivado y preservación, y se crearon metodologías para llevar a cabo el registro de cada uno de los componentes de lo que fue tomando forma como expediente clínico y sus apartados.⁸

1600 a.C.	Papiro Edwin Smith: Documento médico egipcio considerado uno de los más antiguos.
Edad Media	Pergaminos y Documentación Clériga: Registro detallado de enfermedades y tratamientos.
Renacimiento	Imprenta y Avances Ilustrativos: Facilitación en la escritura y documentación sistemática.
Siglo XIX	Formularios Estandarizados: Introducción de formularios preimpresos en hospitales.
Actualidad	Expediente Clínico Electrónico (ECE): Transición hacia registros médicos digitales y sistemas avanzados.

Tabla 1. Evolución histórica del expediente clínico

Componentes básicos del expediente clínico

- **Historia clínica:** Recopilación detallada del historial de salud del paciente, incluidos antecedentes familiares y personales, hábitos y estilo de vida.
- **Notas de evolución:** Registro diario de la condición del paciente y los cambios observados por los profesionales de salud.
- **Resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas:** Informes de pruebas diagnósticas, como análisis de sangre, radiografías y resonancias magnéticas.
- **Planes de tratamiento:** Documentación de los tratamientos propuestos y administrados, incluidos medicamentos y procedimientos médicos.

Consentimientos informados: Documentos que registran la aprobación del paciente para recibir ciertos tratamientos o procedimientos después de ser informado de los riesgos y beneficios potenciales.⁹

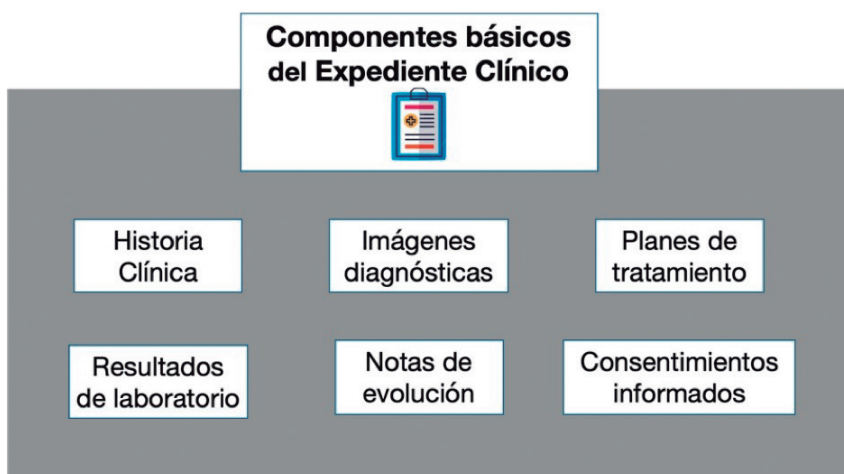


Figura 1. Componentes básicos del expediente clínico

El expediente clínico se transforma en un documento jurídico especial para el análisis de un caso legal, pues su lectura e interpretación escapan al conocimiento común del Agente del Ministerio Público, juez o autoridad que conoce un caso de índole legal. Por ello, es necesario que se apoyen en peritos especializados. Durante las actividades complejas que involucran la atención de un paciente, en ocasiones, la integración completa del expediente clínico queda relegada, o el llenado de los formatos que lo conforman es deficiente, sin considerar que es precisamente en este documento donde se registra lo más importante: la atención que se le brinda al paciente.

A través de las notas clínicas, las indicaciones médicas y diversos reportes, queda plasmada la relación médico-paciente y la complejidad del ejercicio profesional del médico. Este registro sirve como evidencia de la capacidad, habilidad y experiencia del médico y es una fuente de conocimiento no solo para él, sino, también, para sus colegas y médicos en formación.

Es fundamental contar con un expediente clínico integrado e identificado que permita brindar una atención oportuna, documentada y de calidad, asegurando al paciente un diagnóstico y tratamiento adecuados para su padecimiento. Además, que pueda contribuir a investigación y docencia, y servir como un instrumento jurídico útil. Por lo tanto, es necesario establecer normas de control para alcanzar la calidad requerida en su manejo. Como se ha mencionado, el expediente clínico es la prueba documental de mayor relevancia en un proceso legal, ya sea para desvirtuar o acreditar la presunta responsabilidad del profesional de la salud,

pues en este documento se anota todo el historial médico y cada una de las acciones y atenciones médicas realizadas al paciente, incluso, de manera cronológica.

INNOVACIÓN Y TECNOLOGÍA EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO

Posterior al crecimiento de la urbanización que trajo consigo la Revolución Industrial, la demanda de servicios de salud también incrementó. Los centros de salud evolucionaron hacia grandes complejos de atención sanitaria, donde también comenzó una era importante para los médicos en formación, quienes podían observar, de primera mano, la atención clínica de médicos especialistas. La cantidad de personas atendidas en estos grandes centros hospitalarios, y el creciente número de médicos y especialidades, fueron determinantes para implementar un sistema de registro de datos de pacientes de una forma organizada.³ Tiempo después, durante la Segunda Guerra Mundial, la atención médica aumentó significativamente, lo que incrementó la necesidad de llevar registros clínicos precisos, universales, bien organizados y clasificados en grandes volúmenes. Esta necesidad mejoró la forma de administrar los documentos clínicos y, a su vez, abrió la puerta a una interrogante que se resolvería posteriormente: ¿cómo almacenar grandes cantidades de información y registros médicos del expediente con mayor portabilidad?

Los primeros sistemas médicos electrónicos comenzaron gracias a la investigación académica en algunas grandes universidades con instalaciones hospitalarias, que desarrollaron intentos por implementar un expediente clínico electrónico (ECE) en una versión digitalizada, tomando como base los formularios preexistentes que podían ser personalizados sin perder su estructura inicial. Con el crecimiento tecnológico y las herramientas informáticas, se fueron creando estándares, principalmente en Estados Unidos, donde en la década de los ochenta se desarrolló el *Health Level 7 (HL7)*, cuyo papel principal es el desarrollo de normas certificadas para el intercambio electrónico de información clínica.¹⁰ No obstante, este gran avance también requiere una serie de normas y legislaciones que garanticen en todo momento el cumplimiento adecuado de dichos estándares y procedimientos. La adopción del expediente clínico electrónico ha sido impulsada por iniciativas como la Ley de Tecnología de la Información Sanitaria para la Salud Económica y Clínica (HITECH), en Estados Unidos,¹⁰ que ha funcionado como modelo para la consolidación del expediente clínico electrónico como norma en muchos sistemas de salud, integrando tecnologías como la interoperabilidad de sistemas, la inteligencia artificial y la telemedicina.¹¹

MARCO LEGAL DE APLICACIÓN PARA EL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO Y FÍSICO EN MÉXICO

Las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) son regulaciones técnicas obligatorias en la República Mexicana, emitidas por las dependencias e instituciones expertas en los temas abordados en cada una de ellas. La NOM-004-SSA3-2012, relativa al expediente clínico, establece los criterios para la elaboración, utilización, manejo y conservación de la información contenida en él, así como los aspectos de confidencialidad.⁹

Actualmente, no existe una Norma Oficial que determine los criterios específicos para el ECE, pero sí para los sistemas de información electrónica que manejan expedientes clínicos a través de software. La NOM-024-SSA3-2010 establece los objetivos funcionales y las funcionalidades que deben observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y el uso de estándares y catálogos de la información en los registros electrónicos de salud.¹²

La Ley General de Salud, en sus Artículos 77 Bis 31 y 77 Bis 35, regula la utilización de los registros médicos y establece las sanciones correspondientes por su incumplimiento.¹³ La Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP) es de aplicación obligatoria, tanto para expedientes clínicos físicos como electrónicos. Esta ley establece las obligaciones que garantizan la seguridad y confidencialidad de los datos personales.¹⁴ El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica describe la responsabilidad de las instituciones de conservar y manejar los registros clínicos.¹⁵

Por incumplimiento de las normas de expedientes clínicos, se pueden imponer multas, que varían según la gravedad de la falta, y pueden alcanzar hasta 16,000 veces la Unidad de Medida y Actualización (UMA). Los incumplimientos graves pueden resultar en la cancelación de licencias, permisos y concesiones (Ley General de Salud, Art. 421, 422).¹³

En casos de negligencia en la utilización de los registros o la omisión de las normas y leyes que resulten en daños a los pacientes, se puede imponer responsabilidad penal al personal de salud o a las instituciones. Finalmente, el incumplimiento de la LFPDPPP puede derivar en sanciones administrativas y, en casos extremos, en responsabilidad penal.¹⁴

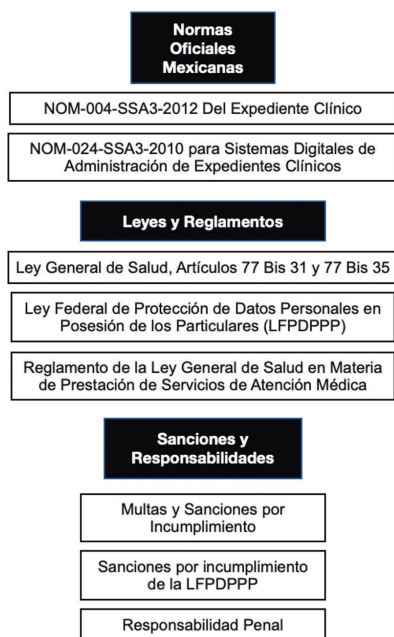


Figura 2. Marco legal de aplicación para el expediente clínico.

DIFERENCIAS PRIMORDIALES ENTRE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS FÍSICOS Y ELECTRÓNICOS

Los expedientes clínicos físicos y electrónicos tienen diferencias fundamentales en términos de formato, accesibilidad, seguridad, almacenamiento y eficiencia. En el caso del ECF, la accesibilidad queda limitada a las personas presentes físicamente en el lugar donde se guarda el expediente. Además, requiere espacio físico para su almacenamiento, lo que lo hace vulnerable a daños físicos y pérdidas. La búsqueda y recuperación de datos es menos eficiente y su actualización puede ser más lenta. Sin embargo, tiene ventajas, como no depender de sistemas informáticos ni de equipos electrónicos específicos, ni de energía eléctrica, lo que lo hace menos vulnerable a ciberataques, una preocupación creciente en la protección de los datos personales de los pacientes.⁷

Por otro lado, el uso y distribución de registros médicos digitales, a través de un ECE, permite el almacenamiento de una gran cantidad de datos, accesibles para que los médicos brinden una mejor atención a sus pacientes.¹⁶ Además, ofrece accesibilidad remota y compatibilidad a través de múltiples dispositivos, y puede ser protegido mediante autenticación de usuarios. Sin embargo, el ECE requiere espacio en servidores físicos o

en la nube, lo que facilita la administración de grandes volúmenes de datos.¹⁷ También mejora la búsqueda y recuperación de información gracias a los motores de búsqueda integrados y permite la actualización veloz, incluso, en tiempo real, de los registros necesarios.¹⁸

Aspecto	Expediente Clínico Físico	Expediente Clínico Electrónico
Formato	Papel	Digital
Accesibilidad	Limitada a ubicación física	Remota, accesible desde cualquier lugar autorizado
Seguridad	Vulnerable a daños físicos y pérdidas	Protegido mediante autenticación y encriptación
Almacenamiento	Requiere espacio físico y manejo	En servidores físicos o en la nube
Eficiencia	Menos eficiente en búsqueda y actualización	Mejora la búsqueda, recuperación y actualización

Tabla 2. Diferencias entre el expediente clínico físico y el ECE

VENTAJAS CLÍNICAS DEL ECE

Las plataformas que albergan los expedientes electrónicos pueden incluir calculadoras de puntajes predictores para diversas patologías, como APACHE II para la mortalidad general asociada a enfermedades, Blatchford y Rockall en el caso de sangrado del tubo digestivo, entre muchas otras. Estas herramientas permiten determinar el pronóstico de la patología del paciente de manera individualizada y basada en métricas estadísticas ya validadas. De igual forma, pueden contener algoritmos de tratamiento, brindando tanto al médico como al paciente la capacidad de tomar decisiones informadas y basadas en datos.¹⁹

Por otro lado, ofrecen la posibilidad de establecer barreras automáticas que impidan el avance en el llenado de los registros médicos hasta que estos cuenten con todas las características esenciales que, por normatividad, deben contener los expedientes clínicos.

En la actualidad, casi todos los sistemas de expediente clínico para la práctica profesional cuentan con funciones que permiten el acceso a la información, de forma remota, desde dispositivos móviles. Este es uno de los aspectos más interesantes y atractivos, ya que la mayoría de los gastroenterólogos atienden a pacientes en una variedad de lugares, a menudo, lejos del consultorio principal del médico.²⁰ Aunque las ventajas pueden ser notables, no debemos ignorar el hecho de que la práctica

médica, y en particular, el uso de tecnologías en la implementación clínica, deja mucho que desear en cuanto a la calidez de la atención. Como médicos gastroenterólogos, no se puede perder de vista el humanismo en la consulta médica, incluso, en acciones tan básicas como la captura de datos.²¹ Para prevenir la pérdida de información en el ECE se pueden utilizar archivadores con control de acceso restringido, encriptación de datos, autenticación multifactor por contraseñas combinadas, y el uso de firewalls o antivirus para protección contra amenazas internas y externas, lo cual también implica una inversión en sistemas electrónicos de vigilancia y protección.²²

Como se ha visto, existen importantes desafíos y desventajas en la implementación del ECE, como la interoperabilidad semántica y el estrés laboral que este sistema genera en los usuarios. Aún quedan cuestiones importantes por resolver para una implementación eficaz del ECE. Es necesario integrar a todos los involucrados en el proceso de cambio, así como establecer las medidas de seguridad necesarias para garantizar la privacidad de la información.²¹

CONCLUSIÓN

Desde la perspectiva biopsicosocial, el ECE representa la mejor opción a largo plazo debido a sus ventajas significativamente importantes en términos de eficiencia, accesibilidad y manejo de información. Aunque su implementación inicial puede ser costosa y desafiante, los beneficios a lo largo del tiempo en calidad de atención médica, coordinación y potencial de integración con tecnologías avanzadas, lo posicionan como la opción ideal. Sin embargo, considerar un enfoque mixto entre el expediente clínico convencional o físico y el ECE en el mediano plazo, permite una transición más suave y accesible, aprovechando las fortalezas de ambos sistemas mientras se avanza hacia una digitalización completa, sin perder de vista los objetivos que promuevan una relación estrecha y significativa entre el gastroenterólogo y sus pacientes.

REFERENCIAS

1. Nisonson I. The medical record. *Bull Am Coll Surg.* 1991;76(9):24-6.
2. Blumenthal D, Tavenner M. The “meaningful use” regulation for electronic health records. *N Engl J Med.* 2010;363(6):501-4.

3. Gillum RF. From papyrus to the electronic tablet: a brief history of the clinical medical record with lessons for the digital age. *Am J Med.* 2013;126(10):853-7.
4. Nunn JF. Ancient Egyptian medicine. *Trans Med Soc Lond.* 1996;113:57-68.
5. Siraisi NG. *Medieval and Early Renaissance Medicine: An Introduction to Knowledge and Practice*: University of Chicago Press; 2009.
6. Hope B. The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity From Antiquity to the Present. *BMJ.* 1998;316(7132):713.
7. Bonner TN. Against the spirit of system: the French impulse in nineteenth-century American medicine. *Med Hist.* 1999;43(1):121-2.
8. Stevens R. In *Sickness and in Wealth: American Hospitals in the Twentieth Century*: Johns Hopkins University Press; 1999.
9. DOF. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. In: Salud Sd, editor. Ciudad de México 2012.
10. Simborg DW. Reflections on the history of interoperability in hospitals. *J Am Med Inform Assoc.* 2023;30(12):2083-5.
11. Valencia Ramón LY, Corona Ferreira A. Expediente clínico electrónico: Estado del arte. *Revista Científica de Salud UNITEPC.* 2021;8:24-34.
12. NOM-024-SSA3-2010, que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud., (2010)
13. Ley General de Salud. Vigente Última reforma publicada DOF 01 04 2024. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
14. Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (LFPDPPP) <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>
15. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestaciones de servicios de atención médica.

16. Abid M, Schneider AB. Clinical Informatics and the Electronic Medical Record. *Surg Clin North Am.* 2023;103(2):247-58.
17. Kobayashi S, Kane TB, Paton C. The Privacy and Security Implications of Open Data in Healthcare. *Yearb Med Inform.* 2018;27(1):41-7.
18. Trout KE, Chen LW, Wilson FA, Tak HJ, Palm D. The Impact of Meaningful Use and Electronic Health Records on Hospital Patient Safety. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(19).
19. Ruffle JK, Farmer AD, Aziz Q. Artificial Intelligence-Assisted Gastroenterology- Promises and Pitfalls. *Am J Gastroenterol.* 2019;114(3):422-8.
20. Kosinski LR. Electronic medical records and the gastroenterologist. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2012;22(1):51-61.
21. Tai-Seale M, Olson CW, Li J, Chan AS, Morikawa C, Durbin M, et al. Electronic Health Record Logs Indicate That Physicians Split Time Evenly Between Seeing Patients And Desktop Medicine. *Health Aff (Millwood).* 2017;36(4):655-62.
22. SDSMA Medical record maintenance. *S D Med.* 2014;67(1):32

Capítulo 6

El Secreto Profesional y Objeción de Conciencia en el Campo de la Gastroenterología

Dr. Éctor Jaime Ramírez Barba^A, Mto. Arturo Vázquez Guerrero^B, Mto. Carlos Arias Guzmán^C, Lic. Sergio Arias Franco^D

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente artículo es aportar algunos elementos que contribuyan a la reflexión y discusión que los profesionales de la salud deben realizar en un contexto en el cual el modelo de atención se ha transformado radicalmente. Esto es resultado de los avances en la ciencia y la tecnología en el campo de la medicina, los cambios en la legislación, las modificaciones en la relación médico-paciente y el empoderamiento de este último, entre otros factores. Las transformaciones recientes obligan a repensar el ejercicio profesional del médico, para que cuente con mayores herramientas que le permitan enfrentar estos cambios y tomar mejores decisiones.

Las cuestiones éticas y legales en el ejercicio de la medicina, que se presentan en el día a día, implican tomar decisiones y realizar acciones, a menudo, en un contexto de gran incertidumbre. Por ello, es necesario reflexionar sobre el nuevo entorno y tener presentes algunos de los principios que guían nuestras acciones y la toma de decisiones: la beneficencia, la no

^ACirujano General, doctor en ciencias en la salud y en administración pública, profesor honorífico de la Universidad de Guanajuato, Diputado Federal en la LX, LXIV y LXV legislaturas.

^BMaestro en derecho, especialista en cirugía gastrointestinal, oncología quirúrgica y salud pública, IMSS Chihuahua, Chihuahua.

^CEconomista y maestro en políticas públicas, especialista en trabajo legislativo del derecho a la salud, políticas públicas y economía.

^DLicenciado en políticas públicas y administración pública, especialista en derecho sanitario y doctorante en administración pública, especialista en trabajo parlamentario en el derecho a la salud, transparencia y anticorrupción.

maleficencia, la autonomía del paciente y la justicia. La beneficencia se entiende como el deber de promover el bien y actuar en el mejor interés del paciente y de la salud de la sociedad. La no maleficencia implica el deber de no causar daño a los pacientes. El respeto por la autonomía del paciente es el deber de proteger y promover sus decisiones libres, sin coacción, lo que incluye el consentimiento informado. La justicia, por su parte, implica la distribución equitativa de los recursos disponibles.¹

SECRETO PROFESIONAL

Nuestro ejercicio profesional implica una serie de acciones que están mediadas por decisiones éticas o reguladas por normas jurídicas: desde la realización de un diagnóstico oportuno y preciso, hasta el establecimiento de un tratamiento eficaz y la ejecución de una serie de acciones que, de acuerdo con la llamada *Lex Artis*, permitan recuperar la salud del paciente y mejorar sus condiciones de vida.

Las decisiones en estos procesos están acompañadas de otras responsabilidades importantes, como mantener el secreto profesional médico, resolver dilemas generados por el desarrollo científico y abordar problemas bioéticos relacionados con la vida, la herencia genética, la muerte, entre otros. El resultado y las consecuencias de nuestras decisiones y acciones pueden llevarnos a serios cuestionamientos morales, o incluso, a enfrentar demandas por *mala praxis*. Por ello, es fundamental que todo el personal se capacite y actualice constantemente, ya que, como se ha señalado, la medicina se encuentra en permanente evolución y requiere la actualización de conocimientos y capacidades para su ejercicio, de acuerdo con lo que determina la norma y la *Lex Artis* médica.

La relación médico-paciente es, con frecuencia, desigual o asimétrica, por lo que las decisiones deben tomarse dentro de límites éticamente válidos y de acuerdo con las disposiciones de las normas legales. El ejercicio de la medicina, en este entorno, debe considerar las circunstancias del paciente, tanto a nivel individual como social. Los médicos deben tener en mente los posibles conflictos y distinciones entre las obligaciones éticas y legales al tomar decisiones clínicas, y deben buscar asesoramiento cuando les preocupen las posibles consecuencias legales de sus decisiones.

En el ejercicio profesional destacan dos aspectos de gran relevancia sobre los que me permito abundar: el secreto profesional y la objeción de conciencia. El primero está estrechamente relacionado con el derecho a la intimidad del paciente y se manifiesta a través de la confidencialidad de

ciertos aspectos de su vida que el paciente no desea que se hagan públicos sin su autorización. Sin embargo, esto no exime al personal médico de la obligación de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

El secreto profesional es una obligación constitucional y legal. El artículo 6.º, apartado A, fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos² establece que la información que se refiere a la vida privada y los datos personales será protegida en los términos y con las excepciones que fijen las leyes. El incumplimiento de estas disposiciones genera responsabilidades de diversa índole, incluyendo las penales.

En tratados internacionales de los que México es parte, se encuentra la Declaración Universal de Derechos Humanos, donde se establece en su artículo 12.º la prohibición de injerencias en la vida privada de las personas, lo que incluye su información. Asimismo, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, se prevé en su artículo 17.º, apartado 1, que nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada.

Es fundamental tener claridad respecto a cuáles son los datos o la información que están sujetos al secreto profesional, conocer la legislación vigente y otros instrumentos de autorregulación de la profesión, como los códigos deontológicos. La observancia y cumplimiento de estos instrumentos establecen y cimientan la relación de confianza entre el paciente y el médico tratante.

El secreto médico abarca la enfermedad misma, las exploraciones, pruebas, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, hospitalización e, incluso, la historia clínica, cuya custodia debe garantizarse. Es importante considerar que existen excepciones a este deber de secreto profesional médico. Entre los casos legalmente previstos se encuentra la obligación de notificar a las autoridades hechos posiblemente constitutivos de delito, como se establece en el artículo 19.º, fracción V, y el artículo 92.º del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Otra excepción al secreto profesional ocurre cuando el médico debe presentar el expediente clínico, notas médicas y otros documentos para demostrar que actuó conforme a la *Lex Artis* médica en un proceso de responsabilidad relacionado con la atención brindada. En este caso, prevalece el derecho a una adecuada defensa sobre la privacidad de los datos del paciente en relación con su estado de salud.³

El secreto profesional no es absoluto. Aunque la regla general es no divulgar la información obtenida en el ejercicio profesional, existen ciertos y muy puntuales casos, en los cuales esa obligación de confidencialidad cede ante otros derechos u obligaciones.

En este contexto, es importante señalar que existen varios aspectos sobre los cuales debemos reflexionar, como los alcances del secreto profesional en situaciones de emergencia, como la reciente pandemia por SARS-CoV-2, o cuando la salud del paciente pone en riesgo la salud de su familia o de la sociedad. El secreto médico debe mantenerse a toda costa, salvo en los casos mencionados.

En nuestro país, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido que el derecho a la protección de la salud tiene dos dimensiones: una individual y otra social.⁴ La protección a la salud de las personas en lo individual se traduce en la obtención de un determinado bienestar general, que incluye el estado físico, mental, emocional y social de la persona, y del cual deriva otro derecho fundamental, el derecho a la integridad físico-psicológica. Por otro lado, respecto a los problemas de salud que afectan a la sociedad en general, la Corte establece los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud, lo que incluye el desarrollo de políticas públicas, controles de calidad de los servicios de salud e identificación de los principales problemas que afectan la salud pública.

¿Qué tan lejos debe mantenerse el secreto profesional cuando, en la atención individual, se detecta un problema que podría convertirse en una amenaza para la salud pública? El secreto profesional no es absoluto y podría limitarse en beneficio de la persona o de la sociedad. ¿Hasta dónde debe protegerse la intimidad y la privacidad de los pacientes cuando está en juego el bien común y el bienestar general, y qué derechos deben prevalecer? ¿En qué casos no se requerirá el consentimiento previo para revelar el secreto?

Por supuesto, la decisión dependerá de cada caso específico, pero es necesario que desde el ejercicio profesional se contribuya a la discusión para avanzar en la generación de un marco legislativo que proteja de manera eficaz los derechos del paciente y del personal de salud, y que, también, establezca un marco general para las excepciones y criterios para determinarlas. El principio de responsabilidad nos invita a reflexionar y comprometernos con la vulnerabilidad de la naturaleza humana sometida a la intervención del hombre.

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Por otro lado, el derecho a la objeción de conciencia en nuestro país deriva del derecho humano a la libertad de conciencia y religión, contenido en el artículo 24.º constitucional, y de varios tratados internacionales firmados y ratificados por México, en los cuales se reconoce el derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión que tiene toda persona.

La objeción de conciencia permite a las personas actuar según sus convicciones más profundas o sus creencias, incluso, cuando estas convicciones entran en conflicto con las leyes o las normas sociales. Por tal motivo, no es un derecho absoluto y debe ejercerse con responsabilidad, de manera que se encuentre un justo equilibrio con otros derechos y libertades. En el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia y el de protección de la salud, se debe tener en cuenta el deber deontológico del médico, que lo compromete a emplear sus conocimientos científicos para cuidar la vida y mejorar la salud del paciente.

Es evidente que la objeción de conciencia es una de las cuestiones más debatidas y complejas en el campo de la salud. Los profesionales sanitarios, en muchos casos, enfrentan el dilema de respetar las decisiones de los pacientes, o las disposiciones de las normas y, al mismo tiempo, ser congruentes con su forma de pensar, creencias y valores.

En septiembre de 2021, la Suprema Corte de Justicia de la Nación resolvió una acción de inconstitucionalidad en la que reconoció la objeción de conciencia como un derecho y exhortó al Congreso de la Unión a que, en el ámbito de sus competencias, lo regule en materia sanitaria, sugiriendo considerar algunos requisitos mínimos señalados en la parte considerativa de su sentencia.⁵

A finales de octubre de 2023, la Cámara de Diputados aprobó un dictamen,⁶ con proyecto de decreto, por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud en materia de objeción de conciencia, el cual fue turnado a la Cámara de Senadores, en su calidad de cámara revisora, donde se encuentra pendiente de dictamen. Sin embargo, este dictamen no logra la armonización jurídica necesaria para el ejercicio efectivo tanto del derecho a la salud como del derecho a la objeción de conciencia.

El dictamen de la iniciativa, presentada por el grupo parlamentario de Morena y sus aliados, incorpora un extenso catálogo de límites y obstáculos al ejercicio de la objeción de conciencia, lo que lo hace nugatorio. Eventualmente, el Senado tendrá que discutir lo aprobado en la Cámara de Diputados, lo que abre la posibilidad de realizar los cambios necesarios para garantizar el ejercicio efectivo de dichos derechos.

En el dictamen aprobado por los diputados se criminaliza y sanciona a quienes hagan valer este derecho en las instituciones de salud, ya que se contemplan sanciones civiles, administrativas e, incluso, penales para los médicos y personal de enfermería que, “bajo la premisa de objeción de conciencia”, ocasionen retraso o entorpecimiento de los servicios de salud.

Con las modificaciones a la Ley General de Salud se sancionará a la comunidad médica por el retraso en los servicios de salud, cuando es a la autoridad sanitaria a quien corresponde garantizar que existan las condiciones necesarias para que los pacientes sean atendidos con oportunidad y calidad, así como que exista la infraestructura y los medicamentos necesarios.

El dictamen aprobado, que había sido rechazado en diversas ocasiones por su contenido violatorio de los derechos humanos, impondrá barreras en la ley que dificultarán el ejercicio de la objeción de conciencia, limitando el derecho de los profesionales de la salud a ejercer la medicina en libertad. También señala que la Secretaría de Salud será la autoridad competente para determinar la procedencia de la objeción de conciencia. Esta autoridad deberá pronunciarse en un plazo breve, y, de no hacerlo, se considerará que opera la negativa ficta, lo cual implica negar el derecho a la objeción de conciencia.

Desde nuestro punto de vista, el dictamen aprobado atenta contra la autonomía y la libertad de la persona. El derecho a la objeción de conciencia, conforme a nuestra Constitución, es individual y corresponde a cada persona ejercerlo, ya que en este proceso se manifiestan sus convicciones éticas, morales y religiosas. Ninguna autoridad debe condicionarlo o negarlo de manera arbitraria, teniendo como único límite los derechos humanos de terceras personas. Sin embargo, en la práctica, será muy difícil que algún profesional de la salud pueda ejercer su derecho a la objeción de conciencia.

Otro aspecto es la propuesta de generar un registro de objetores de conciencia para identificar a quienes han manifestado su derecho a no participar en procedimientos médicos que vulneren sus convicciones personales. Esto puede resultar en una grave violación a los derechos de miles de médicos y personal de enfermería, exponiéndolos al estigma, la discriminación y señalamientos públicos que afecten el desarrollo profesional de los objetores, así como al riesgo de ser hostigados, amenazados o a que esto sea un factor determinante para ser despedidos.

La objeción de conciencia no es una cuestión de religión o ideología sino, de derechos fundamentales. Un derecho no puede, ni debe anular el ejercicio de otro derecho, por lo que el Senado de la República enfrenta el enorme reto de corregir el dictamen.

Ante el reconocimiento de la objeción de conciencia como un derecho, por parte de la Suprema Corte, es necesario reflexionar sobre los mecanismos jurídicos necesarios para ejercerlo sin afectar otros derechos. La mayor complejidad se presenta en el área de la salud, debido a la dificultad de conciliar dos aspectos esenciales: el ejercicio de la libertad de conciencia, pensamiento y creencia religiosa, frente a la obligación del Estado de prestar servicios

de atención médica. Una legislación inadecuada pone en riesgo el derecho de los particulares a ejercer su libertad de creencias y podría llevar al propio Estado a anular este derecho. El reto, entonces, es que el Congreso tenga la capacidad de generar normas de aplicación general que no sean excluyentes.

CONCLUSIONES

El rápido avance en las ciencias médicas y los cambios en la legislación plantean desafíos éticos y legales, significativos, en la práctica de la gastroenterología. Es crucial lograr una comprensión detallada del secreto profesional y la objeción de conciencia, enfatizando las controversias y los dilemas actuales en el contexto mexicano.

El secreto profesional en gastroenterología es un pilar fundamental que asegura la confianza entre médico y paciente. Este principio no solo es una norma ética, sino, también, un mandato legal protegido por diversas leyes mexicanas, incluidas la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud. La confidencialidad abarca todos los aspectos del cuidado del paciente, desde el diagnóstico hasta el tratamiento y la gestión de su información personal. Sin embargo, existen excepciones legales que permiten la divulgación de información confidencial en situaciones específicas, como reportes de enfermedades contagiosas o casos de abuso, lo que puede generar tensiones entre el deber de confidencialidad y la obligación legal o moral de reportar ciertos hechos.

La objeción de conciencia permite a los médicos abstenerse de realizar procedimientos que contradigan sus principios éticos, morales o religiosos. Aunque este derecho está reconocido en el artículo 24.º de la Constitución Mexicana, su implementación en el ámbito sanitario ha sido objeto de intenso debate. En 2021, la Suprema Corte de Justicia de la Nación reconoció el derecho a la objeción de conciencia e instó al Congreso a regular esta materia de manera que no comprometa el derecho al acceso a la salud. Las propuestas legislativas han buscado equilibrar este derecho con la necesidad de proporcionar servicios médicos sin discriminación ni retrasos. Sin embargo, los críticos argumentan que las regulaciones propuestas podrían limitar severamente la práctica de la objeción de conciencia, imponiendo sanciones a quienes la ejerzan bajo ciertas circunstancias. Esto ha generado preocupaciones sobre la libertad de los profesionales médicos y el posible impacto en la atención al paciente.

El debate sobre la objeción de conciencia en México se ha intensificado con las recientes reformas propuestas al sistema de salud. Las críticas

se centran en cómo las leyes pueden proteger tanto el derecho a la objeción de conciencia como el derecho a recibir atención médica oportuna y sin discriminación. Los desafíos incluyen la definición de los límites y las condiciones bajo las cuales los médicos pueden objetar, así como las garantías para que la atención del paciente no se vea comprometida. Además, se ha propuesto la creación de un registro de objetores de conciencia, lo que ha suscitado preocupaciones sobre la privacidad y la posible estigmatización de los médicos que ejerzan este derecho.

El manejo del secreto profesional y la objeción de conciencia en gastroenterología requiere un enfoque cuidadoso y bien regulado que respete tanto los derechos del paciente como los del médico. Es imperativo que los gastroenterólogos participen activamente en el debate legislativo y en la formulación de políticas para asegurar que las leyes reflejen un equilibrio justo entre los derechos individuales y las necesidades de la sociedad. La educación continua en ética médica y legal es fundamental para enfrentar estos desafíos y promover una práctica médica que sea éticamente sólida y conforme a la ley.

REFERENCIAS

1. American College of Physicians, Manual de Ética, Cuarta Edición, 1998. <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2015/10/manual-etica.pdf>
2. Ver, <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum.htm>
3. Uscanga Barradas Abril y Díez García Javier, "El secreto profesional y sus límites", en Reflexiones desde la ética social para la prevención del delito, Sandra Gómora Juárez y José Antonio Álvarez León, Coordinadores, Primera edición, 2022, UNAM, ISBN IMPRESO: 978-607-30-6482-8, ISBN ELECTRONICO: 978-607-30-6481-1.
4. Ver, <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2019358>
5. Suprema Corte de Justicia de la Nación, Acción de Inconstitucionalidad 54/2018, 21 de septiembre de 2021, <https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emblematicas/resumen/2022-06/Resumen%20A154-2018%20DGDH.pdf>
6. Dictamen de la Comisión de Salud, con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de objeción de conciencia. <https://gaceta.diputados.gob.mx/PDF/65/2023/oct/20231031-IV.pdf#page=2>

Capítulo 7

Dilemas Éticos en la Práctica Profesional

Dr. Alberto Lifshitz^A

INTRODUCCIÓN

La práctica profesional de los médicos se ha sustentado, históricamente, en sus fundamentos científicos, en destrezas personales (siendo “la más sensorial de las profesiones”), en un creciente complemento tecnológico y en lo que se ha identificado como habilidades no cognitivas.¹ Estas habilidades incluyen afabilidad, colaboración, defensa del paciente, compasión, conciencia, empatía, ecuanimidad, equidad, humildad, entre otras. La reglamentación de esta práctica ha estado a cargo de diversas entidades, tanto oficiales como académicas, pero, sobre todo, se ha regido por una autorregulación sustentada en la naturaleza benefactora de la profesión y su vocación de servicio.

Aunque la práctica médica ha sido guiada por una ética normativa, el vertiginoso avance social, científico y tecnológico ha dejado atrás algunos de estos preceptos. Para muchas de las decisiones que los médicos contemporáneos deben asumir no hay precedentes. Por lo tanto, más que acudir a documentos normativos y seguirlos religiosamente, se debe aspirar a una ética secular, racional, flexible, transparente, prospectiva y multidisciplinaria. A diferencia de la moral, que suele tener un origen social, la ética es un ejercicio de libertad en el que uno debe quedar en paz consigo mismo.² Cada decisión que los médicos toman tiene un componente ético, que a veces pasa inadvertido o se considera obvio, pero siempre conviene escrutarlo de manera propositiva y resolverlo dialécticamente. Aquí se mostrarán solo algunos cuestionamientos que un médico reflexivo tiende a hacerse, algunas maneras de estructurarlos y ciertas bases para intentar resolverlos.

^AAcademia Nacional de Medicina, Escuela de Medicina Saint Luke.

EL MÉDICO COMO DECISOR

Si se acepta que el médico es, sobre todo, un tomador de decisiones, esta afirmación contrasta con lo poco que se aborda pedagógicamente esta habilidad en la etapa formativa. A pesar de que existen al menos dos teorías para abordar la toma de decisiones, la teoría de las decisiones, que describe los pasos a seguir, y la teoría cognitiva, que explica cómo se desenvuelven las mentes de los expertos tomadores de decisiones, la mayoría de los médicos deben aprender, a través del método de prueba y error, lo cual es, ciertamente, riesgoso en la práctica clínica, donde los errores pueden ser fatales para los pacientes.³

Las decisiones que tomamos los médicos se realizan muy pocas veces en condiciones de certeza; la mayoría de las veces se toman en condiciones de incertidumbre. Por lo tanto, una de las habilidades vocacionales necesarias para la profesión es saber lidiar con la incertidumbre. En el mejor de los casos, estas decisiones se toman en condiciones de riesgo, basadas en estudios de investigación, que permiten hacer una estimación probabilística de los desenlaces, utilizando información publicada. Hoy en día, las decisiones médicas se pueden estructurar mediante una estrategia informática llamada “análisis de decisiones”, que, además, puede ayudar a elegir la mejor opción mediante su procesamiento digital.

La naturaleza de las decisiones que los médicos deben saber tomar es muy diversa. Desde luego, abarca las funciones clásicas de la medicina: diagnósticas, terapéuticas y pronósticas, pero hay muchas más, como las decisiones económicas, de jerarquización, prioridades, políticas, diplomáticas y, las que importan para este escrito, éticas.

DILEMAS Y CONFLICTOS

Por fortuna, muchas de las decisiones no representan mayores dificultades cuando es obvio que alguna de las alternativas es, claramente, superior a las otras. Sin embargo, otras veces la elección no es tan sencilla porque se presentan opciones competitivas. En el terreno ético, esta última disyuntiva es relativamente común. Se considera que hay un dilema cuando las opciones son aproximadamente del mismo valor, ambas relacionadas con la responsabilidad primaria; en cambio, se habla de conflicto cuando las opciones competitivas tienen un valor diferente: una de ellas está relacionada con la responsabilidad primaria, mientras que la otra se vincula con una responsabilidad secundaria que, aunque lo sea, no es ilícita, intrascendente o sin valor.

El interés primario puede estar ligado al deber profesional, a la responsabilidad social, al compromiso laboral y a otras formas de convenio. Para los médicos, el interés primario debería ser la salud de su paciente; para los investigadores, la verdad científica; para los maestros, el aprendizaje de los estudiantes. Los intereses secundarios también son legítimos, incluso, necesarios o deseables, y, en todo caso, su importancia radica en el peso relativo que tienen o aparentan tener en las decisiones. Suelen ser intereses secundarios los financieros, los vinculados con preferencias personales, los políticos, académicos, religiosos o gremiales. En este escrito se abordarán algunos de los dilemas más característicos de la profesión médica, así como aquellos que se califican más apropiadamente como conflictos.

AUTONOMÍA-BENEFICENCIA

La ética de principios ha consagrado los valores de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.⁴ El principio de autonomía, una de las principales aportaciones del movimiento de la bioética, se refiere a la autodeterminación de las personas competentes. Esto implica tomar en cuenta y, si es posible, acatar las preferencias del paciente; para algunos, estas preferencias tienen, incluso, mayor peso que las del médico. Este reconocimiento significa un cambio radical en lo que había sido la relación médico-paciente durante siglos, en la que el médico tomaba las decisiones y el paciente tenía solo el papel de obedecer, siendo el buen paciente aquel que era obediente, sumiso, acrítico y disciplinado. Ese modelo, identificado con el paternalismo, donde el médico actúa como un padre para su paciente, buscando siempre su bienestar, también fue llamado "hipocrático". Sin embargo, hoy en día, el paciente ha adquirido conciencia de sus derechos, expresa sus preferencias, exige que se respeten y ha aprendido a demandar y reclamar.

Si un profesional se compromete a respetar la autonomía del paciente, se obliga a acatar sus decisiones en la medida de lo posible. Sin embargo, es cierto que la autonomía tiene límites: el paciente debe ser competente, es decir, capaz de comprender plenamente las decisiones que están en juego y las consecuencias de cada una de ellas. No se consideran competentes, por ejemplo, a los niños pequeños (en cuyo caso se recurre a un decisor subrogado, generalmente, uno de los padres), a los pacientes con demencia profunda, a aquellos en coma, y existe debate sobre la competencia de las personas abrumadas por la depresión, ya que las decisiones tomadas en estas circunstancias a menudo difieren de las que tomarían al superar el estado depresivo. Además de la competencia, ejercer la autonomía requiere que el paciente disponga de información completa, sin engaños ni sesgos por parte del médico, y que esté libre de cualquier tipo de coerción, ya sea física o emocional.

Hay pacientes que prefieren no ejercer su autonomía y eligen subrogar sus decisiones al médico en quien confían o a algún familiar, lo cual parece ser más común en la sociedad mexicana que en la de otros países. El dilema ético para el médico se plantea de la siguiente manera: ¿debo respetar las preferencias del paciente, aunque sé que le perjudican, o debo hacer lo que más conviene a su salud, aunque el paciente no esté de acuerdo? Un ejemplo extremo, aunque no excepcional, es la necesidad de transfundir sangre a un testigo de Jehová o las personas que se niegan a ser intervenidas quirúrgicamente porque sus creencias les obligan a permanecer anatómicamente íntegros.

SANTIDAD DE LA VIDA – CALIDAD DE LA VIDA

Este dilema se presenta en los pacientes terminales. Por un lado, está el precepto de que la vida humana es sagrada (avalado por la mayoría de las religiones) y debe respetarse desde su creación hasta su última manifestación vital. Por otro lado, está la idea de que existen diversos grados de calidad de vida y, para algunos, hay un punto en el que ya no se puede considerar que sea verdaderamente vida. Quienes se afilian a la idea de que todas las vidas son sagradas han propiciado ciertas acciones que se enmarcan en lo que se ha llamado “encarnizamiento terapéutico”. Por su parte, aquellos que valoran más la calidad de vida tienden a ser partidarios de la eutanasia y el suicidio asistido. La posición intermedia es la que sostiene que solo es sagrada la vida que tiene un mínimo de calidad.

PRIMUM NON NOCERE Y SUS LÍMITES

Este principio se asume como la principal responsabilidad de los médicos.* Muchos de los textos más difundidos de ética consideran que no causar daño es la obligación más importante a la que están comprometidos los médicos y que todas las demás acciones deben supeditarse a esta premisa. La sociedad misma ha adoptado esta máxima y reclama a los médicos cuando provocan daños; incluso, se ha creado un gran capítulo de la nosología dedicado a enfermedades o daños iatrogénicos, calificando a los profesionales como agentes nocivos, más dañinos incluso que los microorganismos o los accidentes. Si esta fuera la principal obligación de los médicos, lo más conveniente sería que no hicieran nada, que cayeran en una parálisis operativa, pues sería la única forma más o menos segura de no causar daño (aunque, ciertamente, podría haber daño por omisión).⁵

Según el “principio del acto de doble efecto”, todas las acciones, no solo las de los médicos, pueden tener un efecto bueno y uno malo.⁶ Remover la vesícula biliar, por ejemplo, tiene el efecto positivo de evitar nuevas crisis de dolor (cólicos vesiculares) y eventuales complicaciones, pero también tiene el efecto negativo de provocar dolor por la intervención quirúrgica, de excluir temporalmente al paciente de sus actividades habituales y de presentar el riesgo de complicaciones posquirúrgicas. Incluso, una simple inyección intramuscular tiene el efecto positivo de permitir que el medicamento llegue al sitio donde se necesita, pero también el efecto negativo del dolor en el sitio de la punción. La regulación ética considera que, si quien decide solo desea el efecto bueno, si el efecto malo es necesario para que se presente el efecto bueno y si existe una desproporción a favor del efecto bueno, se puede considerar un acto éticamente válido.

Los médicos a menudo causamos daño involuntario, pero lo hacemos a cambio de un beneficio mayor, lo cual puede considerarse completamente legítimo. Varias medicinas alternativas se promocionan con la idea de que, al menos, no hacen daño, a diferencia de la medicina científica o hegemónica. La autorización tácita que los médicos solemos dar cuando un paciente nos pregunta es: “si no te hace bien, no te hace mal”. Sin embargo, ese no es el propósito de los remedios contra la enfermedad.

RACIONAMIENTO DE LOS RECURSOS Y CLASIFICACIÓN DE LAS PERSONAS

Las necesidades casi siempre superan los recursos disponibles para satisfacerlas. Incluso, el tiempo que los médicos pueden dedicar a la atención de los pacientes es insuficiente para cubrir lo que muchos de ellos requieren. Esto es aún más evidente cuando se trata de recursos escasos o costosos que no alcanzan para todos. Es el caso, por ejemplo, de una cama en cuidados intensivos, un órgano para trasplante, un medicamento difícil de conseguir o, como ocurrió durante la pandemia de COVID-19, la escasez de tanques de oxígeno y ventiladores. En esos casos y otros similares, se debe recurrir al racionamiento, es decir, a la distribución de recursos bajo ciertos criterios.⁷

Cualquier tipo de racionamiento tiene implicaciones éticas y es doloroso, pero no se pueden eludir las decisiones, aunque no siempre se tiene conciencia de lo que las guía. Comúnmente, el criterio para racionar ha sido la prioridad en la demanda: el que llega primero tiene acceso al recurso, hasta que se agotan las existencias. Dependiendo del tipo de sociedad, también se practica un racionamiento económico: quien tiene los medios para pagarlo, puede obtenerlo. Otro criterio utilizado es el azar,

dejando que la suerte determine quién accede al recurso, o uno discrecional, en el que el decisor elige según sus preferencias personales sin necesidad de dar explicaciones. En muchas unidades de atención se aplica un criterio utilitario, que clasifica a las personas según su utilidad social; bajo este criterio, algunas personas son consideradas más valiosas para la sociedad que otras: un joven más que un anciano, un trabajador más que un desempleado, un padre de familia más que un dependiente, y los recursos se asignan de acuerdo con estas preferencias. Aunque este criterio es común, ha sido objeto de numerosos cuestionamientos. También se puede racionar estimando la magnitud de la necesidad y asignando recursos, primordialmente, a quien más lo necesita, o bien considerando cuánto beneficio puede obtener cada uno de los candidatos, de manera que el recurso se destine a quien más pueda beneficiarse. Varios de estos criterios fueron puestos a prueba durante la pasada pandemia.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Como se señaló previamente, un conflicto surge cuando se deben tomar decisiones entre dos alternativas: una relacionada con el interés primario y la otra con un interés secundario. Cuando este último parece tener una importancia mayor y afecta al interés primario, se constituyen los conflictos de interés. El conflicto más común, que la mayoría de los médicos suele resolver fácilmente, es el interés económico cuando entra en competencia con la atención de los pacientes. El caso extremo sería dejar de atender a un paciente si no se le pagan los honorarios, a pesar del deber de atención. Afortunadamente, esta situación es excepcional, ya que casi todos los profesionales atienden a muchos pacientes de manera gratuita. Sin embargo, existen muchos otros conflictos de interés (o de intereses), entre ellos la controvertida objeción de conciencia, en la que algunos colegas se excusan de realizar ciertas acciones médicas porque van en contra de sus convicciones. Un ejemplo de objeción de conciencia se encuentra en los reclutas que se negaron a ir a la guerra, incluidos algunos personajes famosos, argumentando que su conciencia no les permitía ser violentos.

Algunos ejemplos menos obvios de conflictos de interés incluyen a los investigadores que priorizan su protocolo de investigación sobre su responsabilidad hacia los pacientes; los médicos que posponen la atención de los pacientes por asistir a un evento académico (lo cual tiene una justificación en la necesidad de mantenerse actualizados para ser más eficientes como profesionales); los compromisos adquiridos con empresas que patrocinan investigaciones o asistencia a congresos, a cambio de lo cual los beneficiados hablan bien de sus productos o los prescriben preferentemente, entre otros.

Una de las soluciones que se han propuesto para moderar los aspectos éticos de los conflictos de interés ha sido la de transparentarlos, declararlos y no ocultarlos o enmascararlos. Hoy en día, muchos conferencistas, investigadores y ensayistas han optado por evidenciar sus conflictos de interés o asegurar explícitamente que no los tienen, y muchos editores y organizadores de eventos académicos lo exigen.

PERVERSIÓN DE LOS INCENTIVOS

Como muchas actividades humanas, la profesión médica está vinculada a ciertos incentivos: reconocimientos, ascensos, ingreso a organismos académicos, estímulos por puntualidad y asistencia, premios de desempeño, diplomas y certificados, fama pública, entre otros. Todos estos incentivos tienen como objetivo promover una conducta profesional adecuada y ejemplar. Sin embargo, al igual que en otras actividades humanas, estos incentivos pueden pervertirse cuando se vuelven más importantes que aquello que se pretende incentivar. Es decir, cuando dejan de ser medios y se convierten en fines, cuando lo que importa es el premio o el reconocimiento, y no la conducta profesional que se intenta fomentar. Este es, en última instancia, otro conflicto de interés.

MENTIRAS PIADOSAS

El apego a la verdad es una responsabilidad ética y filosófica irrefutable, al igual que lo es evitar causar más daño a los pacientes. Esta disyuntiva entre honrar la verdad, por un lado, y evitar que esta genere mayor sufrimiento, por el otro, puede identificarse como un auténtico dilema.

Es cierto que vivimos en un mundo saturado de mentiras y que la verdad se ha banalizado; basta con observar la cantidad de noticias falsas (*fake news*) que circulan, la posverdad, la pseudociencia, el descrédito ideológico de la ciencia, la publicidad engañosa y la ética de ciertos comerciantes, para llegar a pensar que mentir puede ser válido si se persigue un propósito noble. Las mentiras piadosas pretenden evitar que aumente el sufrimiento de un paciente, y, con frecuencia, son sugeridas por sus familiares. En algunos países están totalmente proscritas o no se acostumbran y se prefiere informar con la verdad, aun cuando esta sea cruel, en parte para evitar demandas y reclamaciones. En México, por otro lado, se tiende a amortiguar la verdad, a posponerla o, en algunos casos, a negarla abiertamente cuando las circunstancias lo parecen exigir.

Además de los valores éticos, también hay consideraciones prácticas. La confianza del paciente en su médico se basa en la creencia de que está recibiendo la verdad. Cuando el paciente descubre que la persona en la que confiaba le ha mentado, aunque sea por buenas razones, se produce una ruptura en la relación. Algunos colegas se limitan a responder escuetamente las preguntas de los pacientes sin decir mentiras; hay pacientes que prefieren no saber la verdad. Si el paciente no pregunta, no mencionan los pronósticos. Otros prefieren administrar la verdad: liberarla paulatinamente, en el momento en que el paciente parece estar mejor preparado, en el lugar apropiado y ante los testigos pertinentes. Sin mentir, se busca mantener una cierta esperanza, pero siempre es conveniente que el paciente se prepare para lo que está por venir.

ÉTICA EDUCATIVA

En este ámbito, los dilemas y conflictos son frecuentes, especialmente, en las relaciones entre maestros y alumnos.⁸ Históricamente, esta ha sido una relación bastante asimétrica, con el docente dando órdenes y el estudiante obediendo ciegamente. Al margen de las consideraciones éticas de cualquier relación interpersonal, esta asimetría limita algunas posibilidades educativas para los discentes. Los principios éticos recomendados en la ética clínica también aplican a la ética educativa: la autonomía de los estudiantes, la beneficencia como propósito de los docentes, la no maleficencia y la justicia o equidad.

La tradición también ha valorado el maltrato como estrategia educativa (“la letra con sangre entra”) y el conductismo, que promueve el aprendizaje con el único propósito de ganar un premio y evitar un castigo, lo que convierte el aprendizaje en un mal necesario (“ni modo, tengo que aprender para que no me castiguen”). El respeto al otro ha sido exigido de los alumnos hacia los profesores, pero no en el sentido contrario, de los profesores hacia los estudiantes. La falta de respeto de los profesores hacia los alumnos se ha manifestado históricamente de diversas maneras: exhibiendo sus limitaciones, divulgando sus calificaciones, encomendándoles tareas extracurriculares o imponiéndoles castigos humillantes.

Aunque probablemente siempre ha existido, hoy en día es muy clara una brecha cognitiva generacional, ya que muchos maestros son migrantes tecnológicos, mientras que los alumnos son nativos. Esto implica diferencias en los enfoques con los que se enfrenta el conocimiento, diferencias que trascienden lo tecnológico: inmediatez, interacción mediada, atención distribuida, mensajes breves y enfocados, y esfuerzos por eludir el aburrimiento. Superar esta brecha exige que alguno de los dos cambie y es necesario reconocer que los alumnos no lo harán, por lo que el esfuerzo debe venir de los maestros.

LO DEONTOLÓGICO Y LO TELEOLÓGICO

En las sociedades contemporáneas conviven diversas teorías éticas que, si bien no son antagónicas, sí generan confusiones, especialmente entre las generaciones jóvenes. Las teorías teleológicas (consecuencialistas) consideran la importancia de los resultados; así, si un paciente se recupera satisfactoriamente, se considera que las acciones realizadas fueron buenas, incluso si hubo alguna falla en el proceso. Por otro lado, las teorías deontológicas otorgan mayor importancia al proceso, calificando una acción como ética si se lleva a cabo de acuerdo con ciertas reglas, independientemente del resultado final, en el que influyen muchas otras variables. Como consecuencia, muchos colegas ya no se comprometen con los resultados, sino, únicamente, con ejecutar los procedimientos de manera impecable.

PROFESIONALISMO Y APOSTOLADO

El médico es un ser humano; por lo tanto, puede cometer errores, ser objeto de emociones y pasiones y ser víctima de su subjetividad. No obstante, la imagen idealizada lo percibe como un apóstol, cercano a la perfección, ya que muchos de sus defectos humanos podrían ser fatales para los pacientes, y la sociedad considera que el médico no puede permitirse ejercer su afectividad. En esta disyuntiva, surge la idea del profesionalismo, que, admitiendo la condición humana del médico, lo compromete con ciertos principios que caracterizan una actuación profesional.⁹ Dado que el juramento hipocrático, con toda su importancia histórica, ha quedado en el nivel de símbolo, se ha propuesto que sea sustituido por el "Estatuto de Profesionalismo"¹⁰ difundido por la Federación Europea de Medicina Interna. Los principales compromisos de este estatuto incluyen la competencia profesional, la honestidad, la confidencialidad, las buenas relaciones interpersonales, la calidad de la atención, el conocimiento científico y el manejo de los conflictos de interés.

EPÍLOGO

Cada acción tiene un componente ético y, más que regularla con normas y prohibiciones, requiere una reflexión profunda por parte de quienes la llevan a cabo. Los espacios para la reflexión son escasos, debido a la desproporción entre la demanda y las respuestas organizadas. Sin embargo, es importante tomarse el tiempo, no solo para evitar causar daños, sino, también, para crecer profesionalmente.

REFERENCIAS

1. Warm EJ, Kinnear B, Lance S, Schauer DP, Brener J: What behaviors define a good physician? Assessing and communicating about non-cognitive skills. *Acad Med* 97 (2022): pp 193-199
2. Savater F: *Los caminos de la libertad. Ética y educación*. ITESM FCE. Cuadernos de la Cátedra Alfonso Reyes. 2003
3. Sánchez-Mendiola M: Toma de decisiones en medicina: papel de la incertidumbre. En: Sánchez-Mendiola M y Martínez-Franco AI: *Informática biomédica* (3ª edición). Elsevier. Facultad de Medicina UNAM. Pp 129-140
4. Beauchamp TL, Childress JF: *Principles of Biomedical Ethics*. (8ª edición). Oxford University Press. Reino Unido.
5. Lifshitz A: El significado actual de Primum non nocere. *Med Int Méx* 19 (2003):pp 36-40
6. Krauss A: Principio del doble efecto. Unas notas. *Nexos*. México. 9 mayo 2016.
7. Consejo de Salubridad General: *Guía bioética para asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia*. Mé
8. Lifshitz A: *Ética en la docencia médica*. *Gac Méd Méx* 136(2000): pp 399-404
9. Muñoz-Merino J, Pinilla-Monroy AC: El paciente entre la bioética y la práctica médica: profesionalismo médico. *Medicina y Ética* 35 (2024):pp 537-543
10. Profesionalismo médico en el nuevo milenio: un estatuto para el ejercicio de la medicina. *Ann Intern Med* 136(2002):243-246

Capítulo 8

Guías de Práctica Clínica. Criterios de Aplicación

Dr. Juan Miguel Abdo Francis^A, Dra. María del Carmen Dubón Peniche^B

INTRODUCCIÓN

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales de la salud y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención médica más apropiada, seleccionando las opciones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas para abordar un problema de salud o condición clínica específica. Su objetivo es establecer un referente nacional que favorezca la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, con el fin de contribuir a la calidad y efectividad de la atención médica.

Desde 2014, la Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud de España define las GPC como un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes. En México las GPC son consideradas por la Secretaría de Salud como un elemento rector en la atención médica, cuyo objetivo es establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia posible, con el fin de contribuir a la calidad y la efectividad de atención médica.¹⁻²

Las GPC son necesarias para ordenar, evaluar y graduar el conocimiento disponible sobre una determinada intervención en salud y, con ello, disminuir la variabilidad en la práctica debido a la incertidumbre. A diferencia de las

^AExpresidente de la AMG, AMEG, Consejo Mexicano de Gastroenterología y de la Academia Mexicana de Cirugía. Presidente de la AMCAD.

^BMiembro de la Academia Mexicana de Cirugía. Adscrita al Hospital General de México.

Normas Oficiales Mexicanas (NOM), las GPC no son de observancia obligatoria; sin embargo, son muy útiles para facilitar la toma de decisiones clínicas de calidad por parte de los profesionales de la salud, mejorar los resultados de la atención, informar y capacitar a los pacientes en su capacidad de elección, así como para mejorar la eficiencia global de los sistemas de salud, contribuyendo a la mejora en la calidad y seguridad de la atención.

La Asociación Mexicana de Gastroenterología, bajo la dirección de la mesa directiva presidida por el Dr. Juan Miguel Abdo Francis desde 2007, inició la realización de GPC para las patologías gastrointestinales más frecuentes. Se llevaron a cabo seis guías que incluyeron los temas de ERGE, dispepsia, CUCI, hemorragia de tubo digestivo, pancreatitis y hepatitis C. Un promedio de 20 especialistas por cada guía, expertos en gastroenterología, endoscopía, hepatología, cirugía y coloproctología fueron convocados, logrando resultados de excelente calidad. Estas GPC fueron entregadas al Secretario de Salud Federal, Dr. José Ángel Córdova Villalobos, quien las incluyó en el catálogo maestro. De igual forma, la colaboración entre el personal de salud y las autoridades ha dado como resultado que, al día de hoy, existan 832 GPC en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica del Consejo de Salubridad General, las cuales son la base del Examen Nacional de Residencias Médicas.³

Si consideramos que la mala práctica ocurre como consecuencia de la inobservancia de los preceptos que determinan una atención médica apegada a la *Lex Artis*, incurriendo en responsabilidad profesional o institucional por falta de apego a los criterios y estándares de calidad y seguridad del paciente establecidos en ella, es fundamental reconocer que las guías de práctica clínica son una de las principales herramientas utilizadas por los sistemas de salud modernos y por los profesionales que ejercen la medicina basada en evidencias, como instrumentos en beneficio del paciente y con un impacto positivo en los sistemas de salud.

Sus principales alcances son: aprovechar los conocimientos proporcionados por la investigación científica en la atención de los pacientes, favorecer la comunicación y la toma de decisiones entre los profesionales de la salud y los pacientes, realizar la planeación de los recursos de acuerdo a lo que es efectivo, seguro y de costo razonable, definir criterios de calidad para el monitoreo y evaluación de la práctica clínica y fortalecer las políticas en salud.

Aunado a ello, el uso de las GPC limita, considerablemente, el riesgo inherente a la práctica médica y, con ello, también disminuyen las demandas y/o controversias médico-legales. El reto actual es incrementar el apego de los médicos a estas guías.⁴

MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA

La expresión “medicina basada en la evidencia” (MBE) fue utilizada por primera vez en 1991 en un artículo de Gordon Guyatt publicado en el *ACP Journal Club*. En 1992 se constituyó el primer grupo de trabajo en MBE en Canadá.⁵

Debido a que los avances científicos y tecnológicos se encuentran en constante evolución, la medicina basada en evidencia tiene como propósito poner a disposición de los profesionales de la salud información actualizada que permita alcanzar una mejor calidad de atención médica y respaldar al profesional de la salud en la toma de decisiones fundamentadas. Aunado a ello, la medicina basada en evidencia ayuda a analizar el balance costo-beneficio de una determinada intervención en salud, ya sea de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos, entre otros, al construirse con base en la evidencia científica.

Actualmente, la medicina basada en evidencias resulta esencial en el ejercicio de la medicina, tanto desde el enfoque clínico como gerencial, ya que aporta a los tomadores de decisiones la mejor evidencia científica disponible sobre los principales problemas en salud. Con ello, se busca que la atención médica, dependiendo de las circunstancias que la rodean (modo, tiempo, lugar), se brinde atendiendo a la *Lex Artis* (conjunto de reglas para el ejercicio médico contenidas en la literatura universalmente aceptada, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo)⁶ y a la *Lex Artis Ad Hoc* (criterios particulares de actuación aplicables al caso concreto), elementos indispensables para brindar una atención correcta. Se ha identificado claramente que la mala calidad en la atención médica genera mayor mortalidad que la falta de cobertura, mayores costos en salud y baja satisfacción.⁷⁻⁸

CONCEPTOS Y COMPONENTES DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Las GPC son, entonces, recomendaciones sistemáticas basadas en la evidencia científica disponible, diseñadas para orientar las decisiones de los profesionales de la salud y de los pacientes sobre las intervenciones sanitarias más adecuadas y eficientes en el abordaje de un problema específico relacionado con la salud en circunstancias concretas. Para el Instituto de Medicina (IOM) de los Estados Unidos, las GPC son declaraciones que incluyen recomendaciones destinadas a optimizar la atención al paciente, elaboradas mediante la revisión sistemática de las evidencias existentes y la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes opciones de cuidados.⁹

El desarrollo de una GPC basada en evidencia debe iniciar con una priorización sistemática que justifique el esfuerzo para su realización. Esto puede incluir: un área prioritaria para el Sistema Nacional de Salud, un problema de salud significativo con impacto en la morbilidad, la generación de técnicas o tratamientos innovadores, así como la disponibilidad de profesionales expertos en el tema a desarrollar. La elaboración sistemática de las GPC facilita su revisión crítica, evita errores, resuelve controversias y provee información útil; sin embargo, para que una GPC sea confiable, es necesario que cumpla con ciertos requisitos.¹⁰

En efecto, la elaboración de una GPC comprende diferentes fases:

1. Delimitación del alcance y objetivos.
2. Creación del grupo elaborador de la GPC.
3. Formulación de preguntas clínicas.
4. Búsqueda de evidencia.
5. Evaluación y síntesis de evidencia.
6. Formulación de recomendaciones.
7. Revisión externa.
8. Edición.

La delimitación del alcance y de los objetivos es fundamental en el desarrollo de la GPC, ya que de esta etapa dependerá que el enfoque sea el adecuado y facilitará la elaboración de las preguntas clínicas a las que dará respuesta, contribuyendo, así, al correcto desarrollo de los demás apartados. En ese sentido, es importante que los aspectos a tratar sean precisos y que se definan los objetivos generales y específicos, señalando los beneficios esperados. Para cumplir con lo anterior, es relevante plantearse preguntas como: ¿Por qué se hace la guía? ¿Para qué se hace? ¿Qué aspectos abordará la guía y cuáles no? ¿A quién va dirigida? ¿Cuál es el papel de los pacientes en el desarrollo del apartado Alcance y Objetivos? No existe un número determinado de preguntas y su elaboración debe ser sistematizada mediante recomendaciones. Estas preguntas pueden construirse usando el formato PICO (*Patient, Intervention, Comparison, and Outcome*) o el PIPOH (*Population, Intervention, Professionals, Outcome, and Health care*).¹¹

Se requiere la creación de un grupo de trabajo multidisciplinario, integrado por los profesionales y personas involucradas en el proceso: coordinadores clínicos y metodológicos, miembros del equipo técnico y metodológico, profesionales clínicos y no clínicos, colaboradores expertos y revisores externos, quienes deben realizar su declaración de no conflicto de interés.

En su conformación, las GPC organizan las mejores evidencias científicas y establecen recomendaciones, ya que su intención es mejorar

el ejercicio profesional de la medicina, optimizar la atención médica y reducir su variabilidad, lo cual repercute positivamente en la salud de la población. Además, las GPC son herramientas valiosas para la educación médica.¹²

La investigación sobre la evidencia científica para elaborar una guía de práctica clínica implica realizar búsquedas sistemáticas y exhaustivas, por lo que es conveniente utilizar un programa gestor de referencias bibliográficas, debido a la complejidad y la diversidad de las fuentes de información.

Es necesario que la calidad de la evidencia esté íntimamente relacionada con la fuerza de las recomendaciones, siendo el sistema GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*) uno de los métodos más ampliamente reconocidos. Este sistema define la calidad de la evidencia como el grado de confianza que se tiene en que la estimación de un efecto sea la apropiada para efectuar una recomendación. Para cada uno de los desenlaces o resultados clave se realiza una evaluación, de tal forma que la misma comparación de una intervención diagnóstica, terapéutica o preventiva puede recibir diferentes asignaciones en cuanto a la calidad de la evidencia.

En la clasificación del nivel de calidad de la evidencia, el sistema GRADE establece cuatro categorías: alta, moderada, baja y muy baja. Esto es, establece recomendaciones tomando en consideración: 1) Balance entre riesgos y beneficios (basado en el principio de máxima seguridad, lo cual significa que las ventajas de la intervención deben superar los riesgos y daños colaterales); la certidumbre o incertidumbre con la que el clínico contempla el balance riesgo/beneficio determinará, en gran parte, la fuerza de la recomendación. 2) Calidad de la evidencia, entendida como la calidad metodológica de los estudios para cada una de las variables de resultados, factor ponderado por los detalles que pueden elevar o disminuir el nivel de la evidencia. 3) Los valores y preferencias de los pacientes. Para ello se requiere efectuar un juicio de valor y conocer previamente los valores y preferencias de la población del entorno y las posibles diferencias individuales. 4) Estimación de los costos o el consumo de recursos. Para esto último, la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado tablas de umbrales. Cabe precisar que el impacto que tiene la evidencia económica en la fuerza y dirección de la recomendación debe quedar justificado expresamente.¹³

Por su parte, la revisión externa es una etapa fundamental para matizar y enriquecer las GPC. Una vez que el grupo elaborador de la guía dispone de un borrador avanzado, es importante asegurar su calidad y la adecuación de sus recomendaciones. Por lo tanto, la revisión externa debe ser

de carácter multidisciplinario y, dependiendo del tema, deben incorporarse profesionales expertos en el área clínica, en la metodología, así como representantes de la población objetivo. La colaboración de un amplio espectro de revisores externos aumenta la validez de la guía, de sus recomendaciones y propicia el cumplimiento de los objetivos, atendiendo al entorno al que va dirigida. Desde hace muchos años, la Academia Nacional de Medicina de México y la Academia Mexicana de Cirugía han fungido como revisoras externas, validando la información de académicos expertos en el tema de la GPC específica.

Los puntos antes referidos facilitan la implementación de las guías de práctica clínica, las cuales pueden tener diferentes versiones y formatos en función del uso que se les quiera dar y de los usuarios a los que van dirigidas, como profesionales clínicos, tomadores de decisiones en salud, pacientes, entre otros. Por ello, existen GPC completas, guías de referencia rápida, guías de información para pacientes, entre otras.

Dependiendo del tema objeto de la guía resulta muy beneficioso que exista una versión para el paciente, para facilitar el seguimiento de las recomendaciones, ofrecer información de calidad basada en evidencias, mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, el paciente, familiares y/o cuidadores, así como facilitar el diálogo entre ellos en relación con su enfermedad o estado de salud.

La guía completa puede incluir los siguientes apartados:

1. Título.
2. Introducción.
3. Alcance y objetivos.
4. Metodología.
5. Capítulos clínicos:
 - Pregunta(s)/recomendaciones.
 - Justificación.
 - Justificación detallada.
 - Resultados de la investigación.
 - Tablas resumen y tablas del proceso de formulación de las recomendaciones.
 - Referencias.
 - Vigencia de la recomendación.
6. Estrategias diagnósticas y terapéuticas.
7. Difusión e implementación.
8. Líneas de investigación futuras.
9. Anexos.
10. Autoría y colaboradores.

Cabe mencionar que algunas GPC incluyen, al inicio, un listado de las preguntas y recomendaciones, enfatizando además las recomendaciones clave.¹⁴ Una vez elaborada la GPC, es necesaria la capacitación para mejorar las competencias del personal de salud, a fin de que cumpla apropiadamente sus funciones; la capacitación es un elemento esencial para la implementación.

IV. IMPACTO DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Desde que el Instituto de Medicina de Estados Unidos emitió el concepto y las características de las GPC, ha surgido un interés genuino y progresivo a nivel profesional y gerencial en la prestación de servicios de salud. Este interés está plenamente justificado debido a las repercusiones en la calidad y seguridad de la atención médica en el control de riesgos clínicos y legales, así como en la gestión de costos y el uso apropiado de los recursos.¹⁵

Los estándares en la atención médica constituyen una serie de requisitos en busca de la excelencia, los cuales están fundamentados en evidencia científica sólida. Es decir, son criterios indispensables que deben cumplirse para asegurar la calidad y seguridad de la atención médica y que deben ser sujetos a revisiones periódicas para su actualización, atendiendo a los avances científicos, éticos y tecnológicos en salud.

Cada guía debe contener un listado de criterios sobre los cuales la implementación de las recomendaciones pueda ser auditada y monitorizada. En ese sentido, debe describir el proceso para evaluar la implementación y utilización, para lo cual se requiere la incorporación de herramientas de auditoría y/o indicadores de calidad, especialmente, en lo que se refiere a las recomendaciones clave.

Entre las principales barreras que se han reportado en la utilización de las GPC y que, por tanto, son las áreas de oportunidad para diseñar intervenciones que favorezcan su uso, se encuentran: problemas de accesibilidad a los documentos, la necesidad de capacitación sobre su contenido, así como los problemas relacionados con el personal y el tiempo necesario para su implementación. Esto denota que, a nivel internacional, existen situaciones que son comunes y reiterativas, principalmente, porque la mayoría de los esfuerzos se enfocan en la elaboración de las GPC, dejando de lado las estrategias para su implementación, la capacitación, el manejo de las actitudes de los profesionales, el contexto en el que se aplicarán, así como su seguimiento y actualización.

La gestión de los procesos interrelacionados como un sistema contribuye a la eficacia y eficiencia de las organizaciones de salud en el logro de sus objetivos. Este enfoque permite mejorar su desempeño, por lo que en la elaboración de las GPC se debe poner en práctica el ciclo planear, hacer, verificar y actuar.¹⁶

Planear: Establecer los objetivos del sistema y sus procesos, identificar los recursos necesarios para generar y proporcionar resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización e identificar y abordar los riesgos y las oportunidades.

Hacer: Implementar lo planeado.

Verificar: Realizar el seguimiento y, cuando sea aplicable, la medición de los procesos, productos y servicios resultantes respecto a las políticas, objetivos, requisitos y actividades planeadas e informar sobre los resultados.

Actuar: Tomar acciones para mejorar el desempeño, cuando sea necesario.¹⁷

Las GPC han sido elaboradas por Grupos de Desarrollo de las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud de México (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, DIF, PEMEX), de acuerdo con la metodología consensuada por estas instituciones. El trabajo para crearlas es intenso, pero la pregunta obligada es: ¿cuál ha sido su utilidad real en la práctica clínica?

Como ejemplo podemos citar el artículo de Velasco-Zamora y colaboradores, quienes evalúan en su estudio qué tanto se siguen las recomendaciones de las guías clínicas sobre gastroprotección. Los autores llevaron a cabo un estudio descriptivo y transversal en pacientes que consumen antiinflamatorios no esteroideos (AINE) referidos a un Instituto Nacional de Salud. Es realmente desalentador observar que, en 69% de la muestra estudiada, el AINE se empleó de manera inadecuada, 15% lo recibió sin indicación y tan solo 30.8% de la población en riesgo recibió gastroprotección.¹⁸

Como conclusión, podemos decir que las herramientas que el médico posee deben ser no solo un medio para lograr la calidad y seguridad en la atención, sino, también, una protección para el propio médico. Aunque el apego a las GPC y las NOM no exime de responsabilidad al personal de salud, contribuye a disminuir el riesgo de error en la práctica y, en última instancia, las demandas y/o conflictos médico-legales.

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. Programa de acción específico Desarrollo de guías de práctica clínica. Primera edición, Secretaría de Salud 2007-2012.
2. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2016 [acceso 27/9/2016]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/manual_gpc_completo.pdf.
3. Abdo-Francis J.M. Rev Gastroenterol Mex. 2016; 81:119-20.
4. Fajardo Dolci G. E., Meljem Moctezuma J., Rodríguez Suárez J., et al. Recomendaciones para prevenir el error médico, la mala práctica y la responsabilidad profesional. Revista CONAMED, ISSN-e 1405-6704, Vol. 17, N° 1, 2012, págs. 30-43.
5. Guyatt GH. Evidence-based medicine. ACP J Club 1991; 112(2): A16.
6. Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Diario Oficial de la Federación el 21 de enero de 2003, Última reforma publicada DOF 8 de agosto de 2018, p. 2.
7. Athié-Gutiérrez C., Dubón-Peniche MC. Valoración ética de los errores médicos y la seguridad del paciente. Cir. Cir. [revista en la Internet]. 2020 Abr [citado 2024 mayo 10]; 88(2): 219-232. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2020000200219&lng=es.Epub15-Nov2021. <https://doi.org/10.24875/ciru.18000625>.
8. OECD/WHO/World Bank Group (2018), Delivering Quality Health Services: A Global Imperative, WHO, Geneva, <https://doi.org/10.1787/9789264300309-en>.
9. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2006. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2006/01. 2006.
10. Field MJ, Lohr KN, eds. Clinical practice guidelines: Directions for a

new agency. Institute of Medicine. Washington DC: National Academic Press; 1990.

11. Graham R., Mancher M., Miller Wolman D., et al. Clinical practice guidelines we can trust. Washington, DC: National Academies Press; 2011.
12. Alva Díaz C., García-Mostajo J. A., Gil-Olivares F., et al. Guías de práctica clínica: evolución, metodología de elaboración y definiciones actuales. *Acta méd. Peru [Internet]*. 2017 Oct [citado 2024 Mayo 14]; 34(4): 317-322. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172017000400010&lng=es.
13. Gómez Restrepo C. La Revista Colombiana de Psiquiatría. Editorial, vol. 39, núm. 1, 2010, pp. 8-10. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Bogotá, D.C., Colombia.
14. Bertram, M. Y., Lauer, J. A., Stenberg, K., Edejer, T. T. T. Métodos para la evaluación económica de las intervenciones de atención de salud para el establecimiento de prioridades en el sistema de salud: una actualización de WHO CHOICE. *Revista Internacional de Políticas y Gestión de la Salud*, 2021; 10 (Número especial sobre la actualización de WHO-CHOICE): 673-677. doi: 10.34172/ijhpm.2020.244
15. Poblano-Verástegui Ofelia, Vieyra-Romero Waldo I, Galván-García Ángel F, Fernández-Elorriaga María, Rodríguez-Martínez Antonia I, Saturno-Hernández Pedro J. Calidad y cumplimiento de guías de práctica clínica de enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel. *Salud pública Méx [revista en la Internet]*. 2017 Abr [citado 2024 Mayo 13]; 59(2): 165-175. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000200165&lng=es. <https://doi.org/10.21149/8285>.
16. Quality management systems – Requirements (2015). *Sistemas de gestión de la calidad –Requisitos. NMX-CC-9001-IMNC-2015 (ISO 9001:2015)*.
17. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: A systematic review of rigorous evaluations. *Lancet.*, 342 (1993), pp. 1317-1322
18. Velasco-Zamora JA, Gómez-Reyes E, Uscanga L. ¿Qué tanto se siguen las recomendaciones de las guías clínicas sobre gastroprotección? Una revisión en enfermos que consumen antiinflamatorios no esteroideos. *Rev Gastroenterol Mex*, 3 (2016), pp. 121-125

Capítulo 9

Normas Oficiales Mexicanas de Importancia en la Gastroenterología

Dr. Jose Ángel Córdova Villalobos^A

Las Normas Oficiales Mexicanas (NOMs) son regulaciones técnicas de carácter obligatorio, emitidas por las dependencias competentes, cuyo propósito es establecer las características que deben cumplir los procesos o servicios cuando estos puedan representar un riesgo para la seguridad de las personas.

Las NOMs son fundamentales por varias razones:

1. Aseguramiento de la calidad y sanidad

Las NOMs establecen medidas para garantizar la calidad, seguridad y armonización de los productos y servicios que consumen las y los mexicanos, protegiendo, así, la salud y bienestar de la población.

2. Verificación de cumplimiento

Las NOMs proporcionan un marco para verificar el cumplimiento de las normas, especificando las autoridades o personas facultadas para llevar a cabo esta tarea, lo cual asegura que los estándares establecidos se respeten.

^AMédico internista, cirujano general especialista en endoscopia del aparato digestivo, ex director de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guanajuato 1990-1997, presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina de México 1995-1997, Diputado Federal presidente de la Comisión de Salud 2003-2006, Secretario de Salud Federal 2006-2011, Secretario de Educación Pública federal 2012.

3. Prevención de riesgos

El gobierno, autoridad normalizadora, es responsable de identificar y evaluar los riesgos que puedan afectar a la población, y de emitir las NOMs necesarias para prevenir esos riesgos, protegiendo la seguridad pública.

4. Aplicación en sectores privado y público

Las NOMs son aplicables tanto al sector privado como al público y su cumplimiento es exigido por los tres niveles de gobierno en México: federal, estatal y municipal. Esto asegura una cobertura amplia y coherente en la protección de la población.

En México, existen 41 NOMs emitidas por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), que están relacionadas con la seguridad social y la salud en el trabajo. Estas normas se dividen en cinco categorías principales: seguridad, salud, organización, específicas y de producto.

Las NOMs establecen medidas para asegurar la calidad, sanidad y armonización de los productos y servicios que adquieren las y los consumidores en México. Además, proporcionan un marco para verificar su cumplimiento, especificando las personas o autoridades facultadas para realizar estas verificaciones.

Las NOMs son regulaciones técnicas de observancia obligatoria, emitidas por las dependencias competentes con el propósito de establecer las características que deben cumplir los procesos o servicios cuando estos pueden representar un riesgo para la seguridad de las personas o afectar la salud humana. Asimismo, estas normas incluyen aspectos relacionados con la terminología y definen los criterios para su cumplimiento y aplicación.

Algunos de los riesgos que abordan las NOMs están relacionados con la salud:

- **NOM-003-SCFI-2014:** Establece las especificaciones de seguridad eléctrica para evitar daños a las personas y proteger su patrimonio. Esta norma es crucial para garantizar que los productos eléctricos cumplan con estándares de seguridad que minimicen el riesgo de accidentes o daños.
- **NOM-051-SCFI/SSA1-2010:** Regula las especificaciones de la información que deben presentar los alimentos y bebidas preenvasados, asegurando que los consumidores estén debidamente

informados sobre el contenido de los productos que adquieren. Esta norma es vital para proteger la salud pública al proporcionar información clara y precisa sobre ingredientes, valores nutricionales y posibles alérgenos.

Los beneficios de las NOMs son diversos y significativos:

- 1. Protección frente a riesgos:** Las NOMs protegen contra los principales riesgos identificados por el gobierno, lo que contribuye a reducir el riesgo para la seguridad y salud de las personas, además de fomentar el cuidado del medio ambiente.
- 2. Empoderamiento de los consumidores:** Al proporcionar información detallada sobre productos, procesos y servicios, las NOMs ayudan a crear una cultura de empoderamiento entre los consumidores, permitiéndoles tomar decisiones informadas.
- 3. Mejora en las decisiones de compra:** La información y garantías que ofrecen las NOMs permiten a los consumidores tomar decisiones de compra más acertadas, al contar con criterios claros sobre la calidad y seguridad de los productos y servicios que adquieren.

PROCESO DE ELABORACIÓN DE LAS NOMS

- Las NOMs son elaboradas por órganos colegiados conocidos como Comités Consultivos Nacionales de Normalización. Estos comités están conformados por representantes de todos los sectores interesados en cada uno de los temas que abordan las normas. La participación de múltiples sectores garantiza que las normas sean integrales y reflejen un consenso entre las diferentes partes involucradas, incluyendo el gobierno, la industria, la academia y la sociedad civil.

Las NOMs en materia de prevención y promoción de la salud, una vez aprobadas por el Comité Consultivo Normativo Nacional de Normalización, Prevención y Control de Enfermedades, son expedidas y publicadas en el Diario Oficial de la Federación (DOF). Debido a que se tratan de medidas sanitarias, estas normas entran en vigor al día siguiente de su publicación, garantizando una rápida implementación para proteger la salud pública.

Las NOMs deben ser revisadas cada cinco años a partir de su entrada en vigor para asegurar que continúan siendo relevantes y efectivas. A continuación, se presentan algunos ejemplos de estas normas, enfocadas en la salud y la seguridad:

NOM-001-SSA3-2012: Regula la organización y funcionamiento de las residencias médicas en las unidades receptoras de residentes de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

NOM-005-SSA-1993: Regula los servicios de planificación familiar.

NOM-006-SSA-2013: Para la prevención y control de la tuberculosis.

NOM-007-SSA2-1993: Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y al recién nacido. Establece criterios y procedimientos para la protección de servicios.

NOM-010-SSA2-2010: Para la prevención y control del VIH.

NOM-012-SSA3-2012: Establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación en salud en seres humanos.

NOM-013-SSA-2006: Prevención y control de las enfermedades bucales.

NOM-014-SSA-1994: Prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino.

NOM-015-SSA2-2010: Prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

NOM-016-SSA3-2012: Establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

NOM-017-SSA2-2012: Para la vigilancia epidemiológica.

NOM-026-SSA3-2012: Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.

NOM-028-SSA2: Prevención, tratamiento y control de las adicciones.

NOM-030-SSA2-2009: Prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

NOM-031-SSA2-1999: Para la atención de la salud del niño.

NOM-035-SSA2-2012: Prevención y control de enfermedades de la perimenopausia y posmenopausia de la mujer.

NOM-037-SSA2-2012: Prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.

NOM-041-SSA2-2011: Prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

NOM-043-SSA2: Salud alimentaria.

NOM-045-SSA2: Establece los criterios para la prevención, vigilancia y control epidemiológico de las infecciones nosocomiales que afectan la salud de la población usuaria de los servicios médicos prestados en hospitales. Hay tres tipos fundamentales de vigilancia epidemiológica: la pasiva, la activa y la especializada o centinela.

NOM-046-SSA2: Trata sobre la violencia familiar y sexual.

Actualización de la NOM-045-SSA2-2015:

- Reconocimiento como un problema de salud pública.
- Actualización del término de infecciones nosocomiales.
- Necesidad de vigilancia epidemiológica de las IAAS:
 - Observar tendencias.
 - Evaluar el cumplimiento de las medidas de prevención.
 - Desarrollo de políticas de prevención y control de las IAAS.

En la actualización participaron los principales Institutos Nacionales de Salud del país, IMSS, ISSSTE, hospitales de referencia, sistemas estatales de salud, instituciones educativas, asociaciones médicas, la Dirección General de Epidemiología, la Dirección General de Promoción de la Salud, el Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica, entre otros.

NOM-005-SSA-2018: Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica del paciente ambulatorio. Esta norma cuenta con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Innovación y Desarrollo de Tecnologías de Información en Salud. En su elaboración participaron varias direcciones de la Subsecretaría de Desarrollo e Integración del Sector Salud, como la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, la Dirección de Desarrollo de la Infraestructura Física, y la Dirección de Planeación y Desarrollo del CENETEC, también formaron parte la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud, hospitales de alta especialidad, COFEPRIS, el Instituto Nacional de Pediatría, el Hospital General del IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos, DIF, la Secretaría de Salud de la CDMX, los estados de Hidalgo, Morelos y Puebla, el Instituto

Nacional de Psiquiatría, la Universidad Iberoamericana, ITESM, la Asociación de Hospitales Privados, ABC y la Sociedad Mexicana de Arquitectos Especialistas en Salud.

ELEMENTOS QUE DEBEN TENER TODOS LOS CONSULTORIOS MÉDICOS (COFEPRIS)

1. Aviso de funcionamiento y responsable sanitario.
2. Registro diario de pacientes.
3. Letrero donde se dé a conocer el horario de asistencia del responsable sanitario, así como el horario de funcionamiento del establecimiento.
4. Todos los médicos deben tener título y cédula profesional, así como diploma de grado o especialidad y cédula de especialidad en caso de ser especialistas. Estos documentos deben estar colocados a la vista del público.
5. El recetario deberá estar impreso e incluir el nombre del médico, institución que expide el título, número de cédula profesional, domicilio del establecimiento, fecha de expedición y, en el caso de especialistas, número de cédula de la especialidad.
6. Expedientes clínicos completos, que incluyan ficha de identificación, historia clínica completa, notas de evolución y, en su caso, notas de interconsulta y carta de consentimiento informado. Cabe señalar que todo registro debe contar con nombre, cédula profesional y firmas que lo avalen.
7. En caso de contar con expediente clínico electrónico, este debe contar con un sistema de seguridad de la información que asegure la confidencialidad, integridad, disponibilidad y trazabilidad.
8. Acciones para el control y erradicación de fauna nociva, realizadas al menos una vez al año, con su respectivo comprobante vigente.
9. Registros de limpieza y desinfección del consultorio y su equipamiento.
10. Abastecimiento de agua potable, limpieza de cisternas o tinacos, al menos una vez al año, y determinación de cloro residual.
11. Contrato vigente con una empresa recolectora de RPBI o estar adherido a un contrato de manejo externo.
12. El consultorio deberá contar con un área para entrevista y otra para exploración física, delimitadas por un elemento físico con el siguiente mobiliario y equipo: asiento para el médico y acompañante, asiento para el médico en el área de exploración del paciente, banco de altura o similar, báscula con estadímetro, cubeta o cesto para basura principal, bolsa para RPBI, contenedor para punzocortantes, guarda

- de medicamentos, material o instrumental, mesa de Mayo, mesa de Pasteur o similar, mesa de exploración con piñeras, mueble para guarda de expedientes, esfigmomanómetro manual o electrónico con brazalete, estetoscopio biauricular, estetoscopio de Pinard, estuche de diagnóstico, lámpara con luz direccionable y negatoscopio.
13. Lavabo cercano con toallas desechables, jabón líquido y señalética de lavado de manos.
 14. Instrumental necesario, incluyendo tapa para soluciones desinfectantes, mango para bisturí, martillo percutor, pinzas de anillos, pinzas de disección con y sin dientes, pinzas de mosquito, pinza curva, porta aguja recto con ranura central y estrías cruzadas, tijera recta, riñón de 250 cc, toruñero con tapa chica y cinta reactiva.
 15. Botiquín de urgencias con apósitos, algodón, campos estériles, gasas, guantes quirúrgicos estériles, jeringas desechables, agujas de diversas medidas, material de sutura, soluciones antisépticas, tela adhesiva, tiras reactivas para determinación de glucemia, vendas elásticas, analgésicos, anestésicos locales, antidiarreicos, antieméticos, antihistamínicos, antiinflamatorios, antipiréticos, broncodilatadores, corticosteroides, electrolitos orales y vasodilatadores coronarios.
 16. Todos los medicamentos e insumos deben estar vigentes, contar con registro sanitario etiquetado en español y almacenarse de acuerdo con las indicaciones que vienen en el empaque. En caso de consultorio privado, no deben tener medicamentos del sector público.

Estas son las Normas Oficiales Mexicanas vigentes que se refieren a los principales temas de salud; no se encontraron normas específicas para la especialidad de Gastroenterología.

REFERENCIAS

1. La bibliografía fue obtenida de Internet en el tema de Normas Oficiales Mexicanas. (<https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705>)

Capítulo 10

Responsabilidad del Médico en Etapa de Formación

Dr. Ricardo Juan García Cavazos^A, Lic. Gonzalo Medina Hidalgo^B

INTRODUCCIÓN

En el lenguaje coloquial, es común escuchar el término “responsabilidad” como la cualidad de una persona para cuidar lo que hace o decide, o como la característica de quien dirige y vigila el trabajo en fábricas, establecimientos, oficinas, inmuebles, entre otros. Sin embargo, en el ámbito médico-legal, el término “responsabilidad” tiene otra acepción y, por supuesto, consecuencias jurídicas, especialmente en el ámbito médico. Por ello, nos parece pertinente realizar una revisión de las responsabilidades compartidas entre las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, estructurada en las Responsabilidades del Médico en su Formación, a lo largo del tiempo. Es un espacio amplio, fragmentado, plural y heterogéneo en cuanto a la responsabilidad compartida entre las diferentes instituciones de educación y las instituciones de salud, así como en el ámbito legal, social, civil, laboral y normativo. Es crucial analizar lo que sucede en este trayecto para determinar las responsabilidades, la forma de aplicar la ley y los apoyos disponibles.¹

En la actualidad, los ciudadanos están más sensibilizados respecto a sus derechos, lo que en el ámbito de la salud ha derivado en un aumento de reclamos en contra de los actos médicos. Por ello, es indispensable que los profesionales de la salud, en particular los médicos, tengan claro cuáles son sus responsabilidades, obligaciones y derechos a lo largo de su formación profesional, así como las posibilidades de actuación al atender, diagnosticar y tratar a sus pacientes. El conocimiento debe abarcar no solo el ámbito

^AEx Director de Educación y Capacitación en Salud, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, Profesor Titular “C”, Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional.

^BCoordinador de Innovación y Normatividad Educativa, Dirección de Educación y Capacitación en Salud, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

profesional, sino también el personal-ético, jurídico, administrativo, civil, social y laboral.²

Toda persona que estudia y/o trabaja en medicina y aborda los problemas de salud adquiere la responsabilidad profesional médica, que implica la obligación de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores, tanto voluntarios como involuntarios, cometidos en el ejercicio de su profesión, dentro de ciertos límites.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que los profesionales de la salud tienen la obligación de asistir y atender a las personas cuya vida se encuentra en peligro, considerando que el fin supremo de esta profesión es preservar la vida humana. Por lo tanto, recae bajo su responsabilidad la protección de la vida y la salud del paciente, así como su integridad.

MARCO DE REFERENCIA EN RELACIÓN A LA RESPONSABILIDAD DE LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN PÚBLICAS Y PRIVADAS

Actualmente, vivimos una etapa de cambios y transformaciones fuertes y contundentes, en un momento de transición en la educación médica, donde es necesario encontrar la dirección correcta y fomentar la innovación. El escenario no se encuentra en las mejores condiciones, por lo que será un verdadero reto para la paciencia, la prudencia y el trabajo que se realice. El pasado es importante, pero debe servir para reflexionar sobre cómo cambiarlo y mejorarlo. Así, sabremos hacia dónde vamos si comprendemos claramente dónde estamos.

El capital humano en formación en el área de medicina y ciencias de la salud ha incrementado considerablemente. La matrícula ha crecido de forma exponencial tanto en las instituciones educativas públicas como privadas y la demanda es incontrolable. Actualmente, debido a políticas públicas del Estado mexicano, más de 43,000 estudiantes se sumaron en 2018 y esta cifra sigue en aumento, con más de 160 escuelas de medicina y ciencias de la salud, muchas de las cuales presentan serias debilidades.

Aquí es donde comienzan los riesgos inherentes a la práctica médica, que deben ser abordados para evitar daños a los pacientes. Entre estos riesgos se encuentran una selección inadecuada de estudiantes, ya que algunas instituciones no tienen ningún filtro de ingreso, permitiendo la inscripción directa sin evaluar el nivel académico adecuado, sin determinar la vocación, sin realizar estudios psicométricos y sin considerar el estado de salud mental

de los jóvenes aspirantes. Estos estudiantes son recibidos para ser incorporados a la exigente medicina moderna del siglo XXI y a la medicina de la escuela mexicana, donde se deben garantizar las bases para un acceso efectivo a los servicios de salud, con calidad, pertinencia y un enfoque altamente preventivo. Además, es fundamental que estos futuros médicos actúen con valores y principios que aumenten la credibilidad de su desempeño en el Sistema Nacional de Salud, bajo criterios de prioridades (Esquema 1).

Prioridades Política Nacional Siglo XXI

Educación Médica

Perspectiva de Género



- **Visibilizar y atender** los problemas más complejos que enfrentan y afectan a la educación superior en el siglo XXI.
- **Incidir en los factores de riesgo con atención integral** con un enfoque basado en los **determinantes sociales, económicos, políticos** con **pertinencia cultural** y efectiva **coordinación multisectorial**.



Esquema 1. Prioridades de la orientación de la educación médica en México en el siglo XXI

Es fundamental, si se tiene una visión holística de las nuevas generaciones, que las incorporemos a nuestra realidad con sus aspectos positivos y negativos. Esto determina los grandes retos y desafíos de la educación médica actual y su proyección hacia el futuro en México. Es crucial incluir la sensibilización hacia una carrera de medicina que es larga y difícil, con grandes responsabilidades que se adquieren a lo largo del tiempo, muchas de las cuales son desconocidas por la mayoría. Por ello, es necesario sensibilizar sobre el sentido de la profesión, a medida que las responsabilidades se van modificando y aumentando a lo largo de la formación y actuación profesional.

En el siguiente cuadro se muestra, en línea del tiempo, los años de preparación, capacitación, actualización y entrenamientos que incrementan

las responsabilidades en todos los aspectos, con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente. Además, se refuerza el significado de los valores y principios, así como de la ética y la bioética (Cuadro 1).



Cuadro 1. Ejercicio en línea de tiempo en la formación, educación y actividades médicas para la inclusión en la profesión de médico y en el área laboral del sector público y/o privado: profesionalización de los médicos.

Los avances en la tercera década del siglo XXI, junto con los procesos y cambios en el desarrollo social, económico y político del Sistema Nacional de Salud, han generado la necesidad impostergable de realizar un cambio en la estructura normativa y en los lineamientos entre la Secretaría de Salud, a través de sus instituciones y las instituciones educativas públicas y privadas, para determinar las responsabilidades del personal de salud en formación. No se busca, necesariamente, una concepción sancionatoria desde las primeras etapas, sino delimitar las regulaciones y la aplicación de responsabilidades de las instituciones, en un trabajo conjunto entre las entidades públicas y privadas.

Estas responsabilidades corresponden a los años de licenciatura, que incluyen la preparación básica, en campos clínicos y quirúrgicos, culminando con el internado médico rotatorio de pregrado y el servicio social. Cabe mencionar que el médico pasante en servicio social ya cuenta con su título de médico, lo que es importante en la aplicación de las responsabilidades adquiridas ante el registro en profesiones y la titulación. Es

en este punto donde se aplican directamente las normas de responsabilidades del personal de salud, las cuales muchos desconocen, ya que durante todo el trayecto escolarizado rara vez se revisan los aspectos normativos y legales de la práctica médica. Esto representa un nicho de oportunidad para reducir el gran rezago en la educación médica.

Casi de inmediato, se continúa con el posgrado en las diferentes especialidades y subespecialidades de la medicina, que requiere de cambios e innovaciones en el contexto de las responsabilidades que se van adquiriendo. Esto permitirá fortalecer las competencias que los médicos van asumiendo y que deben cumplir hasta el final de su formación, dentro de un marco de normatividad y legalidad, social, civil, jurídica, penal, administrativa, de seguridad del paciente y como servidores públicos (Figura 1).



Figura 1. Esquema de responsabilidad compartida en la formación de recursos humanos para la salud, en su relación académica y de práctica clínica y quirúrgica.

Para ello, debe tener idealmente una preparación emocional que le permita mantener su salud mental en la transición de las aulas a las camas y consultorios del hospital. Esto es fundamental en la búsqueda del sentido de formarse como médico. Es un hecho que no podemos eludir y del cual somos partícipes, ya que colocamos la salud de los pacientes en sus manos, sin dejar de lado la práctica continua de la inteligencia emocional a lo largo de los años.

Las responsabilidades médicas del personal en formación, como médicos residentes, internos, estudiantes de medicina y pasantes del

servicio social, son significativas y están diseñadas para proporcionar una experiencia educativa sólida, mientras se garantiza la seguridad y el bienestar de los pacientes.



En México, como en todo el mundo, las responsabilidades que se adquieren durante la formación médica son fundamentales y están reguladas por diversas leyes, normas y lineamientos. A continuación, mencionaremos algunos puntos de relevante importancia.

La deficiencia en la calidad de la prestación de servicios de salud puede llegar a significar la pérdida de vidas y la disminución de la calidad de vida humana. El cumplimiento de estándares de calidad aún es heterogéneo entre los distintos niveles de prestadores y su eficiencia y capacidad de resolución en algunos casos es reducida, lo que genera insatisfacción entre los usuarios. Por ello, es crucial alcanzar un estricto cumplimiento de las responsabilidades del personal médico en formación, ya que constituyen un eslabón básico en el sistema nacional de salud.

MODELO COMBINADO

En los últimos años, la práctica médica ha seguido dos paradigmas diferentes: la medicina basada en la evidencia (MBE) y la medicina basada en valores (MBV). Es urgente promover una educación médica que fortalezca la relación entre estos dos paradigmas. Esta comunicación aborda un estudio

en México, diseñado para establecer las bases de un programa continuo de educación médica continua (EMC), destinado a fomentar el diálogo entre la MBE y la MBV, determinando los valores relevantes para las actividades médicas cotidianas y manejando estos dos paradigmas, enfocados en el siglo XXI.

El personal sanitario que participó en una intervención EMC en ética clínica mejoró significativamente en valores de alto orden: Apertura al Cambio (AC) y Autotranscendencia (AT), que son esenciales para cumplir los fines terapéuticos de medicamentos. La intervención EMC fortaleció el papel de los educadores y asesores en la atención médica. Los valores éticos desarrollados por los profesionales de la salud surgen de su historia de vida y de su formación profesional. Este es un ejemplo de cómo interrelacionar la educación con las líneas de trabajo médico favorece una mejor atención y sensibilización sobre el trato digno y respetuoso al paciente, lo que beneficia su salud y apego a los tratamientos. Esto demuestra que el eje para cumplir con las responsabilidades radica en los cambios obtenidos a través de la educación.⁹

RESPONSABILIDAD

La responsabilidad es una metacompetencia nutrida por atributos poderosos que requieren un entrenamiento disciplinado y sistemático. Por esta razón, no muchas personas están dispuestas a pagar este precio para alcanzar la responsabilidad.¹⁰ En términos generales, Carrillo Fabela define la responsabilidad profesional médica como:

“La obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios, incluso dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión”.⁵

Para evitar estas responsabilidades, que pueden incrementarse dependiendo del evento en contexto, se deben considerar las sanciones que pueden derivarse de responsabilidades morales, civiles, jurídicas, penales, laborales o administrativas.² Los médicos en formación que reciben una remuneración se limitan al rubro de actividades profesionales que sustenta su título; sin embargo, la responsabilidad se comparte debido al trabajo en equipo, con un responsable principal que debe asumir su papel y estar atento a la actuación de estudiantes, internos, residentes o pasantes de medicina. Por lo tanto, la supervisión y el registro estricto de la actuación deben plasmarse en el documento legal que es el expediente clínico. Las responsabilidades se desglosan según los niveles de competencia y responsabilidades. Para reducir estos eventos y garantizar las buenas prácticas médicas, es necesario seguir las leyes, normas,

lineamientos y reglamentos institucionales, tanto educativos como de la práctica médica, apoyados en una preparación fundamentada en los puntos mencionados. Es importante señalar que las instituciones cuentan con áreas de atención jurídica que apoyan en circunstancias adversas, pero la responsabilidad sigue siendo compartida.⁵

1. Aprendizaje y desarrollo profesional con calidad y pertinencia educativa

Los estudiantes y el personal en formación de los diferentes niveles académicos tienen la responsabilidad de aprender y desarrollar sus habilidades clínicas y quirúrgicas bajo la supervisión de médicos más experimentados. Este proceso debe estar basado en evidencias y valores aplicables, con el objetivo de garantizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

2. El cumplimiento de normas educativas, civiles y jurídicas

Las instituciones educativas y de salud deben cumplir con los estándares y normativas establecidas por la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS). Estas regulan los planes de estudio, programas académicos, operativos y la infraestructura necesaria para la formación médica, así como la actualización y el entrenamiento en procedimientos médicos y quirúrgicos.

3. Prácticas clínicas supervisadas con actualización continua y homologadas por las diferentes instituciones

Durante su preparación, los estudiantes de los diferentes niveles académicos deben realizar prácticas clínicas y quirúrgicas bajo la supervisión de médicos y personal autorizado competente. Durante estas prácticas, los estudiantes deben adherirse a los protocolos y programas de atención y prevención tanto para el paciente como para el personal de salud, respetando principios éticos y garantizando la seguridad del paciente.

4. Ética y deontología profesional, valores y principios, con perspectiva de género

Los estudiantes deben adquirir conocimientos sólidos y sensibilizarse sobre los principios éticos y deontológicos que rigen la práctica médica, incluyendo el respeto a la perspectiva de género, el trato digno y los derechos de los pacientes, la confidencialidad de la información médica y la autonomía del paciente, todo ello bajo la premisa de valores y principios éticos y morales.

5. Desarrollo de competencias clínicas y profesionales

Se espera que los estudiantes adquieran habilidades prácticas y conocimientos teóricos que les permitan realizar diagnósticos, implementar

tratamientos y ofrecer educación en salud para la prevención, todo ello conforme a estándares médicos aceptados y con un enfoque en la seguridad del paciente.

6. Evaluación continua y acreditación

Los estudiantes deben someterse a evaluaciones teórico-prácticas organizadas y periódicas para asegurar que cumplen con los estándares de conocimiento requeridos.

7. Cumplimiento de normas y regulaciones

Deben cumplir con las normas éticas y legales, así como con las regulaciones específicas de las instituciones educativas y del hospital o institución donde estén realizando su formación.

8. Cuidado y atención al paciente

Aunque supervisados, los estudiantes y residentes participan activamente en el cuidado directo de los pacientes, bajo la dirección y supervisión de médicos con licencia y especialización, en un trabajo ordenado y sistematizado por niveles.

9. Comunicación efectiva

Deben comunicarse de manera efectiva con los pacientes, sus familias y otros miembros del equipo médico, aprendiendo la importancia de la comunicación activa, clara y compasiva, evitando el abuso, acoso y hostigamiento en la atención y en el entorno laboral.

10. Conocimiento y actualización

Es necesario mantenerse actualizados con los avances médicos y participar en actividades de formación continua para mejorar sus conocimientos y habilidades.

11. Rigor metodológico y científico en los reportes y documentación

Es fundamental que mantengan registros ordenados, protocolizados, precisos y completos, supervisados y firmados por el responsable de la institución. Es importante recordar que los residentes ya son servidores públicos y deben cumplir con las normativas integrales de responsabilidades administrativas y legales en la atención, las historias clínicas y los procedimientos realizados, siguiendo las políticas y procedimientos establecidos.

12. Trabajo en equipo interprofesional

Deben colaborar efectivamente con otros profesionales de la salud siguiendo el modelo estándar de oro de la atención interprofesional, para garantizar una atención integral y coordinada de los pacientes, rompiendo con los paradigmas de la atención monoespecializada.

13. Seguridad del paciente

Ser conscientes de la seguridad del paciente en todo momento, identificando y reportando cualquier problema de seguridad o error médico potencial.

Estas responsabilidades aseguran que el personal en formación no solo adquiera habilidades clínicas esenciales, sino que también contribuya de manera significativa al cuidado de los pacientes bajo la supervisión adecuada de médicos especialistas y autorizados en sus respectivas áreas de la medicina.

Las responsabilidades adquiridas durante la formación profesional se basan en principios normativos, principalmente en las Normas Oficiales Mexicanas (NOM). Las NOM son regulaciones técnicas obligatorias que establecen los criterios y requisitos mínimos que deben cumplir los establecimientos, servicios y profesionales de la salud en México.

El eje fundamental se basa en nuestra Ley General de Salud, cuyas disposiciones se enuncian a continuación.

LEY GENERAL DE SALUD

Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984.

TEXTO VIGENTE

Última reforma publicada DOF 01-04-2024.

DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO PRIMERO

Artículo 1.º **La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4.º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, distribuye competencias y establece los casos de concurrencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social (Artículo reformado DOF 29-05-2023).

NORMATIVIDAD EN EL PERSONAL EN FORMACIÓN MÉDICA

En cuanto a las NOM, estas se alinean en el contexto de la atención médica y siempre deben revisarse debido a los cambios que se presentan en sus

actualizaciones, para conocer su vigencia y aplicación. Entre las normas relevantes para las responsabilidades en la práctica médica se encuentran:

NOM-001-SSA-2023: Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica.

NOM-033-SSA-2023: Educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina.

NOM-168-SSA1-1998: Expediente clínico. Establece los criterios para la organización, manejo y conservación del expediente clínico.

NOM-220-SSA1-2016: Instalación y operación de la farmacovigilancia. Establece los lineamientos para la vigilancia y evaluación de los medicamentos.

NOM-035-STPS-2018: Establece los elementos para identificar, analizar y prevenir los factores de riesgo psicosocial en el trabajo.

NOM-004-SSA3-2012: Expediente clínico. Establece los criterios para la organización, manejo y conservación del expediente clínico.

RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO EN FORMACIÓN

Sin embargo, en el ámbito legal, el término “responsabilidad” tiene otra acepción y, por supuesto, consecuencias jurídicas.

Vale la pena recordar que una de las funciones del Estado es regular las actividades de la sociedad y el ejercicio de las profesiones se encuentra sujeto a regulaciones. Particularmente, el ejercicio especializado de la cirugía y de los procedimientos médico-quirúrgicos de especialidad, está regulado por el Capítulo IX Bis de la Ley General de Salud. Este capítulo dispone en su artículo 272 Bis que, para la realización de cualquier procedimiento médico-quirúrgico de especialidad, los profesionales que lo ejerzan requieren una cédula de especialista legalmente expedida por las autoridades educativas competentes, así como un certificado vigente de especialista que acredite la capacidad y experiencia en la práctica de los procedimientos y técnicas correspondientes en la materia, de acuerdo con la *Lex Artis Ad Hoc* de cada especialidad, expedido por el Consejo de la especialidad correspondiente.

Sin embargo, en lo que respecta a la formación de recursos humanos para los servicios de salud, la regulación es escueta y limitada.

La formación de recursos humanos para los servicios de salud tiene una naturaleza jurídica compleja y distinta a la del resto de las disciplinas profesionales. En prácticamente todas las demás profesiones, los planes y programas de estudio no exigen al alumno la realización de prácticas forenses o en campo, limitándose al periodo de duración de la carrera en las aulas de la institución superior que la imparte.

La formación de recursos humanos para los servicios de salud es distinta, comenzando por la licenciatura en medicina. El estudiante de medicina cursa los tres primeros años en las aulas de la institución de educación superior, para luego realizar ciclos clínicos en unidades médicas durante el cuarto año y, en algunos casos, un último quinto o sexto año con el internado de pregrado, dependiendo de los programas escolarizados de la institución educativa. Durante el quinto o sexto año, debe cursar el internado de pregrado, que constituye la primera participación comprometida del estudiante de medicina en la atención al paciente, tanto hospitalizado como en consulta, y que tiene una duración de un año en una unidad médica.

En el sexto o séptimo año, el pasante de la licenciatura en medicina debe prestar su servicio social, que corresponde a la última etapa de su formación. En esta etapa, aplica las experiencias de aprendizaje de años anteriores para solucionar problemas de salud o enfermedad, según la modalidad que elija, siempre bajo supervisión de los niveles superiores, aunque no siempre de los médicos adscritos con responsabilidad directa.

Así, tanto las instituciones educativas como las instituciones de salud intervienen en la formación de los médicos, compartiendo la responsabilidad.

Algo similar ocurre con los médicos residentes, quienes deben desarrollar las actividades académicas, asistenciales y quirúrgicas previstas en los Programas Académico y Operativo en la Unidad Médica Receptora de Residentes, la cual cuenta con el aval académico de una Institución de Educación Superior.

El médico residente pasará los años que dure la especialidad que curse asistiendo diariamente a la Unidad Médica Receptora de Residentes, donde realizará tanto actividades académicas como asistenciales. Por lo tanto, debe considerarse que el médico residente tiene un carácter dual, ya que, por un lado, es un recurso humano en formación para los servicios de salud y, por otro, es un trabajador de la Unidad Médica.

Como muestra de ello, en 1977 se incorporó en la Ley Federal del Trabajo un capítulo específico sobre los Trabajos de Médicos Residentes en Periodo de Adiestramiento en una Especialidad. Es decir, no son simples "becarios", sino estudiantes de una especialidad y trabajadores, lo

que los registra como servidores públicos con sus derechos y obligaciones ante la ley.

Es importante no perder de vista que, aquellos médicos residentes que cursan su especialidad en instituciones públicas y reciben un emolumento proveniente de la Hacienda Pública, son considerados servidores públicos, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 108.º Constitucional.

Dentro de la figura del médico residente, existen tres aristas distintas que, desde el punto de vista jurídico, generan diferentes tipos de derechos y, por supuesto, de obligaciones. El presente documento se centrará en el ámbito de responsabilidad del especialista en formación.

RESPONSABILIDAD EN MATERIA CIVIL

En la teoría de la responsabilidad civil, quien causa un daño a otro está obligado a repararlo. El daño puede derivarse del incumplimiento de un contrato, lo que genera una responsabilidad contractual, o bien de la violación de un deber genérico de toda persona de no dañar a otros, lo que se conoce como responsabilidad extracontractual.

En el primer caso, aunque requiere la existencia de un contrato, esto no significa que sea ajeno al ejercicio de la medicina. Los contratos no son más que acuerdos entre dos o más personas que producen o transfieren obligaciones y derechos. En el ámbito cotidiano (privado), existen contratos de prestación de servicios profesionales cuando un paciente acepta el monto de los honorarios del médico y recibe un servicio, como una consulta.

La responsabilidad extracontractual, en cambio, va más allá de la existencia de un contrato y se relaciona directamente con un riesgo creado y la violación de un deber de cuidado. Esta responsabilidad se divide en dos tipos: la objetiva y la subjetiva.

La primera de ellas, la responsabilidad objetiva, está reconocida en el artículo 1913 del Código Civil Federal, que a la letra dice:

“Cuando una persona hace uso de mecanismos, instrumentos, aparatos o sustancias peligrosas por sí mismos, por la velocidad que desarrollen, por su naturaleza explosiva o inflamable, por la energía de la corriente eléctrica que conduzcan o por otras causas análogas, está obligada a responder del daño que cause, aunque no obre ilícitamente, a no ser que demuestre que ese daño se produjo por culpa o negligencia inexcusable de la víctima”.

Bajo esta concepción, el uso de instrumental quirúrgico, fármacos anestésicos, entre otros, podría constituir causas análogas que obliguen al médico a responder por el daño causado cuando un procedimiento médico se complique, aun cuando no haya actuado ilícitamente.

La responsabilidad subjetiva, en cambio, según el Poder Judicial de la Federación, se funda en un elemento de carácter psicológico, ya sea porque existe la intención de dañar o porque se incurre en descuido o negligencia.

En los últimos años, los jueces, magistrados y ministros del Poder Judicial han adoptado el criterio de juzgar los daños derivados de la prestación de servicios profesionales del personal de salud desde el punto de vista de la teoría de la responsabilidad subjetiva, analizando la existencia de descuido o negligencia como elemento determinante. Es decir, la responsabilidad médica es de medios y no de resultados.

No podemos olvidar que, en el ejercicio de la práctica médica, siempre existe un elemento aleatorio que puede derivar en un daño o incluso en la muerte de un paciente al realizar un procedimiento médico o quirúrgico. Aun cuando el médico actúe con toda diligencia, es imposible garantizar un resultado al paciente. Sin embargo, dicho elemento aleatorio no lo exime de cumplir con los estándares establecidos en la *Lex Artis Ad Hoc* de su especialidad, en las guías de práctica clínica, normas oficiales mexicanas y otros documentos pertinentes.

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (CNDH). ¿QUÉ SON LOS 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 discriminatorios.⁷

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) no está siempre del lado de los médicos. De hecho, según se reporta, en la mitad de sus laudos (51.7%) se concluye que existió evidencia de mala práctica médica.

Entre los laudos dictados de 1996 a 2018, 51.7% concluía que existía evidencia de mala práctica médica, por lo que en poco más de la mitad de los asuntos que llegaban a un proceso arbitral se reconocía esa mala práctica.

Con relación a los casos surgidos del sector público, el total de laudos con evidencia de mala práctica médica era de 55.1%, mientras que en el sector privado era de 49.1%.⁸

CONCLUSIONES

1. Los eventos adversos y los reclamos han tenido un incremento importante en los últimos años, lo que ha llevado a que la población esté altamente sensibilizada a ejercer sus derechos y que presente más reclamos en contra de actos médicos.
2. La preparación con calidad, pertinencia y sensibilidad para la atención de la salud de la población es responsabilidad de las instituciones de educación y salud a lo largo del tiempo de formación. Esto genera un binomio que favorece la sensibilización, la ética, los principios y los valores, garantizando la reducción de eventos adversos cuestionables en la práctica médica.
3. Es fundamental reforzar las asignaturas de Ética, Bioética, Legalidad y Normatividad, así como de administración de sistemas de salud, para asegurar la operatividad de la práctica médica y quirúrgica, a lo largo del tiempo de preparación, y fomentar el trabajo en equipo interprofesional que garantice una atención integral y de calidad, protegiendo y asegurando al paciente.
4. Las vías clásicas de control y fomento académico, incluyendo la ética profesional, no han sido suficientemente eficaces, lo que ha generado segmentación de responsabilidades y una reducción en las supervisiones. Por lo tanto, es necesario plantear nuevas perspectivas, como la calidad y la excelencia y la medicina de precisión, como requisitos básicos en ambas vertientes institucionales.
5. Es fundamental adquirir pericia y manejo del conocimiento, incluyendo contar con los documentos oficiales para ejercer la medicina (título y cédula profesionales), realizar evaluaciones, mantener un historial positivo, conocer y considerar los factores de riesgo y obtener el consentimiento informado del paciente o, en caso de menores de edad, del familiar, antes de realizar ciertos procedimientos clínicos o quirúrgicos. También es importante proponer alternativas diagnósticas y terapéuticas acordes con los conocimientos actuales.
6. Es vital conocer y manejar normas, leyes, lineamientos y reglamentos que permitan proteger las actividades sustantivas de la medicina, no solo con el objetivo de cumplirlas, sino también de evitar problemas legales y normativos, que podrían llegar hasta el nivel penal.
7. Es importante que los médicos comprendan que son servidores públicos y que se rigen por los aspectos legales y constitutivos de la

práctica médica y que pueden contar con el respaldo institucional para la protección de la actividad médica y quirúrgica.

REFERENCIAS

1. Varela Mejía HF, Sordo Monroy GE.: El deber de cuidado del médico en México Rev. Fac. Med. (Méx.) vol.62 no.3 may./jun. 2019 Epub 16-Oct-2020 <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2019.62.3.08>
2. Gamboa Montejano C., Valdez Robledo S.: Cámara de Diputados LXIII Legislatura Responsabilidad de los Profesionales de la salud Marco Teórico Conceptual, Marco Jurídico, Internacionales Jurisprudencia. Subdirección de Servicios de Investigación Subdirección de Análisis Política del Interior (Primera Parte) Nov 2015.
3. García Cavazos RJ: Retos que enfrentan las instituciones de educación superior Cátedra ANUIES DR. "Manuel Velasco Suárez" Tuxtla Gutiérrez Chiapas Agosto 2018.
4. Myriam M Altamirano-Bustamante 1,2 Promoting networks between evidence-based medicine and values-based medicine in continuing medical education. BMC Medicine 2013, 11:395.
5. Carrillo Fabela Luz María Reyna. La Responsabilidad Profesional del Médico en México Ed. Porrúa Pág 4.
6. LEY GENERAL DE SALUD :Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 TEXTO VIGENTE Última reforma publicada DOF 01-04-2024.
7. http://www.cndh.org.mx/Que_son_Derechos_Humanos
8. CONAMED: ¿Realmente está siempre del lado del médico? - Medscape - 18 de dic de 2023
9. Altamirano-Bustamante et al. BMC Medicine 2013, 11:39 <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/11/39>
- 10.(Pérez, Mariana. Última edición: 14 de junio de 2023 a las 5:13 pm). Definición de Responsabilidad. Recuperado de: <https://conceptodefinicion.de/responsabilidad/>. Consultado el 22 de junio de 2024.

Capítulo 11

Etiopatogenia del Conflicto Legal

Dra. Elena López Gavito^A, Dra. Alejandra Noble Lugo^B

INTRODUCCIÓN

Según información de la Organización Mundial de la Salud, alrededor de siete millones de pacientes se ven afectados por complicaciones médico-quirúrgicas cada año, de los que, como mínimo, un millón fallece durante la atención médica o inmediatamente después.¹

A través de la historia, la regulación de la actividad médica ha estado presente, como lo refieren todos los documentos más antiguos. Además, la regulación de los procedimientos de la actividad médica ha sido una exigencia social; por ejemplo, en el Código de Hamurabi se menciona sanción extrema en el error médico:

“218. Si un médico (Asu) opera a un noble por por una herida grave con una lanceta de bronce y causa la muerte del noble; o si abre un absceso en el ojo de un noble con una lanceta de bronce y lo destruye, se le cortará la mano.”

A raíz de la revolución industrial cambia el modelo de atención médica paternalista, causando un impacto en el pensamiento y modificando la estructura de relación médico-paciente, haciendo cada vez más frágil el proceso de la atención médica. Esta situación lleva a algunas consecuencias no deseadas, como es el surgimiento de la medicina defensiva.

^AHospital Español de la Ciudad de México.

De acuerdo con Mancilla y Mariñelarena,² el modelo paternalista de relación médico-paciente que caracterizó a la práctica médica desde sus orígenes, en la actualidad ha cedido paso a un nuevo modelo de atención basado en el principio de autonomía, lo que lleva al surgimiento del consentimiento informado. Esa relación, que data de la época de oro de la medicina griega hace 25 siglos atrás, está cediendo paso a propuestas de modelos de relación más horizontales.

SIGNIFICADO DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. BASE Y MODALIDADES

Es importante mencionar que el ejercicio de la medicina ha cambiado. Hoy la relación médico-paciente es diferente ya que, por una parte, el modelo paternalista ha desaparecido y, adicionalmente, tenemos una sociedad informada y exigente. Hoy en día, existe una mayor cultura de la calidad y los pacientes suponen que se va lograr un resultado: *la curación del enfermo*, aunque esto no siempre es factible.³

Tradicionalmente, la medicina estaba concebida como una relación entre el médico y su paciente, basada en una gran confianza; sin embargo, diversos factores como el desarrollo de la tecnología y de las comunicaciones, el fácil acceso a la información y el crecimiento de los sistemas socializados y masivos de salud, han llevado a que la relación entre el médico y su paciente sufra cambios y deterioro, favoreciendo que se genere desconfianza. Esta desconfianza del paciente hacia el médico y del médico hacia las reacciones del paciente, generalmente ocurren al no cumplirse las expectativas que tiene el paciente sobre los resultados esperados del proceso de atención médica recibido, lo que condiciona un cambio en la relación médico-paciente, ocasionando desconfianza y una conducta defensiva.

Entender la complejidad del proceso salud-enfermedad y ubicar el acto médico dentro de este contexto es una de las maneras de entender los cambios en la relación médico-paciente y, en especial, el conflicto que actualmente se está viviendo en ella.⁴

Hoy en día, los pacientes tienen un mayor acceso a la información disponible por diversos medios y exigen al médico el respeto irrestricto a sus derechos, pero también, frecuentemente, exigen que les sean realizados estudios sofisticados y de tecnología de punta, al considerar que son el último grito de la moda e infalibles, aún sin tener una justificación médica. Ante una negativa del médico para realizarlos, surgen inconformidad y quejas por parte del paciente.

Cuando una relación humana llega al nivel de un conflicto y este se manifiesta en un litigio, entonces es necesaria la aplicación del derecho para la resolución del mismo. Ahora bien, no existe una forma única de resolver litigios. La mayoría de la ciudadanía considera que el tradicional litigio que se ventila en los juzgados y que puede prolongarse por años, es la manera más idónea de resolver problemas. La gente tiene tendencia a judicializarlo todo.

Curiosamente, esos mismos enfermos, prefieren que permanezca el modelo hipocrático y paternalista de atención médica. El paciente desearía que el médico moderno conservara sus muchos recursos de comunicación y diálogo, sentir que se preocupa y se interesa por él y su enfermedad, que lo aprecia como persona, quisiera ver su mirada perspicaz y comprensiva. Además, tiene la expectativa de que el médico le dedique el tiempo suficiente para manifestar y compartir, no solo las dudas e inquietudes sobre las causas físicas y biológicas relacionadas con su enfermedad, sino también que lo escuche sobre los problemas psicológicos, sociales, familiares, laborales y existenciales que le aquejan derivados de su padecimiento; es decir, buscan en el médico un confidente, un amigo y un apoyo basado en una gran confianza.

Citando al maestro Ignacio Chávez: "...Cuando la enfermedad se agrava, el enfermo necesita aferrarse a una tabla de esperanza, esa tabla de esperanza es la confianza que deposita en el médico, por su saber, por su prestigio, pero, sobre todo, por el espíritu de simpatía e indulgencia con que lo atendía, aquí la ciencia sola no basta y se requiere la actuación comprensiva, impregnada de calor humano."⁴

EL ORIGEN ETIMOLÓGICO Y CONCEPTO DE CONFLICTO

Desde el punto de vista etimológico:

La palabra conflicto proviene del vocablo latino *conflictus*, derivado del verbo *confligere*, que significa chocar, golpear juntos.

Como concepto:

El derecho define el conflicto como una incompatibilidad de intereses o insatisfacción entre dos personas, basadas en una norma jurídica, que entran en contradicción, de ahí que los conflictos pueden ser:

a) Unilaterales: cuando una persona tiene una queja contra otra (personales).

b) Bilaterales: cuando la discrepancia surge entre dos partes.

El desacuerdo entre dos o más partes está determinado por intereses, valores o necesidades que se contraponen.

A pesar de que la resolución alternativa de conflictos no es reciente, se sabe que la mediación, conciliación y arbitraje han sido esquemas aceptados, internacionalmente, para tratar de resolver estas controversias.

La comunicación en medicina se considera una competencia clínica básica para el profesional de la salud. El éxito de una buena consulta médica depende de la calidad de la comunicación que el médico establezca con el paciente y es la piedra angular de la relación médico-paciente. Cuando se analiza la etiología que causó el conflicto, frecuentemente, podemos ver que mejorar la comunicación asertiva logra mejorar la calidad de la atención médica.

Los problemas de comunicación en la relación médico-paciente se ubican en el primer lugar de los motivos por los cuales se deriva una queja o un evento adverso. Existen innumerables experiencias cotidianas en las que no se llega a concluir el proceso de comunicación. Por este motivo, el profesional de la salud debe considerar todos los factores que influyen en las condiciones idóneas para que el diálogo sea eficaz: pretensión de verdad, argumentos sólidos, honestidad, claridad y congruencia en la exposición. Adicionalmente, siempre debemos cerciorarnos de que el mensaje cumpla con el objetivo de motivar al paciente y, que así, él considere que son en beneficio del paciente. Es así como se produce la empatía, que es la capacidad de sentir lo que el otro siente, “ponerse en sus zapatos” y, al mismo tiempo, hacer sentir al otro lo que uno siente a esto.

“Con el uso de habilidades de comunicación efectiva, se busca aumentar la precisión diagnóstica, la eficiencia en términos de adherencia al tratamiento y construir un apoyo para el paciente.”⁵ El uso efectivo de habilidades en la comunicación beneficia tanto al médico como al paciente; por otro lado, facilita la detección de los problemas clínicos del paciente. Además, a comunicación en salud es un factor muy importante en la adherencia terapéutica, así como un papel fundamental para afrontar situaciones de duelo.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS

Un tratamiento médico-quirúrgico es un procedimiento que involucra una serie de etapas que se inician en el preoperatorio, donde se realizan diversos estudios de laboratorio y gabinete necesarios para valorar la situación clínica del paciente. Es importante considerar que, aún llevando todos los protocolos de seguridad del paciente, pueden presentarse complicaciones durante el procedimiento, por lo que es necesario que el médico tratante recabe la carta de consentimiento informado después de haberle explicado cuáles son los riesgos, beneficios y alternativas, si las hay.

Hoy es comúnmente aceptado que el consentimiento informado sea un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico-paciente, el paciente acepta o no someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de que el médico le haya informado en calidad y cantidad suficientes sobre la naturaleza, los riesgos y beneficios que él mismo conlleva, así como sus posibles alternativas.

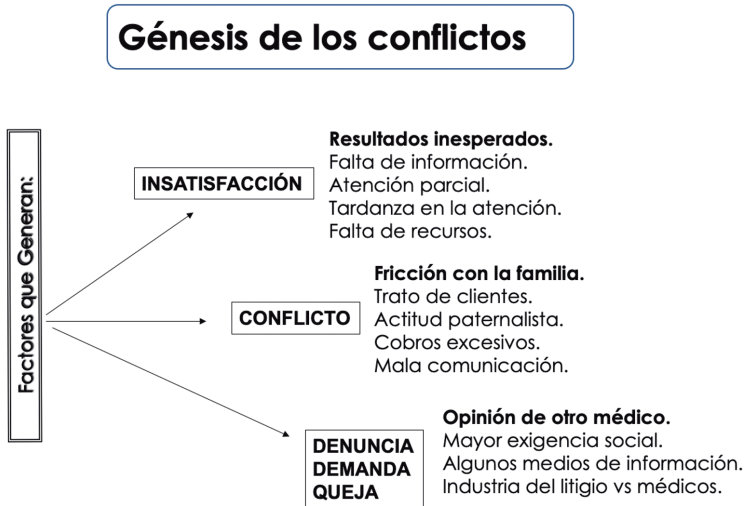
El consentimiento informado es el instrumento mediante el cual el paciente ejerce su derecho a la autodeterminación y, para ello, el médico está en el deber de dar la información que aquel necesita. El requerimiento de obtener el consentimiento ha sido ampliamente fundamentado en un replanteamiento de la relación médico-paciente tradicional, sustentado en el reconocimiento de la autonomía del individuo.

Algunos países se han planteado tratar de resolver las controversias a través de una comunicación más efectiva, siendo hoy en día uno de los objetivos prioritarios en países del continente europeo, de ahí que la detección de la problemática relacionada con las fallas en el proceso de comunicación se transforme en una prioridad a ser atendida, para lograr así mantener las bases humanísticas de la medicina, y lograr, además, mejorar la calidad de los servicios de salud.

Algunas de las causas principales que se asocian con los conflictos en la relación médico-paciente son:

- Incremento en la cultura del litigio.
- Interferencia en la relación por parte de terceros pagadores.
- Influencia de los medios de comunicación en la opinión pública.
- Desinformación de la naturaleza de la atención médica.
- Ausencia del expediente clínico o deficiencias en su integración.
- Falta de la elaboración del consentimiento informado.
- Falta de insumos en el sistema de salud.

Cuadro 1. Factores que general el conflicto médico legal.



Por otra parte, podemos reconocer que la mayoría de los errores son consecuencia de:

- Una comunicación deficiente o inadecuada entre el personal que participará en la realización del procedimiento.
- La falta de participación del paciente.
- La ausencia de barreras de seguridad antes de la realización del procedimiento.

RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Se han planteado dos opciones para la resolución de los conflictos:

1. **Vía judicial:** se reconocen las siguientes vías de responsabilidad profesional:⁷
 - Penal
 - Civil
 - Administrativa
 - Laboral
2. **Vía extrajudicial.**

A partir de la reforma constitucional del 18 de junio del 2008, en el artículo 17 de nuestra carta magna, se prevé la resolución de controversias en la vía extrajudicial de lo que se lee:⁸

“Las leyes preverán mecanismos alternativos de solución de controversias. En la materia penal regularán su aplicación, asegurarán la reparación del daño y establecerán los casos en los que se requerirá supervisión judicial.”

La detección de génesis de los conflictos relacionados con la problemática relacionada con las fallas en el proceso de comunicación se transforma en una prioridad a ser atendida, para lograr, así, mantener las bases humanísticas de la medicina y lograr, además, mejorar la calidad de los servicios de salud.

RECOMENDACIONES PARA PREVENIR CONFLICTOS

La mejor manera de evitar los conflictos que se generan en la práctica de la medicina es la prevención. Para ello, mencionamos algunas recomendaciones:

- 1. Mantener una relación respetuosa:** El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinde la atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno y respetuoso, respecto a sus convicciones personales y morales, principalmente, las relacionadas a sus condiciones socio-culturales, de género, de pudor y respeto a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y que este trato se haga extensivo a los familiares o acompañantes (Artículos 51 y 83 de la Ley General de Salud).⁹
- 2. Informar y obtener consentimiento informado:** El paciente tiene derecho de expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos a procedimientos que impliquen un riesgo. Como elementos fundamentales del consentimiento informado el paciente deberá conocer en forma amplia y completa en qué consiste el procedimiento o acto médico propuesto, los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico, así como las posibles alternativas. La necesidad de contar con un consentimiento informado incluye las situaciones en la que el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.¹⁰
- 3. Cumplir con las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM-004-SSA3-2012:** Llenar siempre los documentos del expediente clínico en forma adecuada, con los

requisitos y formalidades que establece la NOM004-SSA3-2012, ya que, ante una controversia legal, es la principal prueba documental.¹²

- 4. Actuar con bases científicas y apoyo clínico:** Cumplir con las obligaciones de medios que consisten en poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio del cliente, así como en el desempeño del trabajo convenido.

El Reglamento de la Ley General de Salud en su Artículo 9 establece:

“Los Principios de Atención Médica deberán llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica (Lex Artis).”¹³

“Actuar con las competencias fundamentales que indiquen un cambio continuo, que dé como resultado una capacitación medible y un excelente marco de referencia para la educación y la práctica profesional.”

- 5. Guardar el secreto profesional (Confidencialidad):** El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue, más que con la autorización expresa de su parte, incluyendo aquella información que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria. Esto no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.
- 6. Proceder de acuerdo a sus capacidades y competencias:** Este es un fenómeno complejo que expresa las potencialidades de una persona para orientar su actuación en el ejercicio de la profesión, con iniciativa, flexibilidad y autonomía, en escenarios heterogéneos y diversos, a partir de la integración de conocimientos, habilidades, motivos y valores, que se expresan en un desempeño profesional eficiente, ético y de compromiso social. Contar con todos los documentos que acrediten una preparación profesional apropiada.¹³
- 7. Instalaciones y equipos seguros:** Los establecimientos médicos deben contar con lo que determina la Norma Oficial Mexicana de Mínima Infraestructura (NOM-016-SSA 3-2012). Entre otros muchos criterios, los hospitales certificados deben demostrar el apego a esa normatividad.¹⁴
- 8. Atender oportunamente las urgencias:** Cuando esté en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir

atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

9. **Trabajo de equipo:** Es importante aprender a trabajar en equipo, de manera coordinada y, al mismo tiempo, dejar muy claro quién es el responsable de cada actividad. El énfasis debe ser manteniendo siempre el perfil humano y profesional.
10. **Comunicación asertiva:** Es una cualidad que debemos tener las personas para manifestar nuestras ideas de forma consciente y adecuada frente a los demás. Las personas que poseen esta cualidad expresan de manera directa sus opiniones y sentimientos, tanto positivos como negativos.

CONCLUSIONES

Las causas más importantes en la etiopatogenia de conflictos son:

- Comunicación deficiente o inadecuada del médico en la realización del procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- Mala relación médico-paciente.
- Falta de apego a protocolos.
- Falta de apego a las NOM pertinentes.
- Ausencia de barreras de seguridad antes de la realización del procedimiento.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
2. Mancilla, F. y Mariñelarena, J. (2017) Capítulo 8. Consentimiento válidamente informado. En Tratado de Cirugía General (3ª ed.). México: El Manual Moderno.
3. Dr. Daniel Elío- Calvo, la Relación médico paciente. Rev. Méd. La Paz vol.27 no.2 La Paz 2021. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582021000200092
4. Tena, C. y Hernández, F. La Comunicación Humana en la Relación Médico Paciente. Editorial Prado. 2ª edición México D.F. 2007

5. Guzmán, J. y Shalkow, J. (2017). Capítulo 10. Medicina defensiva, medicina asertiva. En Tratado de Cirugía General. Tercera edición. México: Manual moderno.
6. Philippa Moore Gricelda Gómez, rev. med. chile 2010; 138: 1047-1054.
7. [Http://Dx.Doi.Org/10.4067/S0034-98872010000800016](http://Dx.Doi.Org/10.4067/S0034-98872010000800016)
8. López, E. (2012). Demandas y medicina defensiva. Cirujano General Vol. 34 Supl. 2: S140-S142.
9. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 22-03-2024 <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
10. Ley General de Salud vigente 01 -04 2024 <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
11. Robles Elías Prevención del conflicto médico legal. Págs. 263-264 www.nietoyeditores.com.mx
12. Norma Oficial Mexicana del Expediente clínico NOM 004 SSA3 2012 https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012#gsc.tab=0
13. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de prestación de servicios para la atención Médica 17-07-2028 https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf
14. Guías de Práctica Clínica. Intervenciones preventivas para las Intervenciones preventivas para la Seguridad En El Paciente Quirúrgico. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/676GER.pdf>
15. Norma que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada NOM-016-SSA3-2012 <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-016-SSA3-2012.pdf>

Capítulo 12

Inteligencia Artificial en Gastroenterología

Dr. Jordán Zamora Godínez^A, Dr. Rigoberto Zamora Godínez^B, Dra. Ana Cinthia Zamora García^C,
Jordán Zamora Palacios^D

INTRODUCCIÓN

El concepto de inteligencia artificial (IA) ha evolucionado, significativamente, desde sus inicios en la década de 1950, hasta la actualidad, y los nuevos avances en este campo tienen el potencial de ayudar o alterar múltiples industrias, incluida la atención médica.¹ Las patologías gastrointestinales (GI) contribuyen a una carga significativa de enfermedad en todo el mundo. La práctica de la gastroenterología puede prestar grandes beneficios a la sociedad, siempre que, los médicos observen el debido cuidado, sinceridad, eficiencia y habilidad. La inteligencia artificial (IA) está transformando el campo de la gastroenterología al proporcionar soluciones innovadoras para el manejo de los trastornos gastrointestinales. Las dos áreas principales de la tecnología de aprendizaje profundo de IA que pueden considerarse aplicables a GI y hepatología son el análisis de reconocimiento de imágenes y el análisis de datos clínicos. La integración de la IA en la endoscopia gastrointestinal representa un avance significativo en el campo y ofrece oportunidades para mejorar la precisión del diagnóstico y los procesos de toma de decisiones (Ali, 2024).²

Existe un interés creciente en la utilización de tecnologías de IA en gastroenterología, con aplicaciones que van desde la detección asistida por computadora durante la colonoscopia, hasta la predicción de resultados en pacientes con insuficiencia hepática aguda o crónica. El potencial de la IA en gastroenterología se extiende a diversas áreas, como el diagnóstico clínico, la toma de decisiones basada en datos de imágenes médicas y la

^ABCPosgrado en Cirugía General y alta especialidad en Endoscopia Gastrointestinal.

^DEstudiante de Medicina, Tecnológico de Monterrey, CDMX.

predicción de hemorragia posoperatoria después de procedimientos endoscópicos. Se están desarrollando tecnologías de inteligencia artificial, como el aprendizaje automático (ML) y las redes neuronales convolucionales (CNN), para ayudar en diversas etapas de los procedimientos endoscópicos, incluida la preparación, detección, diagnóstico y clasificación de patologías gastrointestinales (Campion, 2024).³

Los algoritmos de ML son herramientas estadísticas que permiten a un sistema imitar la inteligencia y el comportamiento humanos en el análisis de datos, generando algoritmos matemáticos para abordar un nuevo problema sin instrucciones programadas explícitas sobre cómo hacerlo.³⁻⁴

Las plataformas basadas en ML y CNN requieren aprobación regulatoria como dispositivos médicos. Las interacciones entre los humanos y las tecnologías que utilizamos son complejas y están influenciadas por elementos de diseño, conductuales y psicológicos. Debido a las diferencias sustanciales entre la IA y las tecnologías previas, se pueden esperar diferencias importantes en la forma en que interactuamos con los consejos de las tecnologías de IA. La IA abarca una amplia variedad de aplicaciones para algoritmos informáticos sofisticados que utilizan grandes volúmenes de datos para realizar tareas que, tradicionalmente, se pensaba que requerían inteligencia humana.⁵

Entre las aplicaciones iniciales más prometedoras de la IA en la endoscopia gastrointestinal se encuentran la detección asistida por computadora (CADE) y el diagnóstico asistido por computadora (CADx) de pólipos premalignos durante la colonoscopia utilizando sistemas de ML.⁸⁻⁹

Si bien, los resultados iniciales sobre CADE de pólipos colorrectales mostraron mejoras impresionantes en métricas clave de la calidad de la colonoscopia, algunos estudios posteriores del mundo real mostraron efectos más modestos o, incluso, ningún efecto, y observaron una mayor tasa de resección innecesaria de pólipos no neoplásicos. Más que la mayoría de los otros avances en la ciencia médica, la implementación exitosa de las plataformas de IA dependerá, no solo del éxito técnico y la eficacia técnica de la plataforma, sino, también de la capacidad de la tecnología para interactuar con sus operadores humanos. A pesar de la gran velocidad del progreso en el desarrollo y la implementación de nuevas aplicaciones para la IA en endoscopia gastrointestinal, los efectos de la IA en el mundo real en la toma de decisiones médicas, siguen sin explorarse.³⁻⁸

DISEÑO DE ALGORITMOS Y DISEÑO DE INTERFAZ

Los programas de reconocimiento de imágenes con IA tienen la capacidad de compensar el error humano y mejorar la eficiencia y calidad de los procedimientos endoscópicos. Las plataformas CADe y CADx basadas en CNN se crean entrenando al programa con grandes volúmenes de datos, por ejemplo, imágenes y videos con un diagnóstico definido, lo que permite al programa aprender patrones en las imágenes que sugieren la presencia de patología o el diagnóstico específico de interés. La selección y conservación de dichos datos de imágenes o texto representa el primer punto de contacto entre los humanos y la plataforma de IA. Hay varias formas en que las decisiones humanas sobre capacitación y diseño pueden influir en el funcionamiento a largo plazo de la plataforma de IA. CADe puede ayudar con la segmentación (identificación y localización de una anomalía) y CADx puede ayudar a distinguir entre diagnósticos. El papel de CADe y CADx varía según la patología que se evalúa endoscópicamente.³⁻⁶⁻⁷

La posibilidad de generar sesgos en el funcionamiento de la plataforma hace que sea imperativa la selección de la mejor base de datos de capacitación posible, ya que en otras aplicaciones se ha demostrado que las consecuencias no deseadas de los datos de capacitación sesgados tienen consecuencias negativas en los resultados de salud de los pacientes de grupos minoritarios. Un conjunto de datos desequilibrado con demasiadas instancias de patología y pocas imágenes sin patología puede distorsionar el algoritmo y provocar una disminución de la especificidad. Cuanto mayor sea el número de imágenes utilizadas para entrenar el algoritmo, mejor se puede esperar que funcione el sistema. El diseño de la interfaz de usuario es un factor importante para optimizar el rendimiento de CADe/CADx. Las características de diseño que minimizan la carga cognitiva adicional hacen que las alarmas y los consejos sean coherentes, y puedan generar efectos sinérgicos. Por el contrario, las plataformas mal diseñadas pueden aumentar el riesgo de sesgo de automatización, diagnósticos incorrectos y tratamientos innecesarios.¹⁻³⁻⁶⁻⁷

PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA IA EN LA DETECCIÓN DE LESIONES INTRALUMINALES

En una revisión sistemática y un metaanálisis, donde sintetizaron la evidencia existente sobre la precisión diagnóstica de los modelos de IA en la detección de patologías lumbales gastrointestinales comunes, en comparación con el estándar de referencia, las patologías lumbales gastrointestinales más comunes investigadas fueron la aparición de pólipos y neoplasias

gastrointestinales, las cuales tuvieron una alta precisión. Los especialistas que abordan las patologías gastrointestinales son un subconjunto de médicos especialistas que manejan grandes volúmenes de datos clínicos y de imágenes obtenidos mediante diversos procedimientos endoscópicos.

Los algoritmos de IA han demostrado una gran precisión en el diagnóstico de pólipos, esófago de Barrett, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal y otras patologías.⁶⁻¹⁰

Estos algoritmos van desde redes neuronales hasta métodos de conjunto, como máquinas de vectores de soporte y técnicas de aprendizaje profundo. En esta revisión sistemática el aprendizaje profundo y los métodos de conjunto fueron los modelos de IA más utilizados en los estudios incluidos. Dentro de sus conclusiones mencionan que hasta ese momento la mayoría de la literatura sobre la IA en medicina es retrospectiva. El número de estudios prospectivos en los que se implementa la IA en un entorno clínico es limitado. Hay una falta de rigor metodológico en el diseño y la realización de los estudios publicados y, el riesgo de sesgo en la mayoría de los dominios, se considera poco claro o alto. Es por esta razón que los médicos, específicamente, y los sistemas de salud, en general, carecen de confianza en dichos algoritmos, lo que impide la implementación y los beneficios a gran escala de la IA en entornos del mundo real. Los modelos de IA tienen el potencial de diagnosticar con precisión lesiones gastrointestinales basándose en hallazgos endoscópicos en comparación con los expertos. Estos resultados podrían tener implicaciones significativas para los resultados relacionados con los pacientes en entornos con recursos limitados, donde el personal capacitado para interpretar estas imágenes es escaso. Sin embargo, para aprovechar plenamente los beneficios de los modelos de IA, se requieren grandes estudios multicéntricos diseñados prospectivamente para demostrar la efectividad de los resultados y para la implementación de la IA en la práctica clínica habitual en todos los entornos de países de bajos, medianos y altos recursos económicos. El rendimiento de los sistemas de IA existentes en endoscopia puede variar, significativamente, según las configuraciones de mejora de post-procesamiento utilizadas en las diferentes unidades de endoscopia. Los estudios recientes destacan que el aumento de datos de dominios específicos, que abarca una variedad de configuraciones de mejora, puede mitigar eficazmente esta variabilidad, asegurando un rendimiento consistente de la IA en diversos centros.⁶⁻⁷

Posterior al desarrollo del modelo de detección basado en aprendizaje profundo, se realiza la recolección de datos y se etiquetan las estructuras que se utilizarán en el aprendizaje del modelo, seguido de la arquitectura

del modelo, se crean las redes neuronales para utilizar las muestras obtenidas en las fases anteriores, realizar el entrenamiento del modelo y su validación interna, dichas métricas incluyen:

- Sensibilidad: La fracción de muestras positivas realmente clasificadas como positivas.
- Especificidad: La fracción de muestras negativas realmente clasificadas como negativas.
- Precisión: La fracción de las muestras correctamente clasificadas.
- Puntaje F1: La media armónica de sensibilidad y valor predictivo positivo.
- IoU (Intersección sobre la unión): El rendimiento de la detección de objetos al comparar el "ground truth" con la detección del modelo.¹¹

CLAVES FUNDAMENTALES DE LA VISIÓN POR ORDENADOR EN ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL

- Identificar casos de uso prioritarios.
- Ciencia de datos: obtención, curación, almacenamiento y etiquetado de imágenes/videos endoscópicos.
- Colaboraciones crecientes entre médicos y expertos en IA/visión por computadora.
- Las aplicaciones de IA deben validarse en entornos clínicos del mundo real con diferentes conocimientos y experiencia, utilizando una gama de equipos endoscópicos fabricados por diferentes fabricantes.
- El campo de la IA es altamente interdisciplinario y requiere aportes de diversas partes interesadas, incluidos gastroenterólogos, endoscopistas, informáticos, científicos de datos, expertos de la industria y autoridades reguladoras.

ANÁLISIS DE RECONOCIMIENTO DE IMÁGENES

Endoscopia y colonoscopia

El reconocimiento de imágenes puede caer en una categoría de CADe o CADx. CADe puede ayudar con la segmentación (identificación y localización de una anomalía) y CADx puede ayudar a distinguir entre diagnósticos. El papel de CADe y CADx varía según la patología que se evalúa endoscópicamente. En el esófago, CADe y CADx pueden ayudar a identificar condiciones premalignas y cambios sutiles de malignidad. Identificar posibles áreas del esófago de Barrett es de suma importancia para los

endoscopistas, ya que la detección temprana se asocia con una menor mortalidad por adenocarcinoma de esófago. La esofagitis eosinofílica es otra área en la que se ha utilizado CADe, para identificar y monitorear el progreso de la enfermedad. Se ha demostrado que las CNN tienen mayor precisión, sensibilidad y especificidad que los endoscopistas no expertos en conjuntos de imágenes de prueba.

Un metaanálisis en 2021 mostró que los sistemas de inteligencia artificial tienen una alta precisión, de hasta 90%, en la detección de todas las neoplasias del tracto gastrointestinal superior, incluidos los cánceres gástricos. Algunos estudios también se han centrado en predecir la profundidad de la invasión tumoral en el cáncer gástrico temprano, revelando que la IA predijo la profundidad de la invasión con alta sensibilidad y especificidad, excepto en casos de histología indiferenciada, donde la precisión del modelo de IA fue significativamente menor.⁹

Imágenes endoscópicas de *H. pylori* en la mucosa gástrica infectada también se han utilizado para alimentar modelos de entrenamiento. La mucosa gástrica en *H. Pylori* de los pacientes infectados presentan diversos grados de inflamación, metaplasia intestinal y atrofia. Los estudios han demostrado que la IA podría superar a un endoscopista en la detección de estos cambios.¹⁰

Sobre la base de los sólidos resultados que sugieren beneficios en la colonoscopia, los sistemas comerciales han sido aprobados recientemente por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). El primer sistema CADe aprobado por la FDA es GI Genius (Medtronic), aprobado en 2021.¹³ Este sistema utiliza marcadores de identificación visual de cuadros verdes para resaltar los pólipos en tiempo real durante la evaluación endoscópica. Otros sistemas disponibles comercialmente incluyen EndoBrain (Cybernet Systems Co.), Discovery (Pentax Medical), REiLI CAD EYE (Fujifilm) y ai4gi (Imagia). A medida que las CNN y la tecnología de inteligencia artificial continúan desarrollándose, es probable que nuevos sistemas comerciales lleguen al mercado y soliciten la aprobación regulatoria.¹⁴ CADx en colonoscopia incorpora análisis en tiempo real para determinar el tipo de pólipo identificado mediante diagnóstico óptico (Figura 1-2). La IA también puede ayudar a estimar el tamaño de los pólipos.

Otra área de beneficio potencial en el tratamiento endoscópico de patologías gastrointestinales es la evaluación de las hemorragias gastrointestinales (GIB). Si la IA puede ayudar a estratificar el riesgo de estos pacientes con un alto grado de precisión, esto, probablemente, conducirá a una menor morbilidad y mortalidad en este grupo.

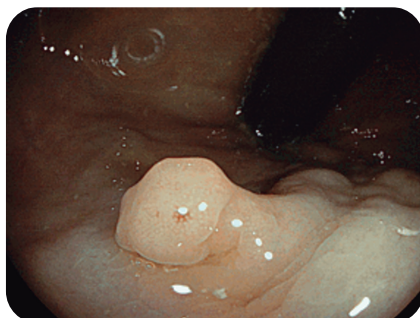


Figura 1. Identificación de pólipo en recto

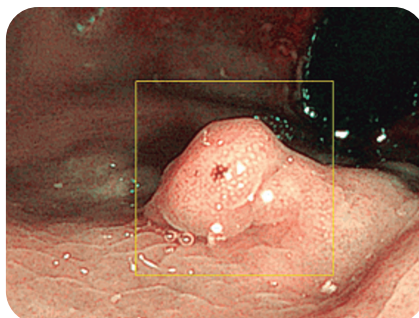


Figura 2. Cromoendoscopia digital en pólipo del recto

Cápsula endoscópica y enteroscopia

La videocápsula endoscópica inalámbrica (VCE) permite una captura de imágenes intraluminal menos invasiva que la endoscopia tradicional. Sin embargo, el análisis de imágenes en VCE requiere mucho tiempo y depende del operador, lo que puede dar como resultado lesiones o patologías pasadas por alto. Las CNN se han estudiado para el análisis de imágenes VCE con el fin de mejorar el análisis de estos resultados. CADE se puede utilizar para evaluar la presencia de hemorragia en el intestino delgado, que es la indicación más común para los estudios con cápsula. Otra situación a destacar es que los tiempos de lectura de las cápsulas han mejorado con el uso de CNN. Se han desarrollado modelos de cápsula endoscópica para enfermedad de Crohn y de colon para detectar estenosis y sangre con alta sensibilidad y especificidad. La VCE CADE, igualmente, desempeña un papel en la detección de úlceras gástricas y duodenales, y las úlceras más grandes se detectan más fácilmente.¹⁶

De igual forma, se están desarrollando modelos de aprendizaje profundo para la evaluación de la mucosa anormal en la enfermedad celíaca. Estos modelos pueden utilizarse para el diagnóstico y clasificación del fenotipo celíaco.¹³⁻¹⁶

La enteroscopia asistida por dispositivo (DAE) es el único examen que combina propiedades de diagnóstico con muestreo de tejido y endoscopia terapéutica. Inicialmente, concebido para la investigación del intestino delgado, las propiedades de DAE la hacen adecuada para la evaluación de todo el tracto gastrointestinal. Normalmente, la DAE se realiza con un enteroscopio de balón simple o doble, pero, recientemente, el enteroscopio espiral motorizado ha sido una alternativa. La implementación de modelos de IA para DAE aún se encuentra en las primeras etapas. La aplicación de

IA en DAE se ha estudiado para la identificación de lesiones vasculares, lesiones protuberantes, úlceras y erosiones (Figuras 3-4). El desarrollo y aplicación de estos sistemas podría amplificar las indicaciones y beneficios de la DAE, aumentando su rendimiento diagnóstico y su rentabilidad.¹⁷



Figura 2. Visión endoscópica de la mucosa normal del yeyuno con enteroscopia de doble balón.

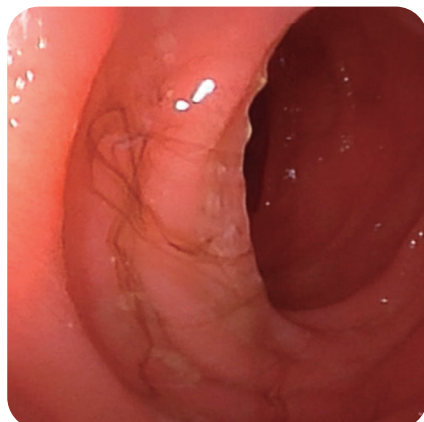


Figura 3. Identificación de hemorragia en el yeyuno con enteroscopia de doble balón.

Ecografía endoscópica, colangiopancreatografía endoscópica, colangioscopia

El papel de la IA en la endoscopia avanzada, específicamente, la ecografía endoscópica (USE), la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y la colangioscopia, está relacionado con la necesidad de diagnosticar lesiones pancreaticobiliares malignas y premalignas, sin embargo, existen dificultades en la diferenciación de lesiones y discrepancia en los evaluadores.

La USE asistida por IA en quistes pancreáticos premalignos se ha evaluado como una posible respuesta a las limitaciones de la tomografía computada, la resonancia magnética y la USE tradicional para diferenciar entre lesiones benignas, neoplasias mucinosas papilares intraductales de alto riesgo y malignidad.

Se han desarrollado varios estudios para evaluar y comparar la precisión diagnóstica del USE asistido por IA contra el USE tradicional en la detección del cáncer pancreático, y distinguir entre lesiones crónicas y tejido normal. Con el paso del tiempo, se desarrollaron nuevas técnicas de USE que se incluyeron como parte del manejo de los pacientes. En paralelo, se diseñaron diferentes tipos de IA para diferenciar las lesiones pancreáticas benignas de las malignas. Otra aplicación de la IA en el USE es el

diagnóstico diferencial de lesiones subepiteliales. La aplicación de la IA en la endoscopia biliopancreática ha sido evaluada por mucho tiempo y mostró resultados prometedores. La IA y su aplicación en medicina se deben considerar beneficiosas porque ayudarán a superar las limitaciones de procedimientos complejos (colangioscopia y USE).¹¹ Se han creado varias clasificaciones para detectar malignidad basándose en las características macroscópicas de las lesiones de la vía biliar durante el procedimiento de colangioscopia con la intención de disminuir esta variabilidad entre los observadores. Sin embargo, estas clasificaciones no han logrado ese objetivo. Ahora, se han desarrollado modelos de IA con la finalidad de ayudar a los operadores a detectar lesiones malignas y a obtener biopsias. Los primeros modelos de IA en la colangioscopia fueron desarrollados para la detección de vasos sanguíneos tortuosos, pero tenían la desventaja de estar limitados a imágenes y no era posible su utilidad en casos en vivo. Robles-Medranda *et al.* desarrollaron su propio modelo de CNN capaz de detectar lesiones neoplásicas en videos pregrabados y tiempo real.¹¹⁻¹²

El modelo CNN propuesto distinguió las lesiones neoplásicas de las vías biliares con buena precisión y superó a dos endoscopistas no expertos y un experto. La aplicación de modelos de IA para entrenar a endoscopistas en procedimientos endoscópicos avanzados puede aumentar la eficacia de dichos endoscopistas y disminuir el número de procedimientos necesarios para alcanzar la pericia requerida.

Patología

Los modelos de reconocimiento de imágenes también pueden ser útiles en patología gastrointestinal para enfermedades múltiples. El campo incipiente de la patología computacional utiliza herramientas basadas en inteligencia artificial y aprendizaje automático para mejorar la precisión y velocidad del diagnóstico de la patología gastrointestinal, pero, del mismo modo, aún se necesitan estudios a gran escala para demostrar un beneficio sobre los métodos patológicos tradicionales.¹⁵

ANÁLISIS DE DATOS CLÍNICOS

Predicción de factores de riesgo

En los últimos años se ha explorado el potencial de la IA para predecir el desarrollo de enfermedades, los resultados y las respuestas al tratamiento. Las patologías específicas más estudiadas para la identificación de factores

de riesgo incluyen: enfermedad inflamatoria intestinal (EII), cáncer gástrico y GIB. La EII, en particular, se ha beneficiado del análisis de conjuntos de datos de gran volumen para la identificación de factores de riesgo genéticos.¹⁸ La identificación de factores de riesgo para la recurrencia y la estadificación del cáncer gástrico es otra área en la que el aprendizaje profundo puede ser útil. Se observó que un modelo de IA tiene una mayor precisión que el actual sistema de estadificación de tumores, ganglios y metástasis (TNM).²⁰

La estratificación del riesgo de hemorragia gastrointestinal también es un área de interés en el análisis de datos asistidos por IA. Ayaru *et al.* desarrollaron un modelo predictivo para la hemorragia digestiva alta no varicosa y fueron capaces de predecir con precisión el riesgo de nueva hemorragia en 88% de los casos.²¹

De igual forma, en otro modelo predictivo de ML, diseñado, específicamente, para el sangrado gastrointestinal, mostró precisiones, sensibilidades y especificidades superiores en comparación con la puntuación estándar actual.²²

Predicción del resultado del tratamiento

Algunos estudios han utilizado modelos de aprendizaje automático para intentar predecir los brotes de EII mediante el análisis de resultados sustitutos relacionados con la EII, como hospitalizaciones, uso de esteroides e inicio de productos biológicos. En el estudio de Waljee *et al.* examinaron datos de reclamaciones de seguros de más de 20,000 pacientes para obtener información sobre el uso de esteroides u hospitalizaciones, y utilizaron estos datos para crear un algoritmo predictivo para los brotes de EII que fue superior a la calprotectina fecal.²³ Estos estudios enfatizan la posible ventaja de costos del uso de ML en la atención médica y el potencial de utilizar conjuntos de datos EMR existentes para mejorar los resultados, en lugar de biomarcadores individuales. En hepatología, se pueden utilizar grandes conjuntos de datos y ML para predecir los resultados del trasplante de hígado.²⁴ En la actualidad, se emplean modelos estadísticos como el modelo de enfermedad hepática en etapa terminal (MELD) para ayudar con la asignación de órganos. Sin embargo, MELD tiene una utilidad limitada para predecir la supervivencia postrasplante. Un estudio retrospectivo comparó modelos estadísticos tradicionales (regresión de Cox, MELD, MELD de donante, puntuación de equilibrio de riesgo) con métodos de aprendizaje automático, incluidas redes neuronales artificiales y bosques aleatorios.²⁵

Estos resultados sugieren que los métodos ML son comparables a los métodos tradicionales para la supervivencia postrasplante. Para el

carcinoma hepatocelular, un modelo de una red neuronal artificial llamada "Metroticket" tuvo mayor precisión en la predicción de la supervivencia a los 5 años después del trasplante, que los criterios de Milán o los sistemas de puntuación alternativos de HCC, como la puntuación AFP.²⁶

AREAS RELACIONADAS DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN GASTROENTEROLOGÍA

Inteligencia artificial regenerativa

La IA generativa se refiere a un algoritmo capaz de crear una nueva forma de contenido aprendiendo de una gran cantidad de datos en forma de texto, audio, imágenes o video. En la práctica clínica, los modelos de IA generativa como ChatGPT, un modelo conversacional de lenguaje grande (LLM, por sus siglas en inglés) se han mostrado prometedores en áreas como el desarrollo de diagnósticos diferenciales y planes de tratamiento válidos.²⁷ Sin embargo, estos mismos estudios también identifican múltiples fallas en la IA generativa basada en el lenguaje. Un estudio que desafió a ChatGPT a responder preguntas sobre el tratamiento de la cirrosis demostró que era competente en la descripción del algoritmo para el estudio inicial, pero sus respuestas fueron incorrectas o la información era desactualizada para el tratamiento.²⁸

La IA generativa también muestra potencial como herramienta poderosa para la educación del paciente. Algunos estudios, en diversos campos, han demostrado que los Chatbots producen respuestas precisas y reproducibles a las preguntas de los pacientes y, en casos específicos, no son inferiores a las respuestas de los médicos.²⁹ La IA generativa ofrece una solución al problema de los médicos para saber cuál es el tiempo que limita su capacidad para atender a más pacientes y brindar atención de calidad, al permitir un método de documentación más eficiente y reducir su agotamiento.

Es posible que la documentación generada por IA no reemplace completamente la documentación humana, pero es probable que aumente la eficiencia al generar gran parte del contenido de los informes. La IA no solo puede ayudar en la documentación clínica, sino, que también, puede aplicarse a la revisión de gráficos y la extracción de datos. Con base en la capacidad actual para analizar grandes cantidades de datos y producir resultados coherentes, es probable que veamos que la IA generativa se vuelva competente y ampliamente utilizada para la documentación en medicina.³⁰

Fonoenterografía

Un área novedosa adicional del uso de CNN en GI es el análisis de grabaciones de sonidos intestinales (fonoenterografía). Los avances en la tecnología de dispositivos de grabación, desde que se acuñó la técnica por primera vez en 1967, han permitido la llegada de la fonoenterografía digital. Uno de los desafíos de la técnica es distinguir los sonidos intestinales de otros ruidos acústicos registrados por los receptores. Una aplicación potencial de la IA es el uso del aprendizaje profundo para procesar la información de audio con el fin de identificar tendencias que podrían distinguir los sonidos intestinales y crear una técnica de procesamiento para filtrar todos los demás ruidos. Esto podría tener aplicaciones en múltiples enfermedades gastrointestinales, incluido el íleo, la obstrucción, la estenosis hipertrófica del píloro y el síndrome del intestino irritable. La estandarización de la auscultación intestinal a través de tecnologías de IA tiene el potencial de aumentar la utilidad clínica de la técnica y disminuir los costos de atención médica.³¹

INTELIGENCIA ARTIFICIAL COMO UN ACTO DE EQUILIBRIO GLOBAL

La investigación sobre la IA sigue dominada por evaluaciones retrospectivas que muestran un rendimiento prometedor del modelo, pero fuera de los titulares de los medios populares, el impacto en el mundo real sigue siendo mucho más limitado. En lugar de la revolución esperada en la prestación de atención eficiente, hemos experimentado una evolución más gradual en la que los beneficios de la IA en el mundo real se prueban y demuestran para casos de uso seleccionados, y donde las vías existentes se mejoran y se hacen más precisas, en lugar de ser reemplazadas. El panorama ahora está preparado para pasar a una nueva etapa de despliegue sostenible y generalizado. Este punto de inflexión ha surgido de una convergencia de numerosos factores, de los que destacan:

Los algoritmos de IA han alcanzado una etapa de madurez en la que pueden aplicarse fácilmente a datos clínicos y son capaces de maximizar la información potencial dentro de dicho conjunto de datos.

Los datos clínicos son más específicos, tienen una mayor cobertura poblacional y están más disponibles para respaldar el desarrollo y predicción de la IA en entornos clínicos.

Impulsado por los aprendizajes de fallas de implementación anteriores, ahora se tiene una comprensión científica mucho mayor de los

componentes de la ruta, que son elementos fundamentales para respaldar cualquier implementación continua de IA.

Existe un reconocimiento establecido de que la IA es, simplemente, un instrumento de ruta, y la precisión del modelo debe respaldar la eficiencia clínica o los resultados de los pacientes. Se presta una mayor atención académica, institucional y regulatoria a la generación de evidencia y evaluación del impacto a lo largo del ciclo de vida posterior al despliegue (o posterior a la comercialización).

Un amplio acuerdo sobre las definiciones de responsabilidad en la implementación de la IA clínica permite marcos sólidos para respaldar la implementación de cualquier dispositivo.

El incremento en la financiación de proveedores, académicos y capital para el desarrollo y las pruebas de IA han dado como resultado una masa crítica de modelos validados y aprobados por los reguladores que se están integrando de manera sostenible en vías activas. Esta confluencia de madurez algorítmica, de datos e implementación son factores que ya han permitido la utilización de la IA impulsada por el valor en industrias no relacionadas con la salud.³²⁻³³

IMPLICACIONES Y PERSPECTIVAS PARA EL DESARROLLO DE LA ÉTICA EN GASTROENTEROLOGÍA

La ética médica es un componente esencial en la práctica gastrointestinal contemporánea que aplica a la gastroenterología tradicional, como a las nuevas tecnologías de inteligencia artificial. El éxito de los diagnósticos y procedimientos endoscópicos requiere un enfoque ético. Lo que hace a un buen gastroenterólogo es el equilibrio entre las cuestiones técnicas y el razonamiento ético, o sea, el aprendizaje y desarrollo de actitudes, habilidades y destrezas que realizó el residente en el paciente, bajo la supervisión del docente en forma tutorada y que, posteriormente, cumple con una certificación. El reconocimiento de la importancia de la ética médica y su certificación debe tener implicaciones de alta seguridad para los pacientes, los médicos y la sociedad. En cuanto a los pacientes, deben reconocer el poder de su médico tratante, un poder socialmente avalado por las instituciones correspondientes (Universidades, Secretaría de Educación Pública, y el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas-CONACEM). Este poder se deriva de las capacidades técnicas de los especialistas, su conocimiento y capacidad de juicio. La sociedad e instituciones deben estar informadas y ser conscientes

de las particularidades y retos a los que se enfrentan los especialistas en la práctica diaria. La misma patología puede tener contextos clínicos diferentes y la toma de decisiones debe ser apegada a la ética médica. Se debe contribuir a crear un ambiente propicio para una práctica humanística. Los médicos deben dejar de ser considerados profesionales insensibles, incansables e invencibles, finalmente, son seres humanos. Deben reconocer que la naturaleza de la práctica profesional proporciona un terreno fértil en el que pueden crecer los problemas éticos y, por lo tanto, necesitan estar conscientes y preparados para esto, no siempre los resultados de sus tratamientos serán todo un éxito.³⁴

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los algoritmos entrenados pueden predecir un resultado en función de su “experiencia” cuando se les presentan datos novedosos pero similares. Estos algoritmos de ML tienen la capacidad de optimizar los datos a través del entrenamiento, el procesamiento y la segmentación de imágenes que pueden clasificar datos médicos en función de patrones complejos no detectados por el ojo humano. Como proceso intensivo de datos de alto riesgo en gastroenterología, existe una gran oportunidad para beneficiarse del dominio ML. Los ejemplos incluyen modelos ML creados para identificar diagnósticos clínicos, respaldar toma de decisiones, mejorar capacitación, interpretar imágenes médicas y navegar la planificación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Sin embargo, los beneficios potenciales para la prestación de atención médica y el uso de estas nuevas tecnologías en el campo médico plantean varias preocupaciones éticas. En la actualidad, existen modelos altamente regulados y estructurados para la evaluación de productos farmacéuticos novedosos, el desarrollo de prácticas endoscópicas y quirúrgicas innovadoras sigue estando en gran medida sin regular y es variable. De acuerdo con las pautas éticas europeas para la IA, una IA confiable debe respetar todas las leyes y regulaciones aplicables, considerar los principios éticos y ser sólida, tanto desde una perspectiva técnica como considerando el entorno social. Es importante destacar que algunos casos de uso de ML tienen el potencial de violar los principios éticos. Los fabricantes de dispositivos médicos y las instituciones de atención médica aplican cada vez más el aprendizaje automático para innovar sus productos, por lo cual, es necesario cumplir requisitos reglamentarios específicos antes de poder utilizarlos en la práctica clínica. El Reglamento Europeo de Dispositivos Médicos y la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), han impuesto requisitos estrictos para llenar los vacíos regulatorios para desarrollar herramientas de programas y dispositivos médicos

basados en ML. Para que los algoritmos basados en ML sean responsables y confiables, debemos regular el desarrollo de algoritmos de ML de acuerdo con la ética médica y los valores de la humanidad.³⁴⁻³⁵

CONCLUSIÓN

Existe un enorme crecimiento en las herramientas basadas en IA para apoyar la práctica de la gastroenterología y la endoscopia gastrointestinal. Para que estas herramientas se integren de manera segura y eficaz en la práctica clínica, las agencias reguladoras de las diferentes áreas geográficas del mundo deben poder evaluar y monitorear estas tecnologías utilizando nuevos enfoques que sean sólidos y prácticos. En EE. UU. la FDA está haciendo esfuerzos claros en desarrollar vías reguladoras efectivas para lograr estos objetivos. Debido a los avances técnicos y el progreso de los ensayos clínicos que ya se están produciendo en la patología gastrointestinal, esperamos que el campo de la gastroenterología desempeñe un papel de liderazgo en el trazado del futuro cercano de la IA en la medicina clínica.

REFERENCIAS

1. Alowais SA et al. Revolutionizing healthcare: the role of artificial intelligence in clinical practice. *BMC Medical Education*. 2023;23(1):689.
2. Ali, H. (2024). Artificial intelligence in gastrointestinal endoscopy: a comprehensive review. *Annals of gastroenterology*. <https://doi.org/10.20524/aog.2024.0861>.
3. Champion JR, O'Connor DB, Lahiff C. Human-artificial intelligence interaction in gastrointestinal endoscopy. *World J Gastrointest Endosc* 2024; 16(3): 126-135 [PMID: 38577646 DOI: 10.4253/wjge.v16.i3.126]
4. Erickson BJ et al. Machine learning for medical images. *X-rays*. 2017;37(2):505-515
5. Yamashita R, Nishio M, Do RKG, Togashi K. Convolutional neural networks: an overview and application in radiology. *Insights Imaging*. 2018; 9:611-629.
6. Parkash O, Siddiqui ATS, Jiwani U, Rind F, Padhani ZA, Rizvi A, Hoo-

- dbhoy Z and Das JK. (2022). Diagnostic accuracy of artificial intelligence for detecting gastrointestinal luminal pathologies: A systematic review and meta-analysis. *Front. Med.* 9:1018937. doi: 10.3389/fmed.2022.1018937.
7. Repici A, Badalamenti M, Maselli R, Correale L, Radaelli F, Rondonotti E, Ferrara E, Spadaccini M, Alkandari A, Fugazza A, Anderloni A, Galtieri PA, Pellegatta G, Carrara S, Di Leo M, Craviotto V, Lamonaca L, Lorenzetti R, Andrealli A, Antonelli G, Wallace M, Sharma P, Rosch T, Hassan C. Efficacy of Real-Time Computer-Aided Detection of Colorectal Neoplasia in a Randomized Trial. *Gastroenterology*. 2020; 159:512-520.e7.
 8. Mori Y, Kudo S-e, Berzin TM, Misawa M, Takeda K. Computer-aided diagnosis for colonoscopy. *Endoscopy*. 2017; 49:813-819.
 9. Arribas J et al. Standalone performance of artificial intelligence for upper GI neoplasia: A meta-analysis. *Gut*. 2021;70(8):1458-1468.
 10. Bang CS, Lee JJ, Baik GH. Artificial intelligence for the prediction of *Helicobacter pylori* infection in endoscopic images: Systematic review and meta-analysis of diagnostic test accuracy. *Journal of Medical Internet Research*. 2020;22(9): e21983
 11. Jorge Baquerizo-Burgos et al. La era de la endoscopia inteligente: cómo la inteligencia artificial potencia la endoscopia digestiva. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2023;53(3):211-225.
 12. Robles-Medranda C, Baquerizo-Burgos J, Alcivar-Vasquez J, Kahaleh M, Rajjman I, Kunda R, Puga-Tejada M, Egas-Izquierdo M, Arevalo-Mora M, Mendez JC, Tyberg A, Sarkar A, Shahid H, Del Valle-Zavala R, Rodriguez J, Merfea RC, Barreto-Perez J, Saldaña-Pazmiño G, Calle-Loffredo D, Alvarado H, Lukashok HP. Artificial intelligence for diagnosing neoplasia on digital cholangioscopy: development and multicenter validation of a convolutional neural network model. *Endoscopy*. 2023 Aug;55(8):719-727. doi: 10.1055/a-2034-3803. Epub 2023 Feb 13. PMID: 36781156; PMCID: PMC10374349.
 13. Cherubini A, Dinh NN. A review of the technology, training, and assessment methods for the first real-time AI-enhanced medical device for endoscopy. *Bioengineering (Basel)*. 2023;10(4):404.
 14. Hann A, Troya J, Fitting D. Current status and limitations of artificial intelligence in colonoscopy. *United European Gastroenterology Journal*. 2021;9(5):527-533

15. Yousif M, Pantanowitz L. Artificial intelligence-enabled gastric cancer interpretations: Are we there yet? *Surgical Pathology Clinics*. 2023;16(4):673-686.
16. Aoki T et al. Comparison of clinical utility of deep learning-based systems for small-bowel capsule endoscopy reading. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2024;39(1):157-164.
17. Mendes, F.; Mascarenhas, M.; Ribeiro, T.; Afonso, J.; Cardoso, P.; Martins, M.; Cardoso, H.; Andrade, P.; Ferreira, J.P.S.; Mascarenhas Saraiva, M.; et al. Artificial Intelligence and Panendoscopy—Automatic Detection of Clinically Relevant Lesions in Multibrand Device-Assisted Enteroscopy. *Cancers* 2024, 16, 208. <https://doi.org/10.3390/cancers16010208>.
18. Sana MK et al. Artificial intelligence in celiac disease. *Computers in Biology and Medicine*. 2020; 125:103996.
19. Isakov O, Dotan I, Ben-Shachar S. Machine learning-based gene prioritization identifies novel candidate risk genes for inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2017;23(9):1516-1523.
20. Deo RC. Machine learning in medicine. *Circulation*. 2015;132(20):1920-1930.
21. Ayaru L et al. Prediction of outcome in acute lower gastrointestinal bleeding using gradient boosting. *PLoS One*. 2015;10(7): e0132485.
22. Das A et al. Prediction of outcome in acute lower-gastrointestinal haemorrhage based on an artificial neural network: Internal and external validation of a predictive model. *Lancet*. 2003;362(9392):1261-1266.
23. Waljee AK et al. Predicting hospitalization and outpatient corticosteroid use in inflammatory bowel disease patients using machine learning. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2017;24(1):45-53.
24. Ivanics T et al. Artificial intelligence in transplantation (machine-learning classifiers and transplant oncology). *Current Opinion in Organ Transplantation*. 2020;25(4):426-434.
25. Yu YD et al. Artificial intelligence for predicting survival following deceased donor liver transplantation: Retrospective multi-center study. *International Journal of Surgery*. 2022; 105:106838.

26. Mazzaferro V et al. Metroticket 2.0 model for analysis of competing risks of death after liver transplantation for hepatocellular carcinoma. *Gastroenterology*. 2018;154(1):128-139.
27. Garg RK et al. Exploring the role of ChatGPT in patient care (diagnosis and treatment) and medical research: A systematic review. *Health Promotion Perspective*. 2023;13(3):183-191.
28. Yeo YH et al. Assessing the performance of ChatGPT in answering questions regarding cirrhosis and hepatocellular carcinoma. *Clinical and Molecular Hepatology*. 2023;29(3):721-732.
29. Samaan JS et al. Assessing the accuracy of responses by the language model ChatGPT to questions regarding bariatric surgery. *Obesity Surgery*. 2023;33(6):1790-1796.
30. Ge J et al. A comparison of large language model versus manual chart review for extraction of data elements from the electronic health record. *Gastroenterology*. 2024;166(4):707-709.e3.
31. Redij R et al. Practicing digital gastroenterology through phonoenterography leveraging artificial intelligence: Future perspectives using microwave systems. *Sensors (Basel)*. 2023;23(4):2302.
32. Divya Kewalramani, Tyler J Loftus, Julio Mayol, Mayur Narayan. Artificial intelligence in surgery: a global balancing act. *British Journal of Surgery*, Volume 111, Issue 3, March 2024, znae062, <https://doi.org/10.1093/bjs/znae062>.
33. Consensus statements on the current landscape of artificial intelligence applications in endoscopy, addressing roadblocks, and advancing artificial intelligence in gastroenterology. Prepared by: ASGE AI Task Force. Sravanthi Parasa, Tyler Berzin, MD, Irving Waxman, MD, Michael Bradley Wallace, MD, Prateek Sharma, et al. Published: April 16, 2024 DOI:<https://doi.org/10.1016/j.gie.2023.12.003>.
34. Basil Varkey. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Med Princ Pract*, 2021; 30:17-28 DOI: 10.1159/000509119.
35. Fuertes-Guiró, Fernando. Ethical aspects involving the use of information technology in new surgical applications: telesurgery and surgical telementoring. *Acta Bioethica* 2018; 24 (2): 167-179.

Capítulo 13

Estado Actual en la Donación de Órganos y Trasplantes. Cuáles son los Requisitos de Acuerdo a la Ley General de Salud

Dr. Hector Faustino Noyola Villalobos^A, Dra. Abogada Elena López Gavito^B

INTRODUCCIÓN

El trasplante es el tratamiento de elección para pacientes con enfermedad orgánica terminal. En México el primer trasplante renal se realizó en 1963 en el Centro Médico Nacional Siglo XXI por el Dr. Manuel Quijano Narezo, Regino Ronces, Federico Ortiz Quezada.¹ En 1976, en el Instituto Nacional de la Nutrición (actualmente, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán), el doctor Héctor Orozco llevó a cabo el primer trasplante auxiliar hepático con un injerto de donador pediátrico en una paciente de edad adulta; en 1985, el doctor Orozco realizó el primer trasplante ortotópico de hígado en el mismo Instituto Nacional de la Nutrición.² En 1988, el doctor Rubén Argüero efectuó el primer trasplante de corazón en el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza del IMSS.³ En 1989, los doctores Jaime Villalba Caloca y Patricio Santillán hicieron el primer trasplante pulmonar en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.⁴ Todos estos «primeros trasplantes» en México tuvieron lugar en la capital del país. Desde entonces, se realizan de manera continua un gran número de trasplantes al año en diversas instituciones de salud del país, habiendo, además, Centros Formadores de Recursos Humanos en Trasplante Renal y Hepático y, desde 2013, teniendo la Certificación en Trasplante Renal por el Consejo Mexicano de Cirugía General en su capítulo de trasplantes. Existen en México 594 establecimientos sanitarios vigentes

^ACirujano General y Cirujano de Trasplantes, Expresidente de la Sociedad Mexicana de Trasplantes, Expresidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General, Expresidente del Consejo Mexicano de Cirugía General, Director del Hospital Militar Regional de Especialidades de Mazatlán, Sinaloa.

^BExpresidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General, Vicepresidente del Consejo Mexicano de Cirugía General.

para realizar: trasplantes, procuración y bancos de tejidos (Tabla 1). Esto ha permitido que el número de trasplantes en México se incremente gradualmente, habiendo realizado 3,082 trasplantes renales, 297 de hígado y 40 de corazón provenientes de 2,681 procesos de donación concretados durante en el año 2023.⁴ (Tabla 2).

La totalidad de los establecimientos de salud que realizan actividad de procuración y trasplantes deberán tener la licencia correspondiente emitida por la Comisión Federal para Protección para Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). Asimismo, deberán de estar registrados en el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA), órgano que se encarga de coordinar y dirigir los procesos de donación y trasplante de órganos, tejidos y células en México a través del Registro Nacional de Trasplantes, sitio donde se lleva a cabo el registro de toda la actividad de donación y trasplante en México.

El marco legal que rige la actividad de donación y trasplantes es el establecido en la Ley General de Salud (LGS) en su versión de junio del 2024, así como en su reglamento. A continuación, mencionaremos los aspectos más relevantes.

Tabla 1. Establecimientos Autorizados Para Hacer Procuración y Trasplante en México.

Total de Establecimientos Vigentes	594
Procuración	432
Trasplante (Uno o Mas Órganos)	903
Banco	62

Fuente Boletín estadístico del CENATRA 2023

Tabla 2. Trasplantes Realizados en México en 2023.

Riñón	3082
Donador vivo	2164
Donador con muerte encefálica	918
Hígado	297
Donador vivo	275
Donador con muerte encefálica	22
Corazón	40
Procuraciones	2682
Paro cardíaco irreversible	2121
Muerte encefálica	560

Fuente Boletín estadístico del CENATRA 2023

LEY GENERAL DE SALUD

La Ley General de Salud (LGS) en su título décimo cuarto detalla, específicamente, los aspectos legales acerca de la donación, trasplantes y definición/certificación de pérdida de la vida.

DISPOSICIONES COMUNES

Artículo 313. Compete a la Secretaría de Salud:

I. El control y la vigilancia sanitarios de la disposición y trasplantes de órganos, tejidos y células de seres humanos, en los términos establecidos por esta ley y demás disposiciones jurídicas aplicables.

II. La regulación sobre cadáveres en los términos de esta ley.

III. Establecer y dirigir las políticas de salud en materia de donación, procuración y trasplante de órganos, tejidos y células, para lo cual se apoyará en el Centro Nacional de Trasplantes y en el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

DEFINICIONES

Cadáver: cuerpo humano en el que se haya comprobado la pérdida de la vida.

Donador o disponente: al que tácita o expresamente, consiente la disposición en vida o para después de su muerte, de su cuerpo, o de sus órganos, tejidos y células, conforme a lo dispuesto por esta ley y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Órgano: entidad morfológica compuesta por la agrupación de tejidos diferentes, que mantiene de modo autónomo su estructura, vascularización y capacidad de desarrollar funciones fisiológicas.

Receptor: persona que recibe para su uso terapéutico un órgano, tejido, células o productos.

XIV. **Trasplante:** transferencia de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo a otra, o de un individuo a otro y que se integren al organismo.

XVI. **Disponente secundario:** alguna de las siguientes personas; él o la cónyuge, el concubinario o la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme a la prelación señalada.

XVII. **Disposición:** conjunto de actividades relativas a la obtención, extracción, análisis, conservación, preparación, suministro, utilización y destino final de órganos, tejidos, componentes de tejidos, células, productos y cadáveres de seres humanos, con fines terapéuticos, de docencia o investigación.

XVIII. **Asignación:** proceso mediante el cual el Comité Interno de Trasplantes selecciona los receptores de órganos y tejidos obtenidos de un donador que haya perdido la vida.

XIX. **Autotrasplante:** trasplante que consiste en obtener un órgano o tejido del propio paciente y volverlo a implantar en él.

XX. **Coordinador hospitalario de donación de órganos y tejidos para trasplantes:** médico especialista o general debidamente capacitado por la Secretaría de Salud que realiza las funciones de procuración de órganos a que se refiere esta ley.

XXI. **Coordinación Institucional:** representación nombrada por cada institución de salud en el país ante la Secretaría de Salud con el fin de atender en el ámbito de su competencia, las políticas en salud en materia de donación y trasplantes de órganos, tejidos y células.

XXII. **Distribución:** proceso a través del cual se determina el establecimiento de salud donde serán trasplantados los órganos y tejidos obtenidos de un donador que haya perdido la vida.

XXIV. **Institución de salud:** agrupación de establecimientos de salud bajo una misma estructura de mando y normativa.

XXV. **Preservación:** utilización de agentes químicos y/o modificación de las condiciones del medioambiente durante la extracción, envase, traslado o trasplante de órganos, tejidos o células, con el propósito de impedir o retrasar su deterioro.

XXVI. **Procuración:** proceso y actividades dirigidas a promover la obtención oportuna de órganos, tejidos y células donados para su trasplante.

XXVII. **Trazabilidad:** capacidad de localizar e identificar los órganos, tejidos, sus componentes y células, en cualquier momento desde la donación y, en su caso, hasta el uso terapéutico, procesamiento o destino final.

Artículo 314 Bis.- Los gobiernos de las entidades federativas deberán establecer centros de trasplantes, los cuales coadyuvarán con el Centro Nacional de Trasplantes presentando sus programas de trasplantes e integrando y actualizando la información del Registro Nacional de Trasplantes de conformidad con lo que señale esta ley y las demás disposiciones aplicables.

Artículo 314 Bis 1.- El Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como de las entidades federativas, el Centro Nacional de Trasplantes, los Centros Estatales de Trasplantes y el de la Ciudad de México y las personas físicas o morales de los sectores público, social y privado que presten servicios de salud o se dediquen a actividades relacionadas con los trasplantes o la donación de órganos, tejidos y células, así como por los programas y los mecanismos de vinculación, coordinación y colaboración de acciones que se establezcan entre estas.

Artículo 314 Bis 2.- El Centro Nacional de Trasplantes tendrá a su cargo la coordinación del Subsistema Nacional de Donación y Trasplantes cuyas funciones se establecerán en la reglamentación respectiva.

Artículo 315. Los establecimientos de salud que requieren de licencia sanitaria son los dedicados a:

La Secretaría de Salud otorgará la licencia a que se refiere el presente artículo a los establecimientos que cuenten con el personal, infraestructura, equipo, instrumental e insumos necesarios para la realización de los actos relativos, conforme a lo que establezcan las disposiciones de esta ley y demás aplicables.

Artículo 316. Los establecimientos a que se refiere el artículo anterior contarán con un responsable sanitario, de quien deberán dar aviso ante la Secretaría de Salud. Los establecimientos en los que se extraigan órganos, tejidos y células, deberán de contar con un comité interno de coordinación para la donación de órganos y tejidos que será presidido por el director general o su inmediato inferior, que sea médico con un alto nivel de conocimientos académicos y profesionales en la materia. Este comité será responsable de hacer la selección del establecimiento de salud que cuente con un programa de trasplante autorizado, al que enviará los órganos, tejidos o células de conformidad con lo que establece la presente ley y demás disposiciones jurídicas aplicables.

A su vez, los establecimientos que realicen actos de trasplantes deberán contar con un comité interno de trasplantes que será presidido por el director general o su inmediato inferior, que cuente con un alto nivel de conocimientos médicos académicos y profesionales, y será responsable de hacer la

selección de donantes y receptores para trasplante de conformidad con lo que establece la presente ley y demás disposiciones jurídicas aplicables. Los establecimientos en los que se extraigan órganos y tejidos, y se realicen trasplantes, únicamente, deberán contar con un Comité Interno de Trasplantes.

El Comité Interno de Trasplantes deberá coordinarse con el comité de bioética de la institución en los asuntos de su competencia.

Los establecimientos que realicen actos de disposición de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas deberán contar con un comité de medicina transfusional, el cual se sujetará a las disposiciones que para tal efecto emita la Secretaría de Salud.

En caso de que el establecimiento cuente con la autorización sanitaria para hacer trasplante de órganos y tejidos a que se refiere el artículo 315, fracción I de esta ley, se deberá conformar un subcomité que deberá presentar los casos al Comité Interno de Trasplantes.

Artículo 316 Bis.- Los establecimientos a los que se refieren las fracciones I y II del artículo 315 de esta ley deberán contar con un coordinador hospitalario de donación de órganos y tejidos para trasplantes que esté disponible de manera permanente. El coordinador hospitalario de la donación de órganos y tejidos para trasplantes de los establecimientos a los que se refieren las fracciones I y II del artículo 315 deberá ser un médico especialista o general, que cuente con experiencia en la materia y esté capacitado por la Secretaría de Salud para desempeñar esa función, quien podrá auxiliarse, en su caso, de otros profesionales de la salud debidamente capacitados en la materia.

Corresponderá a los coordinadores a los que se refiere este artículo:

- I. Detectar, evaluar y seleccionar a los donantes potenciales.
- II. Solicitar el consentimiento del familiar a que se refiere esta ley.
- III. Establecer y mantener coordinación con el Comité Interno de Trasplantes durante el proceso de procuración de órganos y tejidos.
- IV. Facilitar la coordinación entre los profesionales de la salud encargados de la extracción del o de los órganos y el de los médicos que realizarán el o los trasplantes.
- V. Coordinar la logística dentro del establecimiento de la donación y el trasplante.

VI. Resguardar y mantener actualizados los archivos relacionados con su actividad.

VII. Participar con voz en el Comité Interno de Trasplantes.

VIII. Fomentar al interior del establecimiento la cultura de la donación y el trasplante.

IX. Representar al responsable sanitario del establecimiento en ausencia de éste.

X. Lo que le atribuya esta ley y las demás disposiciones aplicables.

Artículo 317. Los órganos no podrán ser sacados del territorio nacional.

Artículo 319. Se considerará disposición ilícita de órganos, tejidos, células y cadáveres de seres humanos, aquella que se efectúe sin estar autorizada por la ley.

DONACIÓN

Artículo 320.- Toda persona es disponente de su cuerpo y podrá donarlo, total o parcialmente, para los fines y con los requisitos previstos en el presente título.

Artículo 321.- La donación en materia de órganos, tejidos, células y cadáveres, consiste en el consentimiento tácito o expreso de la persona para que, en vida o después de su muerte, su cuerpo o cualquiera de sus componentes, se utilicen para trasplantes.

Artículo 321 Bis. La Secretaría de Salud promoverá que en todo establecimiento de atención obstétrica, se solicite sistemáticamente a toda mujer embarazada su consentimiento para donar, de manera voluntaria y altruista, la sangre placentaria para obtener de ella células troncales o progenitoras para usos terapéuticos o de investigación, por medio de una carta de consentimiento informado, garantizándole, en todo momento, su plena voluntad, libertad y confidencialidad, de conformidad con las demás disposiciones jurídicas aplicables.

Artículo 322.- La donación expresa podrá constar por escrito y ser amplia cuando se refiera a la disposición total del cuerpo o limitada cuando solo se otorgue respecto de determinados componentes.

En la donación expresa podrá señalarse que esta se hace a favor de determinadas personas o instituciones. También podrá expresar el donante las circunstancias de modo, lugar y tiempo y, cualquier otra, que condicione la donación.

Los disponentes secundarios podrán otorgar el consentimiento a que se refieren los párrafos anteriores cuando el donante no pueda manifestar su voluntad al respecto.

La donación expresa, cuando corresponda a mayores de edad con capacidad jurídica, no podrá ser revocada por terceros, pero el donante podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, sin responsabilidad de su parte.

En todos los casos se deberá cuidar que la donación se rija por los principios de altruismo, ausencia de ánimo de lucro y factibilidad, condiciones que se deberán manifestar en el acta elaborada para tales efectos por el comité interno respectivo. En el caso de sangre, componentes sanguíneos y células troncales se estará a lo dispuesto en las disposiciones jurídicas que al efecto emita la Secretaría de Salud.

Artículo 323.- Se requerirá que el consentimiento expreso conste por escrito:

I. Para la donación de órganos y tejidos en vida.

II. Para la donación de sangre, componentes sanguíneos y células troncales en vida.

Artículo 324.- Habrá consentimiento tácito del donante cuando no haya manifestado su negativa a que su cuerpo o componentes sean utilizados para trasplantes, siempre y cuando, se obtenga también el consentimiento de cualquiera de las siguientes personas que se encuentren presentes: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante. Si se encontrara presente más de una de las personas mencionadas, se aplicará la prelación señalada en este artículo. El escrito por el que la persona exprese no ser donador, podrá ser privado o público, y deberá estar firmado por este, o bien, la negativa expresa podrá constar en alguno de los documentos públicos que para este propósito determine la Secretaría de Salud en coordinación con otras autoridades competentes.

Artículo 325.- El consentimiento tácito solo aplicará para la donación de órganos y tejidos una vez que se confirme la pérdida de la vida del disponente.

En el caso de la donación tácita, los órganos y tejidos solo podrán extraerse cuando se requieran para fines de trasplantes.

Artículo 327. Está prohibido el comercio de órganos, tejidos y células. La donación de éstos se regirá por principios de altruismo, ausencia de ánimo de lucro y confidencialidad, por lo que su obtención y utilización serán estrictamente a título gratuito.

No se considerarán actos de comercio la recuperación de los costos derivados de la obtención o extracción, análisis, conservación, preparación, distribución, transportación y suministro de órganos, tejidos y células, incluyendo la sangre y sus componentes.

Artículo 328. Solo en caso de que la pérdida de la vida del donante esté relacionada con la averiguación de un delito, o se desconozca su identidad o forma de localizar a sus parientes, se dará intervención al ministerio público y a la autoridad judicial para la extracción de órganos y tejidos.

Artículo 329 Bis. El Centro Nacional de Trasplantes fomentará la cultura de la donación para fines de trasplantes, en coordinación con los centros estatales de trasplantes.

Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias determinar los mecanismos para impulsar el fomento a la cultura de la donación al momento de la realización de trámites públicos o la obtención de documentos oficiales.

TRASPLANTES

Artículo 330.- Los trasplantes de órganos, tejidos y células en seres humanos vivos podrán llevarse a cabo cuando hayan sido satisfactorios los resultados de las investigaciones realizadas al efecto, representen un riesgo aceptable para la salud y la vida del donante y del receptor, y siempre que existan justificantes de orden terapéutico.

Está prohibido:

- I. El trasplante de gónadas o tejidos gonadales.
- II. El uso, para cualquier finalidad, de tejidos embrionarios o fetales producto de abortos inducidos.

Artículo 331. La procuración y extracción de órganos o tejidos para trasplantes se hará, preferentemente, de sujetos en los que se haya comprobado la pérdida de la vida.

Artículo 332.- La selección del donante y del receptor se hará siempre, por prescripción y bajo control médico, en los términos que fije la Secretaría de Salud.

No se podrán tomar órganos y tejidos para trasplantes de menores de edad vivos, excepto cuando se trate de trasplantes de médula ósea, para lo cual se requerirá el consentimiento expreso de los representantes legales del menor.

Tratándose de menores que han perdido la vida, solo se podrán tomar sus órganos y tejidos para trasplantes con el consentimiento expreso de los representantes legales del menor.

En el caso de incapaces y otras personas sujetas a interdicción, no podrá disponerse de sus componentes, ni en vida ni después de su muerte.

Artículo 333.- Para realizar trasplantes entre vivos, deberán cumplirse los siguientes requisitos respecto del donante:

- I. Ser mayor de edad y estar en pleno uso de sus facultades mentales.
- II. Donar un órgano o parte de él que, al ser extraído, su función pueda ser compensada por el organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura.
- III. Tener compatibilidad aceptable con el receptor.
- IV. Recibir información completa sobre los riesgos de la operación y las consecuencias de la extracción del órgano o tejido por un médico distinto de los que intervendrán en el trasplante.
- V. Haber otorgado su consentimiento en forma expresa, en términos de los artículos 322 y 323 de esta ley.
- VI.- Los trasplantes se realizarán, de preferencia, entre personas que tengan parentesco por consanguinidad, civil o de afinidad. Sin embargo, cuando no exista un donador relacionado por algún tipo de parentesco, será posible realizar una donación, siempre y cuando, se cumpla con los siguientes requisitos:
 - a) Obtener resolución favorable del Comité de Trasplantes de la institución hospitalaria donde se vaya a realizar el trasplante, previa evaluación médica, clínica y psicológica.
 - b) El interesado en donar deberá otorgar su consentimiento expreso ante notario público y en ejercicio del derecho que le concede la presente

ley, manifestando que ha recibido información completa sobre el procedimiento por médicos autorizados, así como precisar que el consentimiento es altruista, libre, consciente y sin que medie remuneración alguna. El consentimiento del donante para los trasplantes entre vivos podrá ser revocable en cualquier momento previo al trasplante.

c) Haber cumplido todos los requisitos legales y procedimientos establecidos por la Secretaría para comprobar que no se está lucrando con esta práctica.

Asimismo, para realizar trasplantes entre vivos, cuando el receptor y/o el donador sean extranjeros, deberá, además, de cumplir lo previsto en el presente artículo y demás disposiciones aplicables, acreditar su legal estancia en el país con la calidad migratoria específica que corresponda, y el establecimiento en el que se vaya a realizar el trasplante deberá inscribir al paciente al Registro Nacional de Trasplantes con una antelación de, al menos, quince días hábiles si se trata de un trasplante entre familiares por consanguinidad, civil o de afinidad hasta el cuarto grado.

Cuando no exista el parentesco a que se refiere el párrafo anterior, el receptor del órgano deberá tener un historial clínico en el país de al menos seis meses.

Los establecimientos de salud en los que se realicen trasplantes a los que se refieren los dos párrafos anteriores deberán constatar que no existan circunstancias que hagan presumir una simulación jurídica o comercio de órganos y tejidos.

Artículo 334.- Para realizar trasplantes de donantes que hayan perdido la vida, deberá cumplirse lo siguiente:

I. Comprobar, previamente a la extracción de los órganos y tejidos y por un médico distinto a los que intervendrán en el trasplante o en la extracción de los órganos o tejidos, la pérdida de la vida del donante, en los términos que se precisan en este título.

II. Existir consentimiento expreso del disponente, que conste por escrito o no constar la revocación del tácito para la donación de sus órganos y tejidos.

II Bis. Proporcionar información completa, amplia, veraz y oportuna al o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante de la persona fallecida, conforme a la prelación señalada de los procedimientos que se llevarán a cabo.

III. Asegurarse que no exista riesgo sanitario.

Artículo 335.- Los profesionales de las disciplinas para la salud que intervengan en la extracción de órganos y tejidos o en trasplantes deberán contar con el entrenamiento especializado respectivo conforme lo determinen las disposiciones reglamentarias aplicables, y estar inscritos en el Registro Nacional de Trasplantes.

Artículo 335 Bis.- Los coordinadores hospitalarios de la donación de órganos y tejidos para trasplantes en turno notificarán al ministerio público de manera inmediata la identificación de un donante fallecido, en los casos en que la causa de la pérdida de la vida se presuma vinculada con la comisión de un delito.

Todas las autoridades involucradas, así como el personal sanitario, deberán actuar con la debida diligencia y oportunidad que amerita el caso.

Artículo 335 Bis 1.- Los coordinadores hospitalarios de donación de órganos y tejidos para trasplantes, ante la identificación de un donante fallecido, deberán:

I. Brindar información completa, amplia, veraz y oportuna a los familiares sobre el proceso de extracción de órganos, de conformidad con lo que señale esta ley y demás disposiciones aplicables.

II. Recabar y entregar los documentos y constancias necesarias que para tal fin determine esta ley, su reglamento o la Secretaría de Salud.

III. Las demás que establezcan las disposiciones reglamentarias.

Artículo 336. Para la asignación de órganos y tejidos de donador no vivo, se tomará en cuenta la gravedad del receptor, la oportunidad del trasplante, los beneficios esperados, la compatibilidad con el receptor y los demás criterios médicos aceptados, así como la ubicación hospitalaria e institucional del donador.

Cuando no exista urgencia o razón médica para asignar, preferentemente, un órgano o tejido, esta se sujetará estrictamente a las bases de datos hospitalarias, institucionales, estatales y nacionales que se integrarán con los datos de los pacientes registrados en el Centro Nacional de Trasplantes.

Artículo 337.- Los concesionarios de los diversos medios de transporte otorgarán todas las facilidades que requiera el traslado de órganos y tejidos

destinados a trasplantes, conforme a las disposiciones reglamentarias aplicables y las normas oficiales mexicanas que emitan, conjuntamente, las Secretarías de Infraestructura, Comunicaciones y Transportes y de Salud.

El traslado, preservación, conservación, manejo, etiquetado, claves de identificación y costos asociados al manejo de órganos, tejidos y células que se destinen a trasplantes, se ajustarán a lo que establezcan las disposiciones generales aplicables.

El traslado de órganos, tejidos y células adecuadamente etiquetados e identificados, podrá realizarse en cualquier medio de transporte por personal debidamente acreditado bajo la responsabilidad del establecimiento autorizado para realizar trasplantes o para la disposición de órganos, tejidos y células.

Artículo 338. El Centro Nacional de Trasplantes tendrá a su cargo el Registro Nacional de Trasplantes, el cual integrará y mantendrá actualizada la siguiente información:

- I. El registro de establecimientos autorizados a que se refieren las fracciones I, II y III del artículo 315 de esta ley.
- II. Los cirujanos de trasplantes responsables de la extracción y trasplantes, y los coordinadores hospitalarios de la donación.
- III. Los datos de las donaciones de las personas fallecidas.
- IV. Los datos de los trasplantes, con excepción de los autotrasplantes y los relativos a células troncales.
- V. Los datos de los receptores considerados candidatos a recibir el trasplante de un órgano o tejido, integrados en bases de datos hospitalarias, institucionales, estatales y nacionales.
- VI. Los casos de muerte encefálica en los que se haya concretado la donación, así como los órganos y tejidos que fueron trasplantados, en su caso.

Artículo 339. La distribución y asignación en el territorio nacional de órganos, tejidos y células, con excepción de las progenitoras o troncales, de donador con pérdida de la vida para trasplante, deberá sujetarse a los criterios previstos en la presente ley y los emitidos por la Secretaría de Salud, mediante disposiciones de carácter general que deberán publicarse en el diario oficial de la federación.

La asignación y distribución en el territorio nacional de órganos, tejidos y células, con excepción de las troncales, se realizará por los comités internos de trasplantes y por los comités internos de coordinación para la donación de órganos y tejidos, de conformidad con lo previsto en la presente ley.

La coordinación para la asignación y distribución de órganos y tejidos de donador con pérdida de la vida para trasplante estará a cargo del Centro Nacional de Trasplantes, por conducto del Registro Nacional de Trasplantes, el cual se podrá apoyar en los Centros Estatales de Trasplantes, conforme a lo previsto en la presente ley y en las disposiciones reglamentarias que al efecto se emitan.

El Centro Nacional de Trasplantes deberá establecer procedimientos para la asignación y distribución de órganos y tejidos de donante fallecido en los términos previstos para tal efecto en las disposiciones reglamentarias. El Centro Nacional de Trasplantes supervisará y dará seguimiento dentro del ámbito de su competencia a los procedimientos señalados en el párrafo anterior, mismos que deberán ser atendidos por los Centros Estatales de Trasplantes que establezcan los gobiernos de las entidades federativas y por los comités internos correspondientes en cada establecimiento de salud.

El Centro Nacional de Trasplantes dará aviso a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, en caso de detectar irregularidades en el desarrollo de las atribuciones en el ámbito de su competencia.

El Centro Nacional de Trasplantes impulsará, junto con las Organizaciones de la Sociedad Civil, las acciones que permitan la trazabilidad de los órganos y tejidos donados para trasplante, misma que estará a cargo de cada establecimiento de salud en el desarrollo de sus actividades de disposición y de trasplante de órganos y tejidos, conforme a las disposiciones de carácter general que establezca la Secretaría de Salud.

PÉRDIDA DE LA VIDA

Artículo 343. Para efectos de este título, la pérdida de la vida ocurre cuando se presentan la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible.

La muerte encefálica se determina cuando se verifican los siguientes signos:

- I. Ausencia completa y permanente de conciencia.
- II. Ausencia permanente de respiración espontánea.

III. Ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.

Artículo 344. Los signos clínicos de la muerte encefálica deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:

I. Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica, corroborado por un médico especialista.

II. Cualquier otro estudio de gabinete que demuestre en forma documental la ausencia permanente de flujo encefálico arterial.

Artículo 345. No existirá impedimento alguno para que a solicitud y con la autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario o la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado; se prescinda de los medios artificiales cuando se presente la muerte encefálica comprobada y se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere el artículo 343.

El Instituto Nacional de Ciencias medicas Salvador Zubiran realizo en los últimos treinta años 255 trasplantes de hígado, con esta cifra logró ser el centro con más procedimientos de este tipo en México.⁵

Tan solo en 2016 se realizaron 50 cirugías de esta índole, en su mayoría exitosas.

La mortalidad operatoria disminuyo en el periodo de 2000 a 2007, y la supervivencia en el último periodo es de 95% a un año de vida y de 89% a tres años.⁴

Cada vez es más frecuente que ingresen a las unidades hospitalarias con enfermedad hepática, terminal por lo que que es necesario buscar estrategias para conseguir mayor número de donantes.

Como conclusión podemos mencionar

1. Actualmente hay más de 400 pacientes en lista de espera para recibir un trasplante de hígado.

2. En todo el país se llevan a cabo entre 150 y 155 trasplantes anuales, principalmente de donador fallecido.

3. Es importante señalar que la evolución del trasplante de hígado en México ha sido cada vez mas exitosa. en el Instituto el primer intento fue en 1985, pero como casi exitoso se registró tres años después.

REFERENCIAS

1. Trasplante de riñón, primera proeza médica realizada en el IMSS.
<https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201909/376> No. 376/2019
2. Fuente boletín estadístico del CENATRA 2023.
<https://www.gob.mx/cenatra/documentos/estadisticas-50060>
3. Ley General de Salud 2024.
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
4. Hernández-Ruiz a c, J.M.A. García-Lara a, A. Zamudio-Rodríguez c, I. GarcíaJuárez b, J.A. Avila-Funes a c.
Revista de Gastroenterología de México.
Volume 84, Issue 4, October–December 2019, Pages 455-460.
DOI: 10.1016/j.rgm.2018.09.003
5. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad | 29 de junio de 2016

Capítulo 14

La Importancia de la Certificación Médica

Dr. José Luis Tamayo de la Cuesta[^]

INTRODUCCIÓN

Cuando se elige un médico, las personas consideran varios factores: experiencia, capacitación, lugar de formación, cercanía a su hogar, recomendaciones de familiares o amigos y, en ocasiones, la oportunidad de elegir algún hospital. Sin embargo, hay una condición que debería agregarse a la elección: que el médico se encuentre certificado por el Consejo de la Especialidad correspondiente.

Toda persona que recibe atención médica general o de especialidad —sin importar el sector en el que se atienda— tiene el derecho a que su médico cuente con las capacidades, habilidades y destrezas debidas, pues dicho componente de calidad constituye parte de su derecho a la salud. El derecho humano a la salud está reconocido en nuestra constitución y en los tratados internacionales que nuestro país ha suscrito en materia de derechos humanos. Para mejorar los resultados obtenidos por el Sistema Nacional de Salud se requiere, entre otros aspectos, el adecuado desarrollo, fortalecimiento y validación de competencias del personal de salud, dado que ello contribuye a la calidad de los servicios de salud ofrecidos en el proceso de atención médica.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE QUE UN MÉDICO SE CERTIFIQUE?

El rápido avance del conocimiento médico, así como la transición epidemiológica y demográfica, demandan profesionales de la salud con un alto grado de competitividad, pero también implica el riesgo de que el conocimiento sea obsoleto en muy poco tiempo. Hace algunas décadas, los médicos especialistas organizados

[^]Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Sinaloa en el Hospital Civil de Culiacán.

tuvieron la visión de organizar consejos médicos para garantizar una atención clínica en los mejores términos y con la mejor calidad a través de la educación continua. Si bien, la educación médica continua es la única forma de mantener conocimientos vigentes, también es necesario obtener la idoneidad y la vigencia del ejercicio profesional mediante la certificación y la recertificación. Los consejos certifican por escrito que el médico ha actualizado sus conocimientos, y la recertificación es el refrendo de la constatación inicial.

La certeza que genera la certificación por los Consejos de Especialidad es un símbolo de que un médico ha recibido una capacitación adicional, ha demostrado un alto nivel de experiencia, da credibilidad, confianza, garantía y seguridad a la persona que recibe la atención y, por lo tanto, está mejor calificado para ejercer su especialidad en comparación con un médico no certificado.

Algunos de los beneficios que brinda la certificación son: el médico certificado cuenta con el respaldo de la única instancia facultada por la ley para otorgar la certificación y recertificación correspondiente, trabajar bajo un marco de legalidad, seguridad y responsabilidad, garantizar que el médico cuenta con las habilidades y destrezas adquiridas por años de estudio y práctica para la atención de sus pacientes, avalar la amplia experiencia en el ejercicio de la profesión y mantener una educación médica continua íntegra.

¿QUÉ SON LOS CONSEJOS DE ESPECIALIDAD MÉDICA?

Los Consejos de Especialidad Médica son órganos colegiados de pares representativos de los mejores valores de la especialidad que cumplen la función exclusiva de certificar a quienes, habiendo cubierto los requisitos académicos de preparación, optan por la certificación de sus aptitudes o la recertificación de su actualización. En México la certificación se realiza por medio de los consejos, cuyos integrantes han probado un alto prestigio académico y asistencial en su especialidad, de esta forma, evalúan las competencias profesionales de cada sustentante, de manera independiente de la institución que los formó como especialistas.

En el capítulo III, inciso décimo primero del anexo único de los lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM) y los consejos de especialidades médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud, para la aplicación de lo dispuesto por el artículo 272 bis y el título cuarto de dicha Ley, se menciona, textualmente, que los consejos tendrán como función principal coadyuvar con el CONACEM en la supervisión del entrenamiento, habilidades, destreza y calificación de la pericia de los

médicos especialistas que soliciten certificación o recertificación, conforme a los mecanismos establecidos por el CONACEM.

En la actualidad existen en México 47 consejos que certifican 84 especialidades médicas. Los consejos médicos son autónomos; establecen su organización y los procedimientos que eligen para evaluar las competencias profesionales de los especialistas, y lo hacen sin fines de lucro.

El Consejo Mexicano de Gastroenterología (CMG) fue registrado legalmente en la Secretaría de Relaciones Exteriores el día 14 de febrero de 1980, con la visión de crear una instancia orientada a certificar competencias por pares. El CMG es uno de los 47 consejos mexicanos reconocidos por el CONACEM, mediante los cuales, cumple con la atribución conferida en la Ley General de Salud respecto a supervisar entrenamientos, habilidades y destrezas, calificar la pericia requerida para obtener certificación o mantener la vigencia de esta, y opinar en respuesta a la solicitud de autoridad educativa que otorga la cédula de médico especialista. De esta manera, el alcance incluye otorgar certificación o vigencia mediante evaluación por competencias e interactuar con instancias que desarrollan o fortalecen competencias (centros formadores y agrupaciones médicas) con instituciones de salud (públicas y privadas) en las que brindan sus servicios los especialistas certificados, con pares certificadores (internacionales y nacionales) y con autoridades relacionadas, para fomentar la competitividad del sector salud. Es un organismo técnico y normativo con facultades para certificar a médicos especialistas en Gastroenterología, Endoscopía del Aparato Digestivo y Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, y para expedir la certificación vigente en estas tres especialidades y en Cirugía del Aparato Digestivo.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La certificación médica data de 1858 en Inglaterra, pero hasta la primera mitad del siglo pasado fue adoptada en otros países. Estados Unidos la inició en 1916 y Canadá en 1929. En 1973 el “American Board of Family Practice” (ahora Family Medicine) adoptó por primera vez una certificación de tiempo limitado a 10 años.

A partir de los años sesenta, en México se formalizó la fundación de consejos de especialidad, siendo el Consejo Mexicano de Médicos Anatomopatólogos el primero de ellos, establecido el 13 de febrero de 1963. Posteriormente, en 1965, fue fundado el Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica y, en 1968, los Consejos de Neurofisiología Clínica,

Urología y Cirugía Plástica y Reconstructiva. Para 1974, se habían formado 15 consejos de otras especialidades médicas que acudieron a la Academia Nacional de Medicina para apoyo y orientación, esta aceptó actuar como entidad coordinadora y normativa, y empezó a otorgar idoneidad; en 1995, se sumó a esta labor la Academia Mexicana de Cirugía, también órgano de consulta del Gobierno Federal y con vocería en el Consejo de Salubridad General, y se convocó a los Consejos de Especialidades Médicas para formar en conjunto, el 15 de febrero de 1995, el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas A. C. Actualmente, su Cuerpo de Gobierno se constituye por cuatro vocales de la Academia Nacional de Medicina, uno de ellos es elegido por el propio Cuerpo de Gobierno como Coordinador General; cuatro por la Academia Mexicana de Cirugía, uno de ellos ocupa la Secretaría y cuatro vocales obtenidos por insaculación y provenientes de los Presidentes de los Consejos de Especialidades Médicas.

FUNCIONES DEL CONACEM

El CONACEM tiene la naturaleza de organismo auxiliar de la Administración Pública Federal a efecto de supervisar los conocimientos, habilidades, destrezas, aptitudes y calificación de la pericia que se requiere para la certificación y renovación de la vigencia de la misma o recertificación, en las diferentes especialidades de la medicina que, para los efectos de su objeto, reconozca el CONACEM.

La supervisión a que se refiere el párrafo anterior se efectuará respecto a las tareas de certificación que corresponda a los consejos que cuentan con idoneidad otorgada por el CONACEM. Para el cumplimiento de lo señalado el CONACEM regulará y vigilará que los consejos evalúen la capacidad del ejercicio profesional para la certificación y recertificación de los médicos especialistas que, una vez llenados los requisitos, lo soliciten y acrediten su capacidad en la especialidad de que se trate. El CONACEM tiene el compromiso de instaurar un plan homogéneo de evaluación que permita a los consejos gestionar exámenes desarrollados por expertos de la propia especialidad.

¿QUÉ ES LA CERTIFICACIÓN Y LA VIGENCIA DE LA CERTIFICACIÓN?

Certificación es el acto que consiste en la emisión de un documento o la expedición de un certificado por el consejo respectivo y CONACEM, por

el que se acredita que, la persona especialista solicitante, fue evaluada respecto de los conocimientos, habilidades, destrezas, aptitudes y calificación de la pericia que se requiere para el ejercicio de la especialidad.

La certificación es un proceso de validación que permite ofrecer a la población que se atiende en instituciones y, de forma privada, la garantía de que el médico cuenta con las competencias necesarias para evaluar el estado de salud del paciente, y otorgar una atención resolutive y de alta calidad. Como consecuencia de los avances científicos y tecnológicos que ocurren permanentemente en las ciencias médicas, así como de la transformación epidemiológica y demográfica que tiene lugar constantemente en todas las sociedades, los especialistas están obligados a renovar periódicamente sus conocimientos y, por tanto, a evidenciar la vigencia de su competencia profesional a través de la recertificación, o, dicho de otro modo, a mantener su certificación. La evidencia demuestra que, con el paso del tiempo, el conocimiento médico se deteriora y la práctica médica falla en incorporar los avances científicos. El tiempo transcurrido desde la última certificación del médico se correlaciona con la disminución en la calidad de la atención de sus pacientes, mientras que, los médicos recertificados ofrecen a sus pacientes cuidados de salud de mayor calidad, con un mejor desempeño en un amplio rango de medidas de calidad, desenlaces favorables, atención más segura y mayores índices en actividades de prevención. La certificación vigente se realiza en México cada cinco años para todas las especialidades. Los procesos de certificación y recertificación evolucionan y, constantemente, mejoran los métodos de evaluación para garantizar la competencia de los profesionistas de la salud.

En México se les permite a los residentes del último año de la residencia realizar el examen, siempre y cuando, presenten una carta-propuesta del profesor en jefe de la residencia de que se trate, donde informe al consejo que el residente en cuestión es alumno regular del último año. En caso de ser aprobado, el consejo le entrega una constancia que acredita la certificación; este documento será canjeado por el certificado correspondiente al momento que el alumno egrese de la residencia y presente el título de especialista.

La certificación en México no es de carácter obligatorio, lo que permite que se ejerza la práctica clínica sin estar certificado. Cabe mencionar, que algunas instituciones de salud solicitan de manera formal la certificación para ingresar a ellas, así como algunas instituciones educativas, como ejemplo la Universidad Nacional Autónoma de México y la Universidad Autónoma de Nuevo León, que establecen como norma a sus profesores de posgrado estar certificados para ser contratados y ascendidos en cada nivel académico, e incluso, es necesaria como criterio de calidad que solicitan las diferentes firmas certificadoras, como la ISO 9001. Muchas instituciones públicas y

privadas, así como un considerable número de colegas, desconocen la importancia de la certificación y de su vigencia, esto dado por un insuficiente sistema de supervisión, tanto institucional como en el ejercicio independiente de la profesión; muchos médicos hemos aceptado la necesidad de contar con un control y vigilancia adecuados de nuestra actividad, sin embargo, al día de hoy, todavía hay un gran número de médicos que se encuentran ejerciendo la profesión fuera de la normatividad vigente. Es un hecho que los médicos certificados, así como los que mantienen vigente su certificación, se adhieren en mayor proporción a las guías de manejo y detección de distintas enfermedades, además de reportarse mejores desenlaces.

FUNDAMENTOS JURÍDICOS

El Estado, como principal responsable de garantizar el derecho a la salud, se encarga de adoptar distintos tipos de medidas para cumplir su obligación. Algunas de estas medidas son las que se han incorporado al ordenamiento jurídico en las últimas décadas, con la finalidad de regular la formación médica. En México el proceso está normado en la Ley General de Salud en su artículo 81, que establece las reglas para la certificación de especialidades y describe las funciones del CONACEM de “supervisar el entrenamiento, habilidades, destrezas y calificación de la pericia que se requiere para la certificación y recertificación de la misma en las diferentes especialidades de la medicina reconocidas por el Comité y en las instituciones de salud oficialmente reconocidas ante las autoridades correspondientes.”

Mediante distintas reformas legales el Estado ha promovido que toda persona sea atendida por médicos de calidad, en condiciones de equidad. El 25 de marzo del 2015, fue publicado en el diario oficial el acuerdo por el que se emiten los lineamientos a que se sujetarán el CONACEM y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud, para la aplicación de lo dispuesto por el artículo 272 Bis y el Título Cuarto de dicha Ley, considerando que, en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en la Meta II “México Incluyente”, así como en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, se prevé que, para garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, se deben instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud.

El artículo 272 Bis, de la Ley General de Salud, señala que para la realización de cualquier procedimiento médico quirúrgico de especialidad, los profesionales que lo ejerzan requieren cédula de especialista legalmente expedida por las autoridades educativas competentes y certificado vigente de

especialista que acredite la capacidad y la experiencia en la práctica de los procedimientos y técnicas correspondientes en la materia, de acuerdo a la *Lex Artis Ad Hoc* de cada especialidad, expedido por el consejo de la especialidad, según corresponda, de conformidad con el artículo 81 de la misma ley.

El artículo 81, de la Ley General de Salud, dispone que el CONACEM tendrá la naturaleza de organismo auxiliar de la Administración Pública Federal, a efecto de supervisar el entrenamiento, habilidades, destrezas y calificación de la pericia que se requiere para la certificación y recertificación de la misma en las diferentes especialidades de la medicina reconocidas por dicho comité y en las instituciones de salud, oficialmente reconocidas ante las autoridades correspondientes; que, asimismo, el artículo 81, de la Ley General de Salud, establece que los consejos de especialidades médicas que tengan la declaratoria de idoneidad y, que estén reconocidos por el CONACEM, están facultados para expedir certificados de su respectiva especialidad médica; así como que, para la expedición de la cédula de médico especialista las autoridades educativas competentes, solicitarán la opinión del CONACEM.

CONCLUSIONES

Los consejos de especialidades médicas son órganos civiles cuyo objetivo social es facilitar y proporcionar mecanismos para la certificación y recertificación de los médicos que lo deseen, no están adheridos a ninguna filia política, promueven el mejoramiento de la práctica médica, estimulando la educación médica continua y sin fines lucrativos.

La difusión de las actividades de los consejos de las especialidades médicas es una tarea prioritaria para posicionarse en todos los niveles de toma de decisiones y debe generar un sentido de pertenencia del médico hacia su consejo. Es importante que la población general y los pacientes estén enterados de las actividades de los consejos, y que ellos puedan exigir que su médico especialista cuente con la certificación vigente de su consejo, independientemente del lugar donde reciba o solicite la atención médica.

Los pacientes permiten que los proveedores de atención médica entren en sus vidas en los momentos más frágiles, les confían su bienestar y esperan su competencia profesional. Es obligación de los organismos certificadores garantizarla.

REFERENCIAS

1. Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas [sede web en Internet]. Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas; 2022. Disponible en: <https://conacem.org.mx>
2. Revista Certeza CONACEM, (números 1 al 7) enero 2022-diciembre 2023 en: <https://certeza.conacem.org.mx>
3. Alvarado DA. La certificación del médico especialista. Consejos de Especialidad Médica o Colegios Médicos. *Ginecol Obstet Mex* 2011; 79:593-599.
4. Escudero-De los Ríos Pedro Mario. Los consejos y la certificación de los especialistas médicos. *Compromiso con la sociedad. Gaceta Mexicana de Oncología* 2019;18: 1-3
5. Fernández M, Cuevas M, Aldrete J, Barrell A. Convergencia de procesos de certificación y recertificación de especialistas en Estados Unidos y México. *Med Int Mex*. 2016; 32(3): 263-269.
6. Consejo Mexicano de Neurología. (2021). Historia de la Certificación Médica en México y en el Mundo. (Consultado en 2024)
7. Drazen J, Weinstein D. Considering Recertification. *N Engl J Med* 2012; 362:946-947. DOI: 10.1056/NEJMe1000174.
8. Davis JJ, Price DW, Kraft W, Lane-Fall MB. Incorporación de principios de calidad y seguridad en el mantenimiento de la certificación: un análisis cualitativo de las juntas de miembros de la Junta Estadounidense de Especialidades Médicas. *Revista americana de calidad médica*.2019; 34(2):176-181. doi: 10.1177/1062860 618785974.
9. Lannon C, Nichols DG. The role of certifying boards in improving health: the example of the American Board of Pediatrics. *J Am Board Fam Med*. 2020; 33(Suppl): S36–S41.

Impreso en México por
Litográfica Ingramex, S.A. de C.V.
en el mes de septiembre de 2024.

La relación médico-paciente es un vínculo que busca brindar apoyo y aliviar los síntomas que aquejan al enfermo, pero respetando la autonomía del paciente. En esta relación se intercambia información sensible y se ofrecen opciones para el diagnóstico y tratamiento de diferentes problemas médicos. Como médicos no estamos familiarizados con muchos de los términos utilizados desde el punto de vista legal o las consecuencias de los mismos. En el presente número de las Clínicas Mexicanas de Gastroenterología se abordan diferentes aspectos que van desde concepto de responsabilidad profesional, consentimiento informado, expediente clínico, libertad prescriptiva, objeción de conciencia, normas y guías de práctica clínica, dilemas éticos, conflictos médico-legales y vías de responsabilidad penal, laboral y administrativa.

