

MEDICINA LEGAL



ROSA MARIA CUELLAR GUTIERREZ
HILDA GUADALUPE PRECIADO

DIRECCIÓN



FONEIA

Fondo
Editorial para la
Investigación
Académica

Sinopsis

El libro Medicina legal es una obra que aborda de manera exhaustiva el aspecto jurídico-legal de la Ciencia médica. A través de siete capítulos, se exploran diferentes temáticas relacionadas con la documentación oficial para certificar la muerte, la ética médica, la responsabilidad profesional, los servicios de salud pública, la bioética, el internado médico de pregrado, el derecho a la salud de las personas que viven con VIH, el peritaje quiropráctico, la enfermería legal y el rol de los profesionales de la salud en la Medicina legal. El primer capítulo se centra en los desafíos y procedimientos asociados con la expedición de Certificados de Defunción en México, abordando su naturaleza médico-legal y las responsabilidades involucradas. En el segundo capítulo, se examina la interacción entre la conducta profesional de los trabajadores de la salud y el marco jurídico mexicano que la regula, enfatizando la ética médica y las normativas legales pertinentes. El tercer capítulo explora la evolución histórica del internado de pregrado en medicina en México, desde sus orígenes hasta su institucionalización, abordando las modalidades, retos y la creación de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. El cuarto capítulo analiza el derecho de las personas con VIH a recibir un tratamiento integral, destacando la falta de una normativa específica y enfocándose en la necesidad de garantizar los derechos humanos y el acceso a la atención médica adecuada para este grupo vulnerable. El quinto capítulo explora la evolución de la medicina, delineando la distinción entre medicina clínica y pública, e introduciendo la medicina legal con el perito como figura central en el ámbito judicial. El Capítulo VI se enfoca en la transformación y regulación de la enfermería en México, resaltando la incorporación de la ética profesional en la formación académica. Finalmente, el Capítulo VII analiza la evolución histórica y la importancia contemporánea de la Farmacia como ciencia y profesión.



MEDICINA LEGAL



El tiraje digital de esta obra: “Medicina Legal” se realizó posterior a un riguroso proceso de arbitraje doble ciego, llevado a cabo por dos expertos miembros del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII) del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) en México, así como revisión anti plagio y aval del Consejo Editorial del Fondo Editorial para la Investigación Académica (FONEIA). Primera edición digital de distribución gratuita, abril de 2024.

El Fondo Editorial para la Investigación Académica es titular de los derechos de esta edición conforme licencia Creative Commons de Reconocimiento – No Comercial – Compartir Igual (by-nc-sa). Las coordinadoras Rosa María Cuellar Gutierrez e Hilda Guadalupe Preciado, así como cada una de las coautoras y coautores son titulares y responsables únicos del contenido.

Diseño editorial: Williams David López Marcelo

Diseño de portada: Maximiliano Bautista Camacho

Requerimientos técnicos: Windows XP o superior, Mac OS, Adobe Acrobat Reader.

Editorial: Fondo Editorial para la Investigación Académica (FONEIA). www.foneia.org
consejoeditorial@foneia.org, 52 (228)1383728, Paseo de la Reforma Col. Centro, Cuauhtémoc,
Ciudad de México

ISBN: 978-607-69529-4-8



9 786076 952948

CONTENIDO

CAPÍTULO I. CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN COMO DOCUMENTO OFICIAL PARA CERTIFICAR LA MUERTE EN MÉXICO....	1
CAPÍTULO II. ÉTICA Y RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN MÉXICO.....	22
CAPÍTULO III. EL DILEMA BIOÉTICO EN EL INTERNADO DE PREGRADO.....	48
CAPÍTULO IV. EL DERECHO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA A RECIBIR UN TRATAMIENTO MÉDICO	65
CAPÍTULO V. EL PERITAJE QUIROPRÁCTICO COMO ÁREA DE OPORTUNIDAD EN MÉXICO.....	77
CAPÍTULO VI. ENFERMERÍA LEGAL EN MÉXICO: UNA REVISIÓN HACIA SU AVANCE	91
CAPÍTULO VII. EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN LA MEDICINA LEGAL.....	109

INTRODUCCIÓN

Esta publicación se presenta como una amalgama de siete capítulos que tienen en común el aspecto jurídico-legal de la Ciencia médica. Visitamos en estos textos la documentación oficial para certificar la muerte, la ética médica, la responsabilidad profesional, los servicios de salud pública, la bioética, el internado médico de pregrado y el derecho a la salud de las personas que viven con VIH, el peritaje quiropráctico, la enfermería legal y el rol de los profesionales de la salud en la Medicina legal. A lo largo de estas páginas, cada uno de los temas presentados brinda al lector una visión actual del fenómeno educativo desde varias perspectivas, siempre en estrecha vinculación con la Medicina legal.

En la vasta intersección de la medicina y la sociedad mexicana, se encuentran múltiples cuestiones que merecen ser analizadas y comprendidas a profundidad. Una de las herramientas más antiguas y fundamentales en este ámbito es el Certificado Médico de Defunción, un documento oficial que no solo certifica el fallecimiento de un individuo sino que, también, posee implicaciones legales y sociales significativas en el contexto mexicano. A través de este certificado, se busca garantizar la certeza y claridad sobre las circunstancias que rodean la muerte, pero también plantea preguntas sobre su precisión, alcance y aplicación en diversos escenarios.

El ejercicio de la medicina no se limita simplemente a la aplicación de tratamientos y diagnósticos; también implica una profunda responsabilidad ética y profesional. En el ámbito de la salud pública en México, esta responsabilidad se convierte en un pilar fundamental que guía las prácticas médicas. Sin embargo, ¿cómo se define y se aplica esta ética? ¿Qué desafíos emergen cuando se trata de garantizar servicios de salud de calidad y accesibles para todos los ciudadanos? Estas preguntas nos llevan a reflexionar sobre la interacción entre la ética y la práctica médica en un país de contrastes y desafíos constantes.

En el camino hacia la formación médica, el internado de pregrado representa una etapa crucial en la vida de cualquier profesional de la salud. Sin embargo, este periodo también plantea dilemas bioéticos complejos que requieren una cuidadosa consideración. Las tensiones entre la formación académica, las prácticas clínicas y los principios éticos se hacen evidentes, generando debates profundos sobre cómo equilibrar la necesidad de aprender con la responsabilidad hacia los pacientes y la sociedad en general.

Además de estos temas, no podemos ignorar las realidades específicas que enfrentan ciertos grupos dentro de la población. Las personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) enfrentan desafíos únicos en términos de acceso a tratamientos médicos, estigmatización y derechos humanos. En este contexto, se plantea una discusión imperativa sobre el derecho de estas personas a recibir atención médica adecuada, libre de discriminación y basada en evidencia científica.

A lo largo de las siguientes páginas, nos adentraremos en cada uno de estos temas, explorando sus complejidades, desafíos y implicaciones en el contexto mexicano contemporáneo. Con un enfoque crítico y reflexivo, este libro busca ofrecer una perspectiva integral que permita a los lectores comprender mejor las intersecciones entre la medicina, la ética y la sociedad en México.

En el primer capítulo se profundiza en las intersecciones entre la medicina, la ética, lo jurídico en la sociedad mexicana, en la importancia y complejidades de la expedición de Certificados de Defunción por parte de médicos mexicanos, subrayando su naturaleza médico-legal y las responsabilidades asociadas. Se destaca la prevalencia de errores y omisiones en estos certificados, lo que compromete la calidad de la información epidemiológica y estadística. Además, se enfatiza la necesidad de adherirse a las directrices de la OMS para la correcta certificación de causas de muerte, y se describe el proceso detallado para completar estos certificados con precisión y en conformidad con las disposiciones legales mexicanas. El capítulo también aborda el papel del Certificado de Muerte Fetal, resaltando su importancia en la identificación y registro adecuado de las causas de muerte fetal, en línea con las pautas establecidas por la Secretaría de Salud. En conjunto, se proporciona una visión integral de los desafíos y procedimientos asociados con la certificación médica de defunciones en el país.

En el Capítulo II, se explora la intersección entre la conducta profesional en el ámbito de la salud y el marco jurídico que la regula en México. Se enfatiza que, aunque los profesionales de la salud, especialmente los médicos, enfrentan responsabilidades significativas en sus prácticas, también están sujetos a normas legales precisas que dictan su comportamiento ético y profesional. Se subraya la importancia de comprender la ética médica como un referente crucial para orientar la conducta adecuada, al tiempo que se detallan las normativas legales, como la Ley General de Salud Pública, que establecen derechos y obligaciones tanto para los profesionales de la medicina como para

los pacientes. El capítulo aborda las complejidades de determinar una conducta ética en situaciones médicas específicas, así como los mecanismos administrativos y legales diseñados para supervisar y garantizar la integridad y profesionalismo en los servicios de salud pública. En esencia, se proporciona una perspectiva integral sobre cómo el derecho y la ética interactúan para regular y guiar la conducta de los profesionales de la salud en México.

El tercer capítulo aborda la evolución histórica del internado de pregrado en el ámbito médico, desde sus raíces en el juramento hipocrático hasta su desarrollo institucionalizado en México. Se destaca cómo esta etapa formativa ha transitado desde un enfoque artesanal en la Edad Media hasta convertirse en un ciclo teórico-práctico esencial para los estudiantes de medicina. Se describen las diversas modalidades y cambios en su estructura a lo largo del tiempo, así como los retos y negociaciones en cuanto a remuneración y condiciones laborales de los internos. Además, se enfatiza la creación de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) en 1983, destacando su papel crucial en la coordinación y mejora de la calidad educativa en salud en México, alineando principios de equidad, calidad y protección de derechos fundamentales.

El Capítulo IV analiza detalladamente el derecho de las personas con VIH a recibir un tratamiento integral, enfocándose en la importancia de garantizar no solo el acceso a la salud sino también el respeto a sus Derechos Humanos. Se destaca la falta de una disposición normativa específica en el sistema jurídico mexicano que defina claramente los elementos de un tratamiento integral para pacientes con VIH, a pesar de la existencia de diversas regulaciones. La discusión se centra en la necesidad de abordar esta deficiencia, especialmente considerando el contexto de discriminación, estigma y violación de derechos que enfrentan las personas con VIH. Se hace referencia a instrumentos internacionales y decisiones judiciales relevantes, como los amparos 378/2014 y 227/2020 de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, para proporcionar un marco comprensivo sobre los elementos esenciales que deben considerarse en un tratamiento médico integral para este grupo vulnerable en México.

El quinto apartado examina la evolución y diversificación de la medicina a lo largo del tiempo, destacando la división entre medicina clínica, enfocada en la curación individual, y medicina pública, dirigida a resolver problemas sociales. Se introduce la medicina legal como una subespecialidad que integra conocimientos médicos en el ámbito judicial,

con el perito desempeñando un papel crucial como experto imparcial.

El Capítulo VI aborda la evolución y regulación de la práctica de enfermería en México, destacando cambios significativos en formación y niveles académicos. Se enfatiza la importancia de incluir la ética profesional en el currículo para capacitar a los profesionales en la toma de decisiones objetivas en situaciones éticamente conflictivas.

El último capítulo, se centra en la evolución histórica y la importancia contemporánea de la Farmacia como ciencia y profesión. Inicia con una mirada retrospectiva, destacando que desde tiempos antiguos, los sacerdotes sanadores desempeñaron un papel crucial en la preservación de la salud, combinando funciones diagnósticas y preparación de remedios. La distinción formal entre la profesión médica y farmacéutica se estableció con el Edicto de Palermo en 1240.

Rosa María Cuellar Gutierrez

abril 2024

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN COMO DOCUMENTO OFICIAL PARA CERTIFICAR LA MUERTE EN MÉXICO



MARÍA GUADALUPE ZÚÑIGA GONZÁLEZ
ROSA MARÍA CUELLAR GUTIERREZ
HILDA GUADALUPE PRECIADO



1

CAPÍTULO I

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN COMO DOCUMENTO OFICIAL PARA CERTIFICAR LA MUERTE EN MÉXICO

María Guadalupe Zúñiga González*
Rosa María Cuellar Gutierrez**
Hilda Guadalupe Preciado***

SUMARIO: I. Introducción; II. Descripción del Certificado Médico de Defunción; 2.1 Propósitos básicos del Certificado de Defunción; 2.2 Partes del Certificado de Defunción; 2.3 Modelo de Certificado de Defunción Secretaría de Salud; III. Instrucciones para el llenado del Certificado Médico de Defunción; 3.1 Instrucciones generales; 3.2 Instrucciones específicas; IV. Certificado de Muerte Fetal; 4.1 Modelo de Certificado de Muerte Fetal de la Secretaría de Salud; V. Conclusiones; VI. Lista de fuentes.

I. Introducción

En México, más del 95% de los certificados de defunción son expedidos por médicos. Al tratarse de un documento médico-legal, debe ser completado correctamente. Existen importantes problemas en la anotación de datos y causas de defunción, debido en parte al desconocimiento de las recomendaciones para la certificación de las causas de muerte publicadas en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud de la OMS.

Un problema significativo que se observa en casi todos los países de las Américas es la elevada proporción de Certificados de Defunción incompletos o con errores. Esto afecta la calidad de los datos y la utilidad de la información para la toma de decisiones a nivel local y regional, donde se generan las estadísticas.

El objetivo principal es que el certificante expida los certificados de defunción y de muerte fetal conforme a las instrucciones y disposiciones legales vigentes en México. El certificado es una constancia de hechos de su actuación profesional que puede utilizarse para fines legales, epidemiológicos y estadísticos.

*Alumna de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca Estado de México; correo electrónico: univguadalupezuniga@gmail.com

** Docente de la Facultad de Medicina. Región Veracruz, Colaborador del CA-UV-526 Innovación e Investigación Educativa en Salud y Coordinador de la Maestría en Derechos Humanos y Justicia Constitucional sede Xalapa, correo institucional: rcuellar@uv.mx

***Técnico Académico de Tiempo Completo de la Facultad de Medicina. Región Veracruz, Colaborador del CA-UV-526 Innovación e Investigación Educativa en Salud correo institucional: hguadalupe@uv.mx

El personal sanitario encargado de expedir el certificado debe describir con precisión y prudencia cada apartado, redactando fielmente el hecho médico observado sin agregar u omitir información relevante. Este documento es obligatorio para toda persona fallecida y es necesario para trámites como el Acta de Defunción en el registro civil, autorizando la cremación, inhumación u otros procedimientos.

El Acta de Defunción se realiza ante el registro civil después de tramitar el Certificado de Defunción. Esta acta acredita el deceso e incluye las causas de muerte y detalles sobre la inhumación o cremación del fallecido.

El Certificado Médico de Defunción es un testimonio escrito en el que el médico o persona autorizada por la Secretaría de Salud verifica la muerte de una persona. Este documento no puede modificarse; cualquier error en su redacción requiere la emisión de un nuevo formato. Tiene propósitos epidemiológicos, permitiendo la notificación inmediata de enfermedades bajo vigilancia y la elaboración de estrategias contra las principales causas de muerte, además de ser una fuente primaria para estadísticas de mortalidad y crecimiento demográfico.

El certificado consta de varios apartados esenciales y debe ser completado preferentemente por el médico tratante o el que asistió durante el fallecimiento, dentro de las 48 horas posteriores al deceso. Debe redactarse en tinta azul o negra, evitando el uso de otros colores o lapiceros de gel.

El Certificado de Muerte Fetal es similar a un certificado de defunción, pero no incluye un certificado de nacimiento debido a que el producto no nació vivo. También se emite por triplicado y es crucial para comprender y registrar las causas de muerte fetal, contribuyendo así a la reducción de la mortalidad perinatal.

El formato del Certificado de Muerte Fetal, elaborado por la Secretaría de Salud, sigue pautas similares al Certificado Médico de Defunción. Es fundamental completar todos los apartados con información respaldada por documentos oficiales, asegurando su corrección, legibilidad y concordancia con la identificación oficial del fallecido y sus familiares.

II. Descripción del Certificado Médico de Defunción

El Certificado de Defunción es un formato único a nivel nacional establecido por la Secretaría de Salud. Es de expedición gratuita y obligatoria, posee un carácter individual e intransferible, y documenta la ocurrencia de una defunción junto con las circunstancias que rodearon dicho evento (Secretaría de Salud, 2012).

Por otro lado, la Ley General de Salud (2023), en su Artículo 388, define específicamente el concepto de certificado.

Para los efectos de esta Ley, se entiende por certificado la constancia expedida en los términos que establezcan las autoridades sanitarias competentes, para la comprobación o información de determinados hechos (LGS, 2023).

Los certificados de defunción y muerte fetal representan los dos modelos establecidos para certificar las muertes en nuestro país. Estos documentos son expedidos por profesionales de la medicina o por individuos autorizados por la autoridad sanitaria competente. Una vez confirmado el fallecimiento y determinadas sus causas, se emiten conforme a los modelos aprobados por la Secretaría de Salud y de acuerdo con las normas técnicas que esta entidad emita. Las autoridades judiciales o administrativas solo considerarán como válidos aquellos certificados que cumplan con lo estipulado (Ley General de Salud, 2023, pp. 165).

La Secretaría de Salud proporciona los certificados de defunción y muerte fetal a las autoridades pertinentes, así como a los profesionales de la salud y personas autorizadas para expedirlos. Esto garantiza su disponibilidad y asegura que cada defunción y muerte fetal reciba la adecuada certificación.

El certificado de defunción se utiliza para documentar el fallecimiento de cualquier individuo que haya nacido con vida, ya sea minutos, horas, días, meses o años después del nacimiento. Por otro lado, el certificado de muerte fetal se completa para los productos de la concepción que fallecen antes de su expulsión o extracción del cuerpo materno (Dirección General de Información en Salud, 2007, pp. 9).

2.1 Propósitos básicos del Certificado de Defunción

- a) Legal: ninguna inhumación o cremación se hará sin la autorización escrita del Oficial del Registro Civil, quien se asegurará del fallecimiento por medio del Certificado de Defunción. Los datos deben ser anotados con apego a la verdad, sin errores y sin omitir alguno, a menos que se ignore.
- b) Ninguna persona o funcionario del Registro Civil tiene jerarquía técnica o legal para exigir al médico certificante que cambie las causas de muerte. En caso de muertes accidentales o cuando se sospeche la comisión de un delito, serán las autoridades judiciales las que resuelvan lo necesario, incluso el levantamiento del certificado.
- c) El certificado sirve para dar fe del hecho, inscribir la defunción en el Registro Civil y levantar el acta respectiva. De ahí la importancia de que los datos asentados en el certificado y posteriormente en el acta se apeguen a la realidad y no contengan errores u omisiones.
- d) Epidemiológico: permite tener conocimiento de los daños a la salud de la población, vigilancia del comportamiento de las

enfermedades (tendencia y distribución en tiempo y espacio), orienta programas preventivos y apoya la evaluación y planeación de los servicios de salud.

- e) Estadístico: elaboración de estadísticas de mortalidad, causas y variables sociodemográficas; edad, sexo, lugar de residencia y ocurrencia de las defunciones. (Dirección General de Información en Salud, 2007, pp. 10).

La recopilación de información destinada a la certificación médica de la causa de defunción abarca tanto datos administrativos como la revisión de la historia clínica del fallecido. Esto implica verificar detalles como el nombre, dirección, fecha de nacimiento y otras variables relevantes. Además, es crucial centrarse en aspectos médicos pertinentes como antecedentes médicos previos, intervenciones quirúrgicas realizadas, hospitalizaciones recientes, medicamentos administrados y posibles alergias médicas. En el caso de defunciones ocurridas en entornos hospitalarios, es esencial acceder a las notas y registros hospitalarios más recientes para recabar información valiosa que contribuya a una certificación precisa (OMS, 2016).

2.2 Partes del Certificado de Defunción

El Certificado de Defunción se presenta en un formato original destinado para la Secretaría de Salud y dos copias, una para el INEGI y otra para el Registro Civil. Este documento se estructura en las siguientes secciones:

- Datos del fallecido
- Datos de la defunción
- Datos relacionados con muertes accidentales y violentas
- Información del informante
- Datos del certificador
- Información del Registro Civil

En el reverso del formato se incluye un instructivo que debe ser consultado antes de completar el certificado. Cada sección del certificado requiere atención meticulosa al ser llenada. Se debe utilizar un bolígrafo y escribir con letra legible en molde o a máquina de escribir. Es esencial evitar cualquier tipo de borrones, tachaduras o enmiendas. No es necesario utilizar papel carbón ya que el formato está diseñado en papel autocopiante. En ciertos campos, el certificador simplemente marcará con una "X" en los círculos correspondientes a las opciones precodificadas. Sin embargo, en otros campos, se requerirá escribir información específica. Si se solicita una respuesta numérica, esta debe expresarse en números arábigos.

El médico, como principal certificador de la defunción (o la persona

legalmente autorizada para hacerlo), es responsable de ingresar todos los datos relevantes en el certificado, a excepción de aquellos campos específicos para el Registro Civil. Al firmar el documento, el médico asume la responsabilidad total del contenido proporcionado.

Datos del fallecido (variables 1 a 12)

La información contenida en el certificado es crucial para identificar correctamente a la persona fallecida. El proceso de registro debe comenzar con el nombre y, a continuación, los apellidos del individuo. Es fundamental escribirlos de forma clara y precisa. Un error común que puede llevar a la anulación del certificado es el registro incorrecto de los apellidos antes que el nombre.

Se deben registrar las condiciones sociodemográficas del fallecido, que abarcan aspectos como el sexo, nacionalidad, fecha de nacimiento y la edad cumplida. Es importante destacar que, en casos de fallecimientos de menores de un día de edad, se debe incluir el peso del neonato. Además, se proporciona una opción para indicar “edad desconocida” cuando no se pueda determinar la edad exacta.

La Clave Única de Registro de Población (CURP) debe solicitarse a los familiares si está disponible. Respecto al estado civil y otras variables precodificadas, se debe seleccionar la opción correspondiente. En el caso de menores de 12 años, se registrarán como solteros, a menos que exista información que indique lo contrario.

En cuanto a la residencia habitual, se deben especificar detalles como la calle, número, colonia, municipio o delegación, y entidad donde la persona tenía su domicilio permanente. Esta información es relevante para investigaciones relacionadas con riesgos y daños a la salud asociados a áreas geográficas específicas. En el apartado de ocupación habitual, se debe describir la actividad laboral que la persona desempeñaba cotidianamente.

En los campos relacionados con la escolaridad y la institución hospitalaria de afiliación, se deben marcar las opciones correspondientes con una “X” en los círculos respectivos. Además, si aplica, se debe anotar el número de seguridad social o de afiliación. Si la persona estuvo afiliada a múltiples instituciones, se debe priorizar el número de afiliación correspondiente a la institución donde recibió atención durante su última enfermedad.

Finalmente, el número de seguridad social debe registrarse a partir de un documento oficial, como una credencial, carnet de citas o expediente clínico. En ausencia de un documento que lo respalde, se debe seleccionar la opción que indica “se ignora”.

Figura 1. Datos del fallecido

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO/A		Persona desconocida ☐	
Nombre (s)		Primer Apellido	Segundo Apellido
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO	
Día Mes Año		Hombre ☐ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 99	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO		6. ¿SE LE RECONOCIA COMO AFROMEXICANA/O?	
Entidad federativa o país, o región de su nacimiento		Si ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
5. CURP		7. ¿SE CONSIDERABA INDIGENA?	
Si ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9 "Especifique:"		Si ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9	
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?		9. NACIONALIDAD	
Si ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9 "Especifique:"		Mexicana ☐ 1 Se ignora ☐ 9 Otra ☐ 2 "Especifique:"	
10. EDAD CUMPLIDA		11. SITUACIÓN CONYUGAL	
Para menores de 28 días de nacido/a anote:		Se ignora ☐ 9	
Para menores de una hora		Soltero/a ☐ 1 En unión libre ☐ 2 Casado/a ☐ 3	
Para menores de un día		Separado/a ☐ 6 Divorciado/a ☐ 7 Viudo/a ☐ 8	
Para menores de un mes			
Para menores de un año			
Meses			
Años cumplidos			
12. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Folio del Certificado de Nacimiento	
Anote el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecido/a		10.2 Semanas de gestación	
12.1 Tipo de vivienda		10.3 Peso al nacer (gramos)	
12.2 Nombre de la vivienda			
12.3 Num. Ext.		12.4 Num. Int.	
12.5 Tipo de asentamiento humano		12.6 Nombre del asentamiento humano	
12.8 Localidad		12.9 Municipio o Alcaldía	
12.9 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)			
13. ESCOLARIDAD		14. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna ☐ 1 Primaria ☐ 3 Bachillerato o preparatoria ☐ 7 Posgrado ☐ 10		Se ignora ☐ 99	
Preescolar ☐ 12 Secundaria ☐ 5 Profesional ☐ 8 Se ignora ☐ 99		14.1 Trabajaba Si ☐ 1 No ☐ 2	
		Se ignora ☐ 9	

Nota. Datos del fallecido (Variables 1 a 12). Tomado del Manual de Llenado del Certificado de Defunción y Certificado de Muerte Fetal Modelo 2022 (p.35), Secretaría de Salud, 2022, Dirección General de Información en Salud.

Datos de la defunción (variables 13 a 22)

La información detallada en el certificado también abarca aspectos cruciales como:

- Lugar de ocurrencia de la defunción: Se debe especificar el lugar exacto donde tuvo lugar el fallecimiento. Si ocurrió en una unidad médica, es necesario indicar a qué institución pertenece y proporcionar el nombre específico de la unidad médica si el fallecido recibió atención médica antes de su muerte.
- Domicilio donde ocurrió la defunción: Este apartado requiere la dirección exacta donde se produjo el fallecimiento.
- Fecha y hora de la defunción: Es fundamental registrar la fecha y el momento exacto en que se produjo el fallecimiento.
- En el apartado titulado "se practicó necropsia", es importante destacar que esta información es relevante para todas las defunciones, no exclusivamente para aquellas causadas por accidentes o violencia. Si los resultados de la necropsia no están disponibles al momento de emitir el certificado y posteriormente se obtiene información que modifica las causas de defunción originalmente registradas, se debe comunicar por escrito a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente. Esto permitirá realizar los ajustes necesarios en la codificación y las estadísticas relacionadas.

En la sección dedicada a los datos de la defunción, se deben registrar las causas del fallecimiento siguiendo el modelo internacional recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Dada la significativa importancia de las muertes maternas, se ha incorporado

una especificación adicional: si la defunción afecta a una mujer en edad reproductiva, es necesario especificar si la muerte ocurrió durante el embarazo, el parto, el puerperio, o en el período entre los 43 días y los once meses posteriores al parto o aborto.

Figura 2. Datos de la defunción

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		Ninguna ☐ 1		ISSSTE ☐ 3	SEDENA ☐ 5	Seguro Popular ☐ 7	Otra ☐ 8	13.1 Número de seguridad social o afiliación	
		IMSS ☐ 2		PEMEX ☐ 4	SEMAR ☐ 6	IMSS PROSPERA ☐ 10	Se ignora ☐ 99		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		Secretaría de Salud ☐ 1		IMSS ☐ 3	PEMEX ☐ 5	SEMAR ☐ 7	Unidad médica pública ☐ 9	14.1 Nombre de la unidad médica	Via pública ☐ 10
		IMSS PROSPERA ☐ 2		ISSSTE ☐ 4	SEDENA ☐ 6	Otra unidad pública ☐ 8	Unidad médica privada ☐ 9	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUEG)	Otro lugar ☐ 12
									Hogar ☐ 13
									Se ignora ☐ 99
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vitalidad		15.2 Nombre de la vitalidad		15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior	
						15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
		15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		Día		Mes	Año	Horas		Minutos	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		Sí ☐ 1		No ☐ 2		Se ignora ☐ 3		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	
								Sí ☐ 1	
								No ☐ 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		Uso exclusivo del personal médico		Código CIE			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente									
a) Debido a (o como consecuencia de)									
b) Debido a (o como consecuencia de)									
c) Debido a (o como consecuencia de)									
d) Debido a (o como consecuencia de)									
Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeran la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica									
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo									

Nota. Datos de la defunción (Variables 13 a 22). Tomado del Modelo del Certificado de Defunción (p.1), Secretaría de Salud, 2017.

Datos de la defunción por causas accidentales y/o violentas (variable 23)

La sección del certificado relacionada con circunstancias especiales o violentas requiere especial atención y precisión, y generalmente es completada por un médico legista o alguien autorizado por el Ministerio Público.

Si se trata de un incidente violento, se debe especificar:

- Presunto evento: Dependiendo de la naturaleza del incidente (accidente, homicidio, suicidio), se utilizará la frase “fue un presunto”.
- Contexto laboral: Es crucial determinar si el fallecimiento ocurrió durante el desempeño de su trabajo.
- Detalles sobre la lesión: Se debe registrar el lugar exacto donde ocurrió la lesión que llevó al fallecimiento.
- Violencia familiar: Si hay información disponible que indique que el presunto agresor es un familiar del fallecido, debe registrarse este detalle.

- En el caso de accidentes de tránsito, es esencial proporcionar información detallada:
- Rol de la víctima: Especificar el papel que desempeñaba la víctima en el accidente (conductor, pasajero, peatón, etc.).
- Descripción del incidente: Dependiendo de la situación, se deben proporcionar detalles específicos como el modo de transporte, tipo de vehículos involucrados, circunstancias del atropello, entre otros.

Para incidentes de naturaleza criminal como homicidios o suicidios:

- Descripción del incidente: Detallar cómo ocurrió el suceso y qué objeto se utilizó como medio de agresión (ya sea un arma, instrumento o sustancia, entre otros).

La precisión en estos registros es fundamental no solo para la elaboración del certificado, sino también para cualquier investigación legal o estadística posterior relacionada con el fallecimiento.

Figura 3. Datos de la defunción por causas accidentales y/o violentas

DEF. CAUSE	23. NOMBRE:			24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
	Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido				

Nota. Datos de la defunción por causas accidentales y/o violentas (variable 23). Tomado del Modelo del Certificado de Defunción (p.1), Secretaría de Salud, 2017.

Datos del informante (variable 24)

Estos datos permiten la identificación del familiar o persona que proporcionó los datos del fallecido para la elaboración del certificado de defunción, en cuanto a nombre y parentesco.

Datos del certificante (variables 25 a 28)

Permiten identificar qué persona está efectuando la certificación de la defunción. Es crucial conocer qué médico ha certificado la defunción y el número de su cédula profesional. Si el certificante no es médico, resulta esencial determinar quién está llevando a cabo la certificación en ausencia de este profesional en la localidad. Se debe registrar el nombre y firma de la persona que emitió el certificado de defunción, así como su domicilio y número telefónico. Esto aplica tanto para médicos como para otros certificantes, con el fin de facilitar cualquier aclaración legal, estadística o epidemiológica relacionada con las causas de defunción o cualquier otro dato relevante.

Los certificantes deben responder por escrito a las solicitudes de aclaración por parte de las autoridades sanitarias. El objetivo es asegurar la captura precisa de datos y la codificación adecuada de las causas de muerte para la correcta tabulación estadística. Finalmente, es crucial anotar la fecha en que se realizó la certificación

Figura 4. Datos del certificante

DEL CERTIFICANTE	25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☐ 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 6 *Especifique _____				26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____			
	27. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____				28. FIRMA _____			
	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda _____ 29.2 Nombre de la vivienda _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Teléfono _____				30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____			
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____				32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____			

Nota. Datos del certificante (variables 25 a 28). Tomado del Modelo del Certificado de Defunción (p.1), Secretaría de Salud, 2017

2.3 Modelo del Certificado de Defunción Secretaría de Salud

Figura 5. Modelo del Certificado de Defunción Secretaría de Salud

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____				2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____				3. SEXO Hombre ☐ 1 Mujer ☐ 2 Se ignora ☐ 9				4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____			
	5. CURP _____ Se ignora ☐ 99				6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9				7. NACIONALIDAD Mexicana ☐ 1 Otra ☐ 2 Especifique _____				8. EDADES Para menores de un año: _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un día: _____ Para menores de una hora: _____ 8.1 Fecha del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: _____			
	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ 1 Separado(a) ☐ 2 Divorciado(a) ☐ 3 Vuelto(a) ☐ 4 Casado(a) ☐ 5 Soltero(a) ☐ 6 Se ignora ☐ 9				10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) _____ 10.1 Tipo de vivienda _____ 10.2 Nombre de la vivienda _____ 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) _____				11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ 1 Preescolar ☐ 2 Primaria ☐ 3 Secundaria ☐ 4 Tercera ☐ 5 Superior ☐ 6 Superior ☐ 7 Superior ☐ 8 Superior ☐ 9 Superior ☐ 10 Superior ☐ 11 Superior ☐ 12 Superior ☐ 13 Superior ☐ 14 Superior ☐ 15 Superior ☐ 16 Superior ☐ 17 Superior ☐ 18 Superior ☐ 19 Superior ☐ 20 Superior ☐ 21 Superior ☐ 22 Superior ☐ 23 Superior ☐ 24 Superior ☐ 25 Superior ☐ 26 Superior ☐ 27 Superior ☐ 28 Superior ☐ 29 Superior ☐ 30 Superior ☐ 31 Superior ☐ 32 Superior ☐ 33 Superior ☐ 34 Superior ☐ 35 Superior ☐ 36 Superior ☐ 37 Superior ☐ 38 Superior ☐ 39 Superior ☐ 40 Superior ☐ 41 Superior ☐ 42 Superior ☐ 43 Superior ☐ 44 Superior ☐ 45 Superior ☐ 46 Superior ☐ 47 Superior ☐ 48 Superior ☐ 49 Superior ☐ 50 Superior ☐ 51 Superior ☐ 52 Superior ☐ 53 Superior ☐ 54 Superior ☐ 55 Superior ☐ 56 Superior ☐ 57 Superior ☐ 58 Superior ☐ 59 Superior ☐ 60 Superior ☐ 61 Superior ☐ 62 Superior ☐ 63 Superior ☐ 64 Superior ☐ 65 Superior ☐ 66 Superior ☐ 67 Superior ☐ 68 Superior ☐ 69 Superior ☐ 70 Superior ☐ 71 Superior ☐ 72 Superior ☐ 73 Superior ☐ 74 Superior ☐ 75 Superior ☐ 76 Superior ☐ 77 Superior ☐ 78 Superior ☐ 79 Superior ☐ 80 Superior ☐ 81 Superior ☐ 82 Superior ☐ 83 Superior ☐ 84 Superior ☐ 85 Superior ☐ 86 Superior ☐ 87 Superior ☐ 88 Superior ☐ 89 Superior ☐ 90 Superior ☐ 91 Superior ☐ 92 Superior ☐ 93 Superior ☐ 94 Superior ☐ 95 Superior ☐ 96 Superior ☐ 97 Superior ☐ 98 Superior ☐ 99 Superior ☐ 100 Superior ☐ 101 Superior ☐ 102 Superior ☐ 103 Superior ☐ 104 Superior ☐ 105 Superior ☐ 106 Superior ☐ 107 Superior ☐ 108 Superior ☐ 109 Superior ☐ 110 Superior ☐ 111 Superior ☐ 112 Superior ☐ 113 Superior ☐ 114 Superior ☐ 115 Superior ☐ 116 Superior ☐ 117 Superior ☐ 118 Superior ☐ 119 Superior ☐ 120 Superior ☐ 121 Superior ☐ 122 Superior ☐ 123 Superior ☐ 124 Superior ☐ 125 Superior ☐ 126 Superior ☐ 127 Superior ☐ 128 Superior ☐ 129 Superior ☐ 130 Superior ☐ 131 Superior ☐ 132 Superior ☐ 133 Superior ☐ 134 Superior ☐ 135 Superior ☐ 136 Superior ☐ 137 Superior ☐ 138 Superior ☐ 139 Superior ☐ 140 Superior ☐ 141 Superior ☐ 142 Superior ☐ 143 Superior ☐ 144 Superior ☐ 145 Superior ☐ 146 Superior ☐ 147 Superior ☐ 148 Superior ☐ 149 Superior ☐ 150 Superior ☐ 151 Superior ☐ 152 Superior ☐ 153 Superior ☐ 154 Superior ☐ 155 Superior ☐ 156 Superior ☐ 157 Superior ☐ 158 Superior ☐ 159 Superior ☐ 160 Superior ☐ 161 Superior ☐ 162 Superior ☐ 163 Superior ☐ 164 Superior ☐ 165 Superior ☐ 166 Superior ☐ 167 Superior ☐ 168 Superior ☐ 169 Superior ☐ 170 Superior ☐ 171 Superior ☐ 172 Superior ☐ 173 Superior ☐ 174 Superior ☐ 175 Superior ☐ 176 Superior ☐ 177 Superior ☐ 178 Superior ☐ 179 Superior ☐ 180 Superior ☐ 181 Superior ☐ 182 Superior ☐ 183 Superior ☐ 184 Superior ☐ 185 Superior ☐ 186 Superior ☐ 187 Superior ☐ 188 Superior ☐ 189 Superior ☐ 190 Superior ☐ 191 Superior ☐ 192 Superior ☐ 193 Superior ☐ 194 Superior ☐ 195 Superior ☐ 196 Superior ☐ 197 Superior ☐ 198 Superior ☐ 199 Superior ☐ 200 Superior ☐ 201 Superior ☐ 202 Superior ☐ 203 Superior ☐ 204 Superior ☐ 205 Superior ☐ 206 Superior ☐ 207 Superior ☐ 208 Superior ☐ 209 Superior ☐ 210 Superior ☐ 211 Superior ☐ 212 Superior ☐ 213 Superior ☐ 214 Superior ☐ 215 Superior ☐ 216 Superior ☐ 217 Superior ☐ 218 Superior ☐ 219 Superior ☐ 220 Superior ☐ 221 Superior ☐ 222 Superior ☐ 223 Superior ☐ 224 Superior ☐ 225 Superior ☐ 226 Superior ☐ 227 Superior ☐ 228 Superior ☐ 229 Superior ☐ 230 Superior ☐ 231 Superior ☐ 232 Superior ☐ 233 Superior ☐ 234 Superior ☐ 235 Superior ☐ 236 Superior ☐ 237 Superior ☐ 238 Superior ☐ 239 Superior ☐ 240 Superior ☐ 241 Superior ☐ 242 Superior ☐ 243 Superior ☐ 244 Superior ☐ 245 Superior ☐ 246 Superior ☐ 247 Superior ☐ 248 Superior ☐ 249 Superior ☐ 250 Superior ☐ 251 Superior ☐ 252 Superior ☐ 253 Superior ☐ 254 Superior ☐ 255 Superior ☐ 256 Superior ☐ 257 Superior ☐ 258 Superior ☐ 259 Superior ☐ 260 Superior ☐ 261 Superior ☐ 262 Superior ☐ 263 Superior ☐ 264 Superior ☐ 265 Superior ☐ 266 Superior ☐ 267 Superior ☐ 268 Superior ☐ 269 Superior ☐ 270 Superior ☐ 271 Superior ☐ 272 Superior ☐ 273 Superior ☐ 274 Superior ☐ 275 Superior ☐ 276 Superior ☐ 277 Superior ☐ 278 Superior ☐ 279 Superior ☐ 280 Superior ☐ 281 Superior ☐ 282 Superior ☐ 283 Superior ☐ 284 Superior ☐ 285 Superior ☐ 286 Superior ☐ 287 Superior ☐ 288 Superior ☐ 289 Superior ☐ 290 Superior ☐ 291 Superior ☐ 292 Superior ☐ 293 Superior ☐ 294 Superior ☐ 295 Superior ☐ 296 Superior ☐ 297 Superior ☐ 298 Superior ☐ 299 Superior ☐ 300 Superior ☐ 301 Superior ☐ 302 Superior ☐ 303 Superior ☐ 304 Superior ☐ 305 Superior ☐ 306 Superior ☐ 307 Superior ☐ 308 Superior ☐ 309 Superior ☐ 310 Superior ☐ 311 Superior ☐ 312 Superior ☐ 313 Superior ☐ 314 Superior ☐ 315 Superior ☐ 316 Superior ☐ 317 Superior ☐ 318 Superior ☐ 319 Superior ☐ 320 Superior ☐ 321 Superior ☐ 322 Superior ☐ 323 Superior ☐ 324 Superior ☐ 325 Superior ☐ 326 Superior ☐ 327 Superior ☐ 328 Superior ☐ 329 Superior ☐ 330 Superior ☐ 331 Superior ☐ 332 Superior ☐ 333 Superior ☐ 334 Superior ☐ 335 Superior ☐ 336 Superior ☐ 337 Superior ☐ 338 Superior ☐ 339 Superior ☐ 340 Superior ☐ 341 Superior ☐ 342 Superior ☐ 343 Superior ☐ 344 Superior ☐ 345 Superior ☐ 346 Superior ☐ 347 Superior ☐ 348 Superior ☐ 349 Superior ☐ 350 Superior ☐ 351 Superior ☐ 352 Superior ☐ 353 Superior ☐ 354 Superior ☐ 355 Superior ☐ 356 Superior ☐ 357 Superior ☐ 358 Superior ☐ 359 Superior ☐ 360 Superior ☐ 361 Superior ☐ 362 Superior ☐ 363 Superior ☐ 364 Superior ☐ 365 Superior ☐ 366 Superior ☐ 367 Superior ☐ 368 Superior ☐ 369 Superior ☐ 370 Superior ☐ 371 Superior ☐ 372 Superior ☐ 373 Superior ☐ 374 Superior ☐ 375 Superior ☐ 376 Superior ☐ 377 Superior ☐ 378 Superior ☐ 379 Superior ☐ 380 Superior ☐ 381 Superior ☐ 382 Superior ☐ 383 Superior ☐ 384 Superior ☐ 385 Superior ☐ 386 Superior ☐ 387 Superior ☐ 388 Superior ☐ 389 Superior ☐ 390 Superior ☐ 391 Superior ☐ 392 Superior ☐ 393 Superior ☐ 394 Superior ☐ 395 Superior ☐ 396 Superior ☐ 397 Superior ☐ 398 Superior ☐ 399 Superior ☐ 400 Superior ☐ 401 Superior ☐ 402 Superior ☐ 403 Superior ☐ 404 Superior ☐ 405 Superior ☐ 406 Superior ☐ 407 Superior ☐ 408 Superior ☐ 409 Superior ☐ 410 Superior ☐ 411 Superior ☐ 412 Superior ☐ 413 Superior ☐ 414 Superior ☐ 415 Superior ☐ 416 Superior ☐ 417 Superior ☐ 418 Superior ☐ 419 Superior ☐ 420 Superior ☐ 421 Superior ☐ 422 Superior ☐ 423 Superior ☐ 424 Superior ☐ 425 Superior ☐ 426 Superior ☐ 427 Superior ☐ 428 Superior ☐ 429 Superior ☐ 430 Superior ☐ 431 Superior ☐ 432 Superior ☐ 433 Superior ☐ 434 Superior ☐ 435 Superior ☐ 436 Superior ☐ 437 Superior ☐ 438 Superior ☐ 439 Superior ☐ 440 Superior ☐ 441 Superior ☐ 442 Superior ☐ 443 Superior ☐ 444 Superior ☐ 445 Superior ☐ 446 Superior ☐ 447 Superior ☐ 448 Superior ☐ 449 Superior ☐ 450 Superior ☐ 451 Superior ☐ 452 Superior ☐ 453 Superior ☐ 454 Superior ☐ 455 Superior ☐ 456 Superior ☐ 457 Superior ☐ 458 Superior ☐ 459 Superior ☐ 460 Superior ☐ 461 Superior ☐ 462 Superior ☐ 463 Superior ☐ 464 Superior ☐ 465 Superior ☐ 466 Superior ☐ 467 Superior ☐ 468 Superior ☐ 469 Superior ☐ 470 Superior ☐ 471 Superior ☐ 472 Superior ☐ 473 Superior ☐ 474 Superior ☐ 475 Superior ☐ 476 Superior ☐ 477 Superior ☐ 478 Superior ☐ 479 Superior ☐ 480 Superior ☐ 481 Superior ☐ 482 Superior ☐ 483 Superior ☐ 484 Superior ☐ 485 Superior ☐ 486 Superior ☐ 487 Superior ☐ 488 Superior ☐ 489 Superior ☐ 490 Superior ☐ 491 Superior ☐ 492 Superior ☐ 493 Superior ☐ 494 Superior ☐ 495 Superior ☐ 496 Superior ☐ 497 Superior ☐ 498 Superior ☐ 499 Superior ☐ 500 Superior ☐ 501 Superior ☐ 502 Superior ☐ 503 Superior ☐ 504 Superior ☐ 505 Superior ☐ 506 Superior ☐ 507 Superior ☐ 508 Superior ☐ 509 Superior ☐ 510 Superior ☐ 511 Superior ☐ 512 Superior ☐ 513 Superior ☐ 514 Superior ☐ 515 Superior ☐ 516 Superior ☐ 517 Superior ☐ 518 Superior ☐ 519 Superior ☐ 520 Superior ☐ 521 Superior ☐ 522 Superior ☐ 523 Superior ☐ 524 Superior ☐ 525 Superior ☐ 526 Superior ☐ 527 Superior ☐ 528 Superior ☐ 529 Superior ☐ 530 Superior ☐ 531 Superior ☐ 532 Superior ☐ 533 Superior ☐ 534 Superior ☐ 535 Superior ☐ 536 Superior ☐ 537 Superior ☐ 538 Superior ☐ 539 Superior ☐ 540 Superior ☐ 541 Superior ☐ 542 Superior ☐ 543 Superior ☐ 544 Superior ☐ 545 Superior ☐ 546 Superior ☐ 547 Superior ☐ 548 Superior ☐ 549 Superior ☐ 550 Superior ☐ 551 Superior ☐ 552 Superior ☐ 553 Superior ☐ 554 Superior ☐ 555 Superior ☐ 556 Superior ☐ 557 Superior ☐ 558 Superior ☐ 559 Superior ☐ 560 Superior ☐ 561 Superior ☐ 562 Superior ☐ 563 Superior ☐ 564 Superior ☐ 565 Superior ☐ 566 Superior ☐ 567 Superior ☐ 568 Superior ☐ 569 Superior ☐ 570 Superior ☐ 571 Superior ☐ 572 Superior ☐ 573 Superior ☐ 574 Superior ☐ 575 Superior ☐ 576 Superior ☐ 577 Superior ☐ 578 Superior ☐ 579 Superior ☐ 580 Superior ☐ 581 Superior ☐ 582 Superior ☐ 583 Superior ☐ 584 Superior ☐ 585 Superior ☐ 586 Superior ☐ 587 Superior ☐ 588 Superior ☐ 589 Superior ☐ 590 Superior ☐ 591 Superior ☐ 592 Superior ☐ 593 Superior ☐ 594 Superior ☐ 595 Superior ☐ 596 Superior ☐ 597 Superior ☐ 598 Superior ☐ 599 Superior ☐ 600 Superior ☐ 601 Superior ☐ 602 Superior ☐ 603 Superior ☐ 604 Superior ☐ 605 Superior ☐ 606 Superior ☐ 607 Superior ☐ 608 Superior ☐ 609 Superior ☐ 610 Superior ☐ 611 Superior ☐ 612 Superior ☐ 613 Superior ☐ 614 Superior ☐ 615 Superior ☐ 616 Superior ☐ 617 Superior ☐ 618 Superior ☐ 619 Superior ☐ 620 Superior ☐ 621 Superior ☐ 622 Superior ☐ 623 Superior ☐ 624 Superior ☐ 625 Superior ☐ 626 Superior ☐ 627 Superior ☐ 628 Superior ☐ 629 Superior ☐ 630 Superior ☐ 631 Superior ☐ 632 Superior ☐ 633 Superior ☐ 634 Superior ☐ 635 Superior ☐ 636 Superior ☐ 637 Superior ☐ 638 Superior ☐ 639 Superior ☐ 640 Superior ☐ 641 Superior ☐ 642 Superior ☐ 643 Superior ☐ 644 Superior ☐ 645 Superior ☐ 646 Superior ☐ 647 Superior ☐ 648 Superior ☐ 649 Superior ☐ 650 Superior ☐ 651 Superior ☐ 652 Superior ☐ 653 Superior ☐ 654 Superior ☐ 655 Superior ☐ 656 Superior ☐ 657 Superior ☐ 658 Superior ☐ 659 Superior ☐ 660 Superior ☐ 661 Superior ☐ 662 Superior ☐ 663 Superior ☐ 664 Superior ☐ 665 Superior ☐ 666 Superior ☐ 667 Superior ☐ 668 Superior ☐ 669 Superior ☐ 670 Superior ☐ 671 Superior ☐ 672 Superior ☐ 673 Superior ☐ 674 Superior ☐ 675 Superior ☐ 676 Superior ☐ 677 Superior ☐ 678 Superior ☐ 679 Superior ☐ 680 Superior ☐ 681 Superior ☐ 682 Superior ☐ 683 Superior ☐ 684 Superior ☐ 685 Superior ☐ 686 Superior ☐ 687 Superior ☐ 688 Superior ☐ 689 Superior ☐ 690 Superior ☐ 691 Superior ☐ 692 Superior ☐ 693 Superior ☐ 694 Superior ☐ 695 Superior ☐ 696 Superior ☐ 697 Superior ☐ 698 Superior ☐ 699 Superior ☐ 700 Superior ☐ 701 Superior ☐ 702 Superior ☐ 703 Superior ☐ 704 Superior ☐ 705 Superior ☐ 706 Superior ☐ 707 Superior ☐ 708 Superior ☐ 709 Superior ☐ 710 Superior ☐ 711 Superior ☐ 712 Superior ☐ 713 Superior ☐ 714 Superior ☐ 715 Superior ☐ 716 Superior ☐ 717 Superior ☐ 718 Superior ☐ 719 Superior ☐ 720 Superior ☐ 721 Superior ☐ 722 Superior ☐ 723 Superior ☐ 724 Superior ☐ 725 Superior ☐ 726 Superior ☐ 727 Superior ☐ 728 Superior ☐ 729 Superior ☐ 730 Superior ☐ 731 Superior ☐ 732 Superior ☐ 733 Superior ☐ 734 Superior ☐ 735 Superior ☐ 736 Superior ☐ 737 Superior ☐ 738 Superior ☐ 739 Superior ☐ 740 Superior ☐ 741 Superior ☐ 742 Superior ☐ 743 Superior ☐ 744 Superior ☐ 745 Superior ☐ 746 Superior ☐ 747 Superior ☐ 748 Superior ☐ 749 Superior ☐ 750 Superior ☐ 751 Superior ☐ 752 Superior ☐ 753 Superior ☐ 754 Superior ☐ 755 Superior ☐ 756 Superior ☐ 757 Superior ☐ 758 Superior ☐ 759 Superior ☐ 760 Superior ☐ 761 Superior ☐ 762 Superior ☐ 763 Superior ☐ 764 Superior ☐ 765 Superior ☐ 766 Superior ☐ 767 Superior ☐ 768 Superior ☐ 769 Superior ☐ 770 Superior ☐ 771 Superior ☐ 772 Superior ☐ 773 Superior ☐ 774 Superior ☐ 775 Superior ☐ 776 Superior ☐ 777 Superior ☐ 778 Superior ☐ 779 Superior ☐ 780 Superior ☐ 781 Superior ☐ 782 Superior ☐ 783 Superior ☐ 784 Superior ☐ 785 Superior ☐ 786 Superior ☐ 787 Superior ☐ 788 Superior ☐ 789 Superior ☐ 790 Superior ☐ 791 Superior ☐ 792 Superior ☐ 793 Superior ☐ 794 Superior ☐ 795 Superior ☐ 796 Superior ☐ 797 Superior ☐ 798 Superior ☐ 799 Superior ☐ 800 Superior ☐ 801 Superior ☐ 802 Superior ☐ 803 Superior ☐ 804 Superior ☐ 805 Superior ☐ 806 Superior ☐ 807 Superior ☐ 808 Superior ☐ 809 Superior ☐ 810 Superior ☐ 811 Superior ☐ 812 Superior ☐ 813 Superior ☐ 814 Superior ☐ 815 Superior ☐ 816 Superior ☐ 817 Superior ☐ 818 Superior ☐ 819 Superior ☐ 820 Superior ☐ 821 Superior ☐ 822 Superior ☐ 823 Superior ☐ 824 Superior ☐ 825 Superior ☐ 826 Superior ☐ 827 Superior ☐ 828 Superior ☐ 829 Superior ☐ 830 Superior ☐ 831 Superior ☐ 832 Superior ☐ 833 Superior ☐ 834 Superior ☐ 835 Superior ☐ 836 Superior ☐ 837 Superior ☐ 838 Superior ☐ 839 Superior ☐ 840 Superior ☐ 841 Superior ☐ 842 Superior ☐ 843 Superior ☐ 844 Superior ☐ 845 Superior ☐ 846 Superior ☐ 847 Superior ☐ 848 Superior ☐ 849 Superior ☐ 850 Superior ☐ 851 Superior ☐ 852 Superior ☐ 853 Superior ☐ 854 Superior ☐ 855 Superior ☐ 856 Superior ☐ 857 Superior ☐ 858 Superior ☐ 859 Superior ☐ 860 Superior ☐ 861 Superior ☐ 862 Superior ☐ 863 Superior ☐ 864 Superior ☐ 865 Superior ☐ 866 Superior ☐ 867 Superior ☐ 868 Superior ☐ 869 Superior ☐ 870 Superior ☐ 871 Superior ☐ 872 Superior ☐ 873 Superior ☐ 874 Superior ☐ 875 Superior ☐ 876 Superior ☐ 877 Superior ☐ 878 Superior ☐ 879 Superior ☐ 880 Superior ☐ 881 Superior ☐ 882 Superior ☐ 883 Superior ☐ 884 Superior ☐ 885 Superior ☐ 886 Superior ☐ 887 Superior ☐ 888 Superior ☐ 889 Superior ☐ 890 Superior ☐ 891 Superior ☐ 892 Superior ☐ 893 Superior ☐ 894 Superior ☐ 895 Superior ☐ 896 Superior ☐ 897 Superior ☐ 898 Superior ☐ 899 Superior ☐ 900 Superior ☐ 901 Superior ☐ 902 Superior ☐ 903 Superior ☐ 904 Superior ☐ 905 Superior ☐ 906 Superior ☐ 907 Superior ☐ 908 Superior ☐ 909 Superior ☐ 910 Superior ☐ 911 Superior ☐ 912 Superior ☐ 913 Superior ☐ 914 Superior ☐ 915 Superior ☐ 916 Superior ☐ 917 Superior ☐ 918 Superior ☐ 919 Superior ☐ 920 Superior ☐ 921 Superior ☐ 922 Superior ☐ 923 Superior ☐ 924 Superior ☐ 925 Superior ☐ 926 Superior ☐ 927 Superior ☐ 928 Superior ☐ 929 Superior ☐ 930 Superior ☐ 931 Superior ☐ 932 Superior ☐ 933 Superior ☐ 934 Superior ☐ 935 Superior ☐ 936 Superior ☐ 937 Superior ☐ 938 Superior ☐ 939 Superior ☐ 940 Superior ☐ 941 Superior ☐ 942 Superior ☐ 943 Superior ☐ 944 Superior ☐ 945 Superior ☐ 946 Superior ☐ 947 Superior ☐ 948 Superior ☐ 949 Superior ☐ 950 Superior ☐ 951 Superior ☐ 952 Superior ☐ 953 Superior ☐ 954 Superior ☐ 955 Superior ☐ 956 Superior ☐ 957 Superior ☐ 958 Superior ☐ 959 Superior ☐ 960 Superior ☐ 961 Superior ☐ 962 Superior ☐ 963 Superior ☐ 964 Superior ☐ 965 Superior ☐ 966 Superior ☐ 967 Superior ☐ 968 Superior ☐ 969 Superior ☐ 970 Superior ☐ 971 Superior ☐ 972 Superior ☐ 973 Superior ☐ 974 Superior ☐ 975 Superior ☐ 976 Superior ☐ 977 Superior ☐ 978 Superior ☐ 979 Superior ☐ 980 Superior ☐ 981 Superior ☐ 982 Superior ☐ 983 Superior ☐ 984 Superior ☐ 985 Superior ☐ 986 Superior ☐ 987 Superior ☐ 988 Superior ☐ 989 Superior ☐ 990 Superior ☐ 991 Superior ☐ 992 Superior ☐ 993 Superior ☐ 994 Superior ☐ 995 Superior ☐ 996 Superior ☐ 997 Superior ☐ 998 Superior ☐ 999 Superior ☐ 1000 Superior ☐ 1001 Superior ☐ 1002 Superior ☐ 1003 Superior ☐ 1004 Superior ☐ 1005 Superior ☐ 1006 Superior ☐ 1007 Superior ☐ 1008 Superior ☐ 1009 Superior ☐ 1010 Superior ☐ 1011 Superior ☐ 1012 Superior ☐ 1013 Superior ☐ 1014 Superior ☐ 1015 Superior ☐ 1016 Superior ☐ 1017 Superior ☐ 1018 Superior ☐ 1019 Superior ☐ 1020 Superior ☐ 1021 Superior ☐ 1022 Superior ☐ 1023 Superior ☐ 1024 Superior ☐ 1025 Superior ☐ 1026 Superior ☐ 1027 Superior ☐ 1028 Superior ☐ 1029 Superior ☐ 1030 Superior ☐ 1031 Superior ☐ 1032 Superior ☐ 1033 Superior ☐ 1034 Superior ☐ 1035 Superior ☐ 1036 Superior ☐ 1037 Superior ☐ 1038 Superior ☐ 1039 Superior ☐ 1040 Superior ☐ 1041 Superior ☐ 1042 Superior ☐ 1043 Superior ☐ 1044 Superior ☐ 1045 Superior ☐ 1046 Superior ☐ 1047 Superior ☐ 1048 Superior ☐ 1049 Superior ☐ 1050 Superior ☐ 1051 Superior ☐ 1052 Superior ☐ 1053 Superior ☐ 1054 Superior ☐ 1055 Superior ☐ 1056 Superior ☐ 1057 Superior ☐ 1058 Superior ☐ 1059 Superior ☐ 1060 Superior ☐ 1061 Superior ☐ 1062 Superior ☐ 1063 Superior ☐ 1064 Superior ☐ 1065 Superior ☐ 1066 Superior ☐ 1067 Superior ☐ 1068 Superior ☐ 1069 Superior ☐ 1070 Superior ☐ 1071 Superior ☐ 1072 Superior ☐ 1073 Superior ☐ 1074 Superior ☐ 1075 Superior ☐ 1076 Superior ☐ 1077 Superior ☐ 1078 Superior ☐ 1079 Superior ☐ 1080 Superior ☐ 1081 Superior ☐ 1082 Superior ☐ 1083 Superior ☐ 1084 Superior ☐ 1085 Superior ☐ 1086 Superior ☐ 1087 Superior ☐ 1088							

ENTREGUE EL ORI LOS DATOS PERSONALES ESTÁN LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN	PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado moribundo que la produjo			
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ 01 El parto ☐ 02 El puerperio ☐ 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 05		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? SI ☐ 01 No ☐ 02	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente ☐ 01 Homicidio ☐ 02 Suicidio ☐ 03 Se ignora ☐ 09 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI ☐ 01 No ☐ 02 Se ignora ☐ 03		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular ☐ 00 Área deportiva ☐ 03 Vivienda colectiva (pasado, ornato, etc.) ☐ 01 Calle o caminata (vía pública) ☐ 04 Escuela u oficina pública ☐ 02 Área comercial o de servicio ☐ 05 Se ignora ☐ 09	
	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con ella(a) fallecido(a)		22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
	22.6 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7 Tipo de vivienda	
	22.8 Tipo de asentamiento humano		22.9 Nombre de la vivienda	
DEL REG. CIVIL	23. NOMBRE: Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	
	25. CERTIFICADA POR: Médico tratante ☐ 01 Médico legista ☐ 02 Otro médico* ☐ 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 04 Autoridad civil* ☐ 05 Otro* ☐ 06 *Especifique:		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional	
DEL CERTIFICANTE	27. NOMBRE: Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA	
	29. DOMICILIO Y TELEFONO: 29.1 Tipo de vivienda 29.2 Nombre de la vivienda 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día Mes Año	
DEL REG. CIVIL	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO: Núm. Libro Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad 32.2 Municipio o delegación 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

III. Instrucciones para el llenado del Certificado Médico de Defunción

3.1 Instrucciones generales

El Certificado Médico de Defunción debe ser emitido por un médico, preferiblemente por el médico tratante que proporcionó la última atención o aquel que estuvo presente durante el fallecimiento. En áreas donde no haya un médico disponible, otra persona autorizada por la Secretaría de Salud puede expedirlo (Secretaría de Salud, 2017, pp. 2).

Quien emita el Certificado debe revisar meticulosamente cada solicitud en el formulario. En caso de dudas, es fundamental consultar el instructivo ubicado en el reverso del formato. Debe completarse en su totalidad, excepto en las secciones que no sean aplicables, como los datos del Registro Civil (preguntas 43 a 45) o detalles sobre muertes accidentales y violentas (preguntas 31 a 36), si se trata de un fallecimiento natural (Dirección General de Información en Salud, 2022, pp. 23).

Según la NOM-035-SSA3-2012, en el numeral 12.2.7, el Certificado de Defunción debe ser emitido en un plazo máximo de 48 horas después del fallecimiento o del hallazgo del cuerpo, según corresponda (Secretaría de Salud, 2012).

Para completar el formulario del Certificado, es esencial utilizar la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del difunto, respaldada por documentos oficiales. Si la

muerte tuvo lugar en una institución médica, se debe consultar el expediente clínico para obtener o verificar la información necesaria.

El médico debe completar el original y tres copias del certificado. Deben entregarse el original y las dos primeras copias a los familiares con instrucciones de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. La tercera copia se debe mantener en la institución médica que certificó la defunción para la compilación de datos de mortalidad en el Sector Salud y, posteriormente, archivarse en el expediente clínico del difunto. Si el certificado se emite fuera de una institución médica, el emisor está obligado a enviar la tercera copia a la Secretaría de Salud en un plazo máximo de 10 días hábiles (Secretaría de Salud, 2017, pp. 2).

Al entregar el Certificado Médico de Defunción, es crucial informar al informante o familiares que este documento no reemplaza el Acta de Defunción necesario para trámites legales. Por lo tanto, deben dirigirse con prontitud al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción correspondiente (Dirección General de Información en Salud, 2022, pp. 16).

La redacción del formato debe realizarse con tinta negra o azul, excluyendo el uso de plumas de gel, y utilizando letra de molde que sea clara y legible. También se puede emplear una máquina de escribir para este propósito. Es esencial evitar el uso de abreviaturas. Al momento de escribir, se debe hacer sobre una superficie plana y sólida, aplicando la presión adecuada para garantizar la legibilidad en todas las copias. Asegúrese de que la información sea nítida y legible hasta en la última copia generada. Cuando se requiera insertar números, utilice números arábigos: 0, 1, 2, 3, etc.

En relación con los campos destinados para la fecha, es fundamental seguir el orden de registro de la siguiente manera: primero el día, seguido del mes y, finalmente, el año.

- Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, ejemplo: para 5 de marzo de 2016 anote 0 5 0 3 2 0 1 6
- Registre información parcial, llenando con “nueves” los espacios de la información desconocida, ejemplo: si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: 9 9 9 9 2 0 1 0

Marque con una “X” el círculo correspondiente a “Se ignora” o complete los espacios con el número “9” cuando se desconozca información numérica, pero solo después de haber agotado todos los medios disponibles para obtenerla.

En cuanto a los domicilios, es importante detallar lo siguiente:

- Tipo de vialidad (por ejemplo, Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard).
- Nombre de la vialidad.

- Número exterior (por ejemplo, 980) e interior si es aplicable (21, 2A, G5).
- Tipo de asentamiento humano (por ejemplo, Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, Pueblo, Unidad Habitacional).
- Nombre del asentamiento.
- Código Postal.
- Localidad.
- Municipio o delegación.
- Entidad federativa.

Es fundamental evitar expresiones como “domicilio conocido” (Secretaría de Salud, 2017, pp. 2).

Se deben evitar tachaduras, enmiendas, borrones y el uso de corrector líquido, ya que estos elementos invalidan el documento. Si se comete un error durante el proceso de llenado, es necesario cancelar el Certificado y elaborar uno nuevo. Es importante destacar que este documento no permite correcciones posteriores (Dirección General de Información en Salud, 2022, pp. 23).

3.2 Instrucciones específicas

Los datos proporcionados sobre el fallecido, como el nombre completo, fecha y lugar de nacimiento, y estado conyugal, deben ser verídicos y serán verificados en el Registro Civil para la expedición del Acta de Defunción. Es crucial solicitar una copia del Acta de Nacimiento del fallecido a los familiares.

1. **NOMBRE DEL FALLECIDO:** Anote el nombre completo exactamente como aparece en el Acta de Nacimiento. Si es un recién nacido sin Acta, escriba “RN” y los apellidos de la madre.
2. **ENTIDAD DE NACIMIENTO:** Indique la entidad federativa donde nació el fallecido. Para nacimientos en el extranjero, especifique el país.
3. **HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA:** Marque según corresponda y, si es necesario, especifique la lengua.
4. **NACIONALIDAD:** Seleccione la opción adecuada y especifique si es “Otra Nacionalidad”.
5. **EDAD CUMPLIDA:** Especifique la edad del fallecido según corresponda. Use “nueves” si la edad exacta es desconocida.
6. **ESTADO CONYUGAL:** Especifique el estado conyugal del fallecido. Asegure al familiar que esto se verificará en el Registro Civil.
7. **RESIDENCIA HABITUAL:** Proporcione la dirección completa de residencia del fallecido, incluso si es en otro país.

8. ESCOLARIDAD: Marque el nivel educativo más alto alcanzado.

9. OCUPACIÓN HABITUAL: Indique la principal ocupación del fallecido.

10. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Marque la institución de salud a la que estaba afiliado el fallecido.

Para fines estadísticos y epidemiológicos, es vital tener la siguiente información:

- SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: Indique el lugar exacto. Si fue en una unidad médica, especifique y proporcione la CLUES.
- FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: Detalle la fecha y hora exactas de la defunción en formato de 24 horas.
- SE PRACTICÓ NECROPSIA: Indique si se realizó una necropsia en el fallecido.
- CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN: Enumere las causas de la defunción en cada línea y proporcione detalles adicionales según sea necesario. Es fundamental llenar todos estos datos con precisión y evitar cualquier error, ya que esto puede afectar las estadísticas y los análisis posteriores relacionados con la salud pública.

Parte I

En esta sección, se requiere un registro secuencial y cronológico de las condiciones médicas, lesiones o estados patológicos que, en orden, condujeron directamente a la muerte del individuo.

- Línea a): Indique la enfermedad específica, lesión o estado patológico que directamente causó la muerte del individuo. Esta será la causa inmediata y directa del fallecimiento.
- Línea b): A continuación, en esta línea, se deben registrar las enfermedades, lesiones o estados patológicos que precedieron y dieron lugar a la causa anotada en la línea a). Utilice la leyenda “debido a (como consecuencia de)” para indicar que la condición en la línea superior fue el resultado directo de la condición registrada debajo de ella.
- Línea c): De manera similar, continúe el registro con las condiciones adicionales anteriores que, en orden cronológico, llevaron a la condición de la línea b). Nuevamente, utilice la leyenda “debido a (como consecuencia de)” para señalar la secuencia causal.
- Línea d): Siga el proceso hasta que haya registrado todas las condiciones relevantes y cronológicamente antecedentes que condujeron a la condición final y directa de la muerte mencionada en la línea a).

Parte II

En esta sección, se busca identificar cualquier otra enfermedad o condición significativa que, aunque no esté directamente relacionada con las causas mencionadas en la PARTE I, pudo haber contribuido de alguna manera a la muerte del individuo.

Aquí, se debe registrar cualquier condición que, aunque no haya sido la causa principal de la muerte, podría haber afectado la salud general del individuo y, por ende, haber contribuido indirectamente al fallecimiento.

Este proceso de documentación asegura que se capturen todas las condiciones médicas relevantes y se comprenda completamente el contexto de la muerte del individuo para propósitos estadísticos y de salud pública:

Parte I:

- | | |
|----------------------------|--------|
| a) Peritonitis aguda | 2 días |
| b) Perforación del duodeno | 4 días |
| c) Úlcera duodenal | 3 años |

Parte II:

- | | |
|--------------------------|--------|
| a) Hipertensión arterial | 5 años |
|--------------------------|--------|
- SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 a 54 AÑOS. Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas, no se debe omitir responder si las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio (Secretaría de Salud, 2017, pp.2).
 - SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA. Avisar inmediatamente a la autoridad civil. Este apartado recoge información sobre defunciones por traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas. En estos casos el certificado, y esta parte en especial, deben ser llenados por el médico legista u otra persona autorizada por el Ministerio Público. La información solicitada permite clasificar la intencionalidad y características de la causa externa que tienen especial relevancia para efectos de prevención.

En la sección “Fue un presunto”, se debe seleccionar la opción correspondiente según se trate de un accidente, homicidio o suicidio. Además, es esencial incluir el número del acta del Ministerio Público que registra la defunción.

En el espacio titulado “Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión”, se ofrece un espacio para detallar de forma concisa la situación, circunstancias o motivos que llevaron al presunto accidente, homicidio o suicidio. Por ejemplo, se puede mencionar: “caída desde la escalera de su residencia” o “atropellado por un autobús al cruzar la avenida”. Esta descripción es fundamental para la codificación precisa de

la causa externa que originó las lesiones fatales, detallando qué sucedió, cómo ocurrió, con qué objeto y dónde tuvo lugar.

Por último, se debe registrar el domicilio exacto donde ocurrió la lesión relacionada con el presunto accidente, homicidio o suicidio. Si el incidente tuvo lugar en una carretera, es crucial especificar tanto el nombre de la carretera como el número del kilómetro correspondiente. Se recomienda evitar expresiones como “domicilio conocido” y, en su lugar, proporcionar referencias precisas.

- **DATOS DEL INFORMANTE.** Estos datos facilitan la identificación del familiar o persona que suministró la información sobre el fallecido para la elaboración del certificado de defunción, incluyendo su nombre y parentesco.
- **DATOS DEL CERTIFICANTE.** La variable “certificada por” sirve para identificar a la persona que está certificando la defunción. No debe omitirse ningún dato que la identifique. Si un médico pasante es el encargado de certificar, debe seleccionarse la opción 4: “Personas autorizadas por la Secretaría de Salud”. Para los médicos, es imprescindible incluir el número de su cédula profesional. La firma del certificador debe ser autógrafa y aparecer en todas las páginas del Certificado, tanto en el original como en las tres copias. Es crucial conocer quién certificó la defunción, especialmente si fue el médico que atendió al fallecido durante su última enfermedad. Esto permite asegurar que las causas registradas están más alineadas con la realidad que cuando certifica un “Otro médico” que no estaba completamente familiarizado con el caso. En el caso de un médico legista, también es vital conocer su número de cédula profesional. Si la certificación no proviene de un médico, es fundamental identificar quién está a cargo de certificar las defunciones en ausencia de uno en la localidad (Dirección General de Información en Salud, 2022).
- **FECHA DE CERTIFICACION.** Se debe anotar día, mes y año de expedición del Certificado.

IV. Certificado de Muerte Fetal

La definición del feto según la Ley General de Salud se establece a partir de la decimotercera semana de gestación, como se especifica en el Artículo 314 (LGS, 2023, pp. 140).

Todos aquellos productos expulsados o extraídos con trece o más semanas de gestación deben contar con el certificado respectivo. Esto no contraindica que se expida un certificado en un feto de menos semanas de gestación, puesto que para la incineración o cremación se requiere del certificado de muerte fetal (Dirección General de Información en Salud, 2022, pp. 42).

Este certificado de muerte fetal se genera en tres copias: el original se destina a la Secretaría de Salud, mientras que la primera y segunda copias se entregan al INEGI y al Registro Civil, respectivamente. A pesar de que las muertes fetales no están formalmente registradas en el Registro Civil, es crucial mantener un registro estadístico adecuado. Este registro permite un análisis profundo de las causas y factores relacionados con la mortalidad perinatal, lo cual es vital para mejorar las estrategias de salud pública y el cuidado materno-infantil (Dirección General de Información en Salud, 2007, pp.42).

La Organización Mundial de la Salud define la muerte fetal como el fallecimiento que se produce antes de la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, sin importar la duración exacta del embarazo. Esta definición se aplica específicamente a aquellos casos que se presentan a partir de las 22 semanas de gestación o cuando el peso del feto al nacer es superior a 500 gramos (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012).

Es crucial entender que se considera que un feto ha fallecido cuando, tras su separación, no muestra signos vitales como respiración, latidos cardíacos, pulsaciones en el cordón umbilical o movimientos voluntarios. En casos de fetos nacidos sin vida y debidamente certificados como tales, se debe completar el certificado de muerte fetal y proceder con los trámites correspondientes para su inhumación o cremación. En situaciones donde esto no sea viable, es obligatorio completar el certificado si el feto tiene 13 semanas o más de gestación, contadas desde el primer día de la última menstruación de la madre (Dirección General de Información en Salud, 2007, pp.42).

La información personal consignada en el Certificado de Muerte Fetal se encuentra protegida bajo las disposiciones de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.

Este certificado debe ser emitido por un médico, de preferencia aquel que haya atendido el proceso de expulsión o extracción en casos de gestaciones de 22 semanas o más. En ausencia de un médico en la localidad, puede ser expedido por otra persona debidamente autorizada por la Secretaría de Salud. Es esencial leer detenidamente cada pregunta del formulario. Si la muerte fetal tuvo lugar en una unidad médica, es imperativo consultar el expediente clínico de la madre para recopilar o verificar la información necesaria. En ausencia de este, se debe confiar en los detalles proporcionados por la madre, padre u otro familiar (Dirección General de Información en Salud, 2022, pp.6).

El certificado se estructura en varias secciones esenciales:

- Datos del producto, del embarazo y del suceso: La edad gestacional se debe determinar en semanas completas desde el primer día de la última menstruación, a menos que se haya corregido mediante técnicas diagnósticas adicionales como la ultrasonografía. Es vital especificar si el embarazo es único o múltiple. Debe registrarse si la madre recibió atención prenatal, la naturaleza del embarazo (normal o complicado), y si la muerte fetal ocurrió antes o durante el trabajo de parto.
- Causas de la muerte fetal: El formato y los principios para registrar las causas de la muerte son análogos a los del Certificado de Defunción. No obstante, es crucial marcar si las causas son maternas o fetales según el criterio clínico del certificador. Se recomienda evitar términos vagos como “interrupción de la circulación fetoplacentaria o fetomaterna”. Algunas causas maternas incluyen condiciones como preeclampsia, eclampsia, entre otras, mientras que las causas fetales pueden ser malformaciones congénitas o complicaciones del cordón umbilical.
- Datos de la madre: Se debe consignar correctamente el nombre de la madre y detalles como su edad, estado civil, domicilio, nivel educativo, afiliación a la seguridad social, ocupación, y antecedentes de nacimientos previos. Estos datos ofrecen información relevante sobre el riesgo de muerte fetal. Además, en casos donde se reporte la muerte fetal junto con la materna, es imperativo indicar el estado de salud de la madre tras el evento
- Datos del informante: s fundamental registrar el nombre, parentesco y firma de la persona que proporciona la información.
- Datos del certificador: Los requisitos para registrar los datos del informante y del certificador son similares a los del Certificado de Defunción. El reverso del formulario contiene un instructivo que debe consultarse antes de completar el certificado (Dirección General de Información en Salud, 2007).

V. Conclusiones

El certificado es una documentación oficial que proporciona constancia de ciertos hechos de relevancia, expedidos de acuerdo con los lineamientos establecidos por las autoridades sanitarias pertinentes. En el contexto de México, el certificado de defunción y el certificado de muerte fetal validan los fallecimientos y se emiten una vez que se ha confirmado la muerte y se han determinado sus causas.

La Secretaría de Salud tiene la responsabilidad de proporcionar estos certificados a profesionales médicos y otras personas autorizadas.

Mientras que el certificado de defunción se utiliza para documentar el fallecimiento de individuos que nacieron vivos, el certificado de muerte fetal se aplica a los productos de la concepción que mueren antes de ser expulsados o extraídos del cuerpo materno.

Es crucial seguir las Normas Oficiales Mexicanas, la Ley General de Salud, las Guías de Práctica Clínica y otros documentos oficiales para garantizar que los certificados cumplan con los criterios y directrices establecidos en México. La certificación es obligatoria para todas las defunciones y muertes fetales dentro del territorio nacional, y es un requisito fundamental para procesar el Acta de Defunción.

Cada certificado consta de un original y tres copias. El proceso implica entregar el original y las dos primeras copias a los familiares o solicitantes, quienes deben presentarlos en el Registro Civil para obtener el Acta de Defunción y permisos correspondientes. Las copias restantes se destinan al INEGI para su custodia y al Registro Civil para su archivo, mientras que la tercera copia se conserva en la institución médica correspondiente.

La precisión en el llenado de estos certificados es esencial. La información recopilada contribuye a mejorar las estadísticas epidemiológicas, planificar servicios de salud, optimizar la atención médica y reducir las tasas de mortalidad materna y fetal. A largo plazo, permite implementar estrategias basadas en datos precisos para abordar factores de riesgo específicos y otras variables sociodemográficas en la población mexicana. En esencia, estos documentos médico-legales son fundamentales para una clasificación precisa y un enfoque efectivo hacia la reducción de la mortalidad en el país.

VI. Lista de fuentes

SECRETARIA DE SALUD (2012). NOM-035-SSA3-2012: *En materia de información en salud*. Ciudad de México: SSA. Diario Oficial de la Federación.

CONGRESO DE LA UNIÓN (2023). *Ley General de Salud Pública*. Obtenido el 10 de octubre de 2023, de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

SECRETARIA DE SALUD (2007). *Guía para el llenado de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal* (3.a ed.). [Internet].

AULA VIRTUAL (2013). *Curso virtual sobre el correcto llenado del Certificado de Defunción*. Recuperado 6 de octubre de 2023 de <https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/page/view.php?id=9680>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2016). *Folleto de certificación de defunción: Una guía para los médicos certificadores*. Recuperado 6 de octubre de 2023 de <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/>

icd/cause-of-death/flyer_-recomendaciones-de-la-oms-para-realizar-la-inspeccion-externa-de-un-cadaver-y-completar-el-certificado-medico-de-causa-de-defuncion_sp.pdf?sfvrsn=e4d29fec_3&download=true

SECRETARÍA DE SALUD (sin fecha). *Certificados de defunción*. Recuperado 6 de octubre de 2023 de https://salud.edomex.gob.mx/salud/certificados_defuncion#:~:text=Es%20un%20documento%20oficial%20en,el%20fallecimiento%20de%20una%20persona.

SECRETARÍA DE SALUD (2022). *Modelo Certificado de Muerte Fetal*. Recuperado 6 de octubre de 2023 de https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/mortalidad/doc/cert_fetal2022.pdf

Dirección General de Información en Salud (2022). *Manual de Llenado del Certificado de Defunción y Certificado de Muerte Fetal Modelo 2022*. Recuperado 6 de octubre de 2023 de http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/seed/pdf/Manual_Llenado_CD_CMF_2022_20220930.pdf

IMSS (2023). *Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal con Feto Único*. Guía de Referencia Rápida. Recuperado 6 de octubre de 2023 de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/567GRR.pdf>

CONTRERAS-LEMUS, J. (s. f.). *Propuesta de un certificado de defunción para mejorar el registro y reporte de la muerte en el periodo perinatal*. Recuperado 6 de octubre de 2023 de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000300007

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSO (2014). *Manual para la correcta certificación médica de las causas de muerte*. Recuperado 6 de octubre de 2023 de <https://www.inec.gob.pa/archivos/P5911Manual%20de%20Bolsillo%20Correcta%20Certificaci%C3%B3n%20CM.pdf>

ÉTICA Y RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN MÉXICO



BENJAMÍN PAZOS RINCÓN
MANUEL SAIZ-CALDERÓN GÓMEZ
LUIS LORENZO SALAZAR MARTÍNEZ



2

CAPÍTULO II

ÉTICA Y RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

Benjamín Pazos Rincón*

Manuel Saiz-Calderón Gómez**

Luis Lorenzo Salazar Martínez***

SUMARIO: I. Introducción; II. Ética en el servicio público; III. Responsabilidad de los servidores públicos; IV. La responsabilidad médica; V. Aspectos jurídicos en la medicina legal; VI. Normas oficiales mexicanas; VII. La negligencia médica como delito; VIII. Obligaciones y deberes del médico; IX. Conclusiones y reflexiones; X. Lista de fuentes.

I. Introducción

Los aspectos fundamentales de la conducta profesional están indudablemente regulados por un marco jurídico que permite actuar de manera ética y profesional. Es por ello que el derecho regula la conducta en todos sus aspectos. En el ámbito profesional, existen conductas sancionadas por el derecho. La conducta que regula el derecho debe ser observada en todo momento por cualquier individuo. Los profesionales de cualquier disciplina están sujetos a normas de conducta establecidas por un ordenamiento jurídico.

Los profesionales de la salud, incluidos los médicos, no están exentos de cumplir con las normativas en el ejercicio de su práctica profesional. Por lo tanto, la ciencia de la salud está adecuadamente regulada por leyes y normas que permiten a los médicos desempeñar su profesión de manera correcta y eficiente.

Al analizar la conducta en un contexto más amplio, es esencial abordarla desde la perspectiva jurídica. La conducta, como mecanismo mediante el cual se expresan las intenciones y voluntades de las acciones humanas, nos ayuda a entender ciertas actitudes y comportamientos calificados por el derecho. Muchas de estas conductas están tipificadas en el derecho penal, es decir, están asociadas con tipos penales descritos en la normativa. Por lo tanto, la conducta, desde la perspectiva del derecho, puede ser considerada como un posible delito si se encuentra y se califica

* Doctorante por el Instituto de Investigaciones y Estudios Superiores Económicos y Sociales de la Universidad Veracruzana; correo personal: benja_86pa@hotmail.com

** Docente de Tiempo Completo de la Facultad de Medicina. Región Veracruz; correo institucional: msaizcalderon@uv.mx

***Docente de Tiempo Completo de la Facultad de Medicina. Región Veracruz; correo institucional: lusalazar@uv.mx

dentro del ámbito penal. En este sentido, el estudio de la conducta de los profesionales de la salud adquiere una relevancia significativa en función de sus actividades profesionales.

La responsabilidad en el ejercicio profesional en los servicios de salud pública es crucial debido a la naturaleza de la medicina. Los médicos tienen una gran responsabilidad al tratar, diagnosticar y curar enfermedades que a menudo requieren diversos tratamientos y procedimientos médicos. Por lo tanto, ejercen su profesión con una considerable carga de responsabilidad. Sin embargo, esto no significa que estén exentos de normativas. Tanto los pacientes como los médicos tienen derechos y obligaciones. Las responsabilidades y derechos de los profesionales de la medicina están regulados por la Ley General de Salud Pública y otras normativas relacionadas con los servicios de salud pública. De este modo, el marco jurídico que regula la conducta de los profesionales de la medicina en el ámbito público es fundamental para su estudio y análisis.

Para abordar la conducta, es necesario retomar los aspectos de la ética, que sirve como criterio para guiar la conducta humana. En el ámbito profesional, esta conducta está regulada por normas que ejercen una influencia constante sobre la conducta individual. Sin embargo, al hablar de conducta en el contexto médico, a menudo resulta difícil determinar cuál es la mejor conducta a seguir frente a los pacientes. La complejidad inherente a la práctica médica dificulta establecer una ética profesional clara. No obstante, existen mecanismos y procedimientos administrativos diseñados para supervisar estas conductas.

El objetivo principal de este capítulo es analizar y discutir las normativas legales, éticas y profesionales que rigen la práctica médica en instituciones de salud pública en México, con el fin de promover una conducta ética y responsable tanto por parte de los profesionales de la medicina como de las autoridades y pacientes involucrados. Para ello, es fundamental comenzar con una definición clara de ética en la práctica profesional. A partir de esta definición, podemos identificar las conductas éticas que los médicos deben manifestar en el ejercicio de su profesión dentro de las instituciones públicas de salud en México. Posteriormente, se abordan las responsabilidades de los servidores públicos conforme a las normas oficiales mexicanas vigentes, tanto en leyes secundarias como en normativas internas. Estas regulaciones abarcan aspectos relacionados con faltas administrativas, laborales y penales.

Además, se describen los derechos y obligaciones tanto del personal médico profesional como de los pacientes, quienes también están protegidos por la ley. En el contexto de la relación médico-paciente en una institución pública de salud, emergen una serie de derechos

y obligaciones mutuos. Finalmente, se identifican las características jurídicas de mayor relevancia para la práctica profesional en los servicios de salud pública.

II. Ética en el servicio público

Para comprender el ámbito de la ética, es esencial definir su significado y su utilidad en el estudio de la conducta. La ética, derivada de la filosofía, tiene como objetivo regular la conducta individual de acuerdo con un criterio moral aceptado. No todas las conductas son universalmente aceptadas; por lo tanto, la ética se basa en un conjunto de normas y principios que reflejan la moral colectiva, establecida y aceptada por la sociedad.

Es fundamental distinguir entre ética y moral. Mientras que la ética se basa en criterios de conducta desarrollados individualmente, influenciados por experiencias, educación y otros factores sociales, la moral se refiere a un conjunto de normas aceptadas colectivamente. La moral prescribe la conducta y puede estar sujeta a reglas no escritas que, aunque no conlleven sanciones, son consideradas socialmente aceptables.

La conducta ética busca el bien común y requiere que el individuo tenga una comprensión mínima de las virtudes morales. Estas virtudes se refieren a un conocimiento previo que guía una conducta moralmente aceptable dentro de la sociedad. La razón desempeña un papel crucial en la conducta ética, permitiendo discernir y actuar de manera ética.

La ética pública se refiere a las normas y principios éticos aplicados en el ámbito público, como las instituciones gubernamentales y los servicios públicos. Según Rodríguez (1995), la ética pública se centra en determinar la moralidad de los actos humanos en el servicio público. Esto es especialmente relevante para profesionales como los médicos, cuya conducta en el ámbito público debe adherirse a estándares éticos y normativos.

En el contexto médico, la ética va más allá de la virtud y el conocimiento; implica acciones correctas y conducta profesional. La medicina y la ética están intrínsecamente vinculadas para definir una conducta moralmente aceptable, pero siempre regulada por un marco jurídico establecido. Por lo tanto, es crucial caracterizar la práctica profesional del médico dentro de este marco ético y legal para garantizar la atención médica adecuada y ética.

Las características inherentes a la profesión médica se manifiestan a través del trato profesional constante entre el médico y el paciente, estableciendo un vínculo fundamental en sus interacciones. Este vínculo es central en el estudio de la ética profesional médica, y las características

clave que definen esta relación son: competencia técnica, honestidad, integridad, veracidad y humanidad, según señala Pardo (2011).

La práctica médica conlleva una gran responsabilidad en relación con la conducta del médico, especialmente en sus acciones y decisiones clínicas, ya sea en el tratamiento, diagnóstico o cualquier otro aspecto de la atención médica. En este contexto, la responsabilidad dentro del marco ético de la profesión médica se entiende como el compromiso continuo, personal y voluntario del médico hacia el paciente y sus responsabilidades profesionales. Este compromiso se manifiesta en la ejecución adecuada de sus deberes sin sacrificar su autenticidad y creatividad en el ejercicio de la medicina, como señalan Jiménez, Molina y López (2022).

La bioética se ha convertido en un elemento fundamental que regula la conducta de los profesionales médicos, especialmente en el contexto de las nuevas tecnologías y los derechos humanos. Esta disciplina emergente se formalizó con la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO en 2005, que establece los siguientes objetivos:

- a. Proporcionar un marco universal de principios y procedimientos para guiar a los Estados en la formulación de legislaciones, políticas y otros instrumentos relacionados con la bioética.
- b. Orientar las acciones de individuos, grupos, comunidades, instituciones y entidades públicas y privadas.
- c. Promover el respeto por la dignidad humana y proteger los derechos humanos, asegurando el respeto por la vida y las libertades fundamentales, de acuerdo con el derecho internacional.
- d. Reconocer la importancia de la libertad de investigación científica, asegurando que se realice dentro de un marco ético que respete la dignidad humana y los derechos fundamentales.
- e. Fomentar un diálogo multidisciplinario y pluralista sobre cuestiones de bioética entre todas las partes interesadas y la sociedad en su conjunto.
- f. Promover un acceso equitativo a los avances médicos, científicos y tecnológicos, prestando especial atención a las necesidades de los países en desarrollo.
- g. Salvaguardar y promover los intereses de las generaciones presentes y futuras.
- h. Subrayar la importancia de la biodiversidad y su conservación como una preocupación compartida de la humanidad (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2006).

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO establece un marco ético global que guía la práctica médica, protegiendo la dignidad humana y promoviendo el respeto por los derechos

humanos en el contexto de los avances científicos y tecnológicos. Igualmente, esta Declaración sirve como guía para los países firmantes en la regulación de las prácticas médicas en el contexto de las nuevas tecnologías y los derechos humanos. Esta declaración busca orientar las adecuaciones legislativas y normativas que rigen la conducta de los profesionales de la medicina, reconociendo que la identidad de una persona abarca dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales. Entre los principios y reglas enunciados se encuentran el respeto a la privacidad y confidencialidad, el consentimiento informado y la no discriminación ni estigmatización. Además, introduce la noción de “responsabilidad social en salud”, que representa un avance significativo en el campo de la ética médica (Tinant, 2012).

Por último, es crucial destacar las acciones del gobierno mexicano orientadas a fortalecer los servicios de salud pública. Estas acciones reflejan la ética pública del gobierno, que, en cumplimiento de su responsabilidad constitucional de garantizar el acceso a la salud pública y proteger el bienestar de la población (según el artículo 4º de la Constitución), destina recursos significativos al sector salud. Sin embargo, es importante señalar que el presupuesto asignado para servicios de salud en 2023 fue de 209,616,460,086 millones de pesos, un aumento ligeramente superior al del año fiscal 2022, que fue de 192,368,336,405 millones de pesos. Esta asignación presupuestaria es insuficiente para abordar las crecientes demandas de servicios de salud pública, especialmente tras la crisis sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19.

III. Responsabilidad de los servidores públicos

En la legislación mexicana, se establecen diversas disposiciones jurídicas que regulan la conducta de los servidores públicos. Para comprender este concepto, es fundamental definir qué es un servidor público. Según el Gobierno de México (2016), un servidor público es aquel individuo que ocupa un empleo, cargo o comisión subordinada al Estado, ya sea en alguno de sus tres poderes. Esta persona está obligada a adherirse a los principios de legalidad, lealtad, honradez, imparcialidad y eficiencia.

Adicionalmente, es importante distinguir o ampliar el concepto de servidor público para comprender la jerarquía y las funciones dentro de la Administración Pública. Según De Pina (2008), un funcionario público es aquel profesional vinculado de manera permanente a un servicio del Estado, municipio o cualquier entidad pública.

Conforme a Guerrero (1998), los servidores públicos, ya sea denominados como funcionarios o servidores civiles, están regulados por un régimen de función pública establecido en una ley específica

de derecho público o disposiciones equivalentes. Estas personas desempeñan actividades alineadas con los intereses primordiales del Estado y se encuentran sujetas a normativas e instituciones de carácter público.

Es imperativo que los servidores públicos actúen de acuerdo con las atribuciones que la ley les confiere dentro de una institución pública. El incumplimiento de estas obligaciones puede resultar en diversas sanciones, que incluyen:

- Amonestación privada o pública.
- Suspensión del empleo, cargo o comisión por un período que varía entre tres días y un año.
- Destitución del puesto.
- Sanción económica.
- Inhabilitación temporal para ejercer empleos, cargos o comisiones en el servicio público.

Estas sanciones buscan garantizar la integridad, eficiencia y transparencia en el ejercicio de las funciones públicas, así como mantener la confianza y el respeto de la ciudadanía hacia las instituciones gubernamentales.

Las sanciones mencionadas se establecen en el marco legal que regula la conducta de los servidores públicos en México. Algunos de los documentos clave que contienen estas normativas son:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
- Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado.
- Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

La responsabilidad médica es de suma importancia, ya que implica el manejo de la vida humana. Esto conlleva diversas responsabilidades y consecuencias en función de la gravedad de la conducta o falta cometida. Es esencial conocer los mecanismos jurídicos para prevenir la mala praxis médica, que puede resultar en negligencia, faltas administrativas graves, suspensiones definitivas e incluso privación de libertad. Por lo tanto, la responsabilidad de los médicos es un elemento crucial dentro del marco legal mexicano.

En México, diversas normas y ordenamientos jurídicos regulan la conducta de quienes trabajan en instituciones públicas. Nuestra Constitución, en su Título Cuarto, junto con las leyes secundarias derivadas de ella, establece estos lineamientos. En este contexto, la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos (LFRASP), promulgada en 1982, es fundamental. El artículo 108 constitucional define a los servidores públicos y establece las bases

para su actuación conforme a principios éticos y legales.

[...] Para los efectos de las responsabilidades a que alude este Título se reputarán como servidores públicos a los representantes de elección popular, a los miembros del Poder Judicial de la Federación, los funcionarios y empleados y, en general, a toda persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en el Congreso de la Unión o en la Administración Pública Federal, así como a los servidores públicos de los organismos a los que esta Constitución otorgue autonomía, quienes serán responsables por los actos u omisiones en que incurran en el desempeño de sus respectivas funciones[...] (Artículo 108. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos).

Así como nuestra Constitución establece los principios fundamentales, la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos (LFRASP) reglamenta detalladamente las responsabilidades y conductas esperadas de los servidores públicos. En su Capítulo Primero, esta ley define cómo debe ser la conducta de un servidor público en el ejercicio de sus funciones y las responsabilidades inherentes a su cargo.

El artículo 8º de la LFRASP especifica las obligaciones a las que están sujetos los servidores públicos en el desempeño de sus actividades. Este artículo detalla los deberes éticos y legales que deben cumplir, estableciendo un marco normativo que garantice la integridad, transparencia y eficiencia en la gestión pública. Estas obligaciones buscan asegurar que los servidores públicos actúen en beneficio de la sociedad, respetando la legalidad y los principios éticos que rigen la función pública en México:

[...] Todo servidor público tendrá las siguientes obligaciones:

- I.- Cumplir el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión;
- II.- Formular y ejecutar los planes, programas y presupuestos correspondientes a su competencia, y cumplir las leyes y la normatividad que determinen el manejo de recursos económicos públicos;
- III.- Utilizar los recursos que tenga asignados y las facultades que le hayan sido atribuidas para el desempeño de su empleo, cargo o comisión, exclusivamente para los fines a que están afectos;
- IV.- Rendir cuentas sobre el ejercicio de las funciones que tenga conferidas y coadyuvar en la rendición de cuentas de la gestión pública federal, proporcionando la documentación e información que le sea requerida en los términos que establezcan las disposiciones legales correspondientes[...] (Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos).

En este contexto, es crucial determinar las conductas que los servidores públicos deben observar en todo momento. Surge entonces una pregunta pertinente: ¿Los médicos o los trabajadores del sector salud

son considerados servidores o funcionarios públicos? Aunque pueda parecer evidente, es relevante aclarar que los médicos que laboran en instituciones públicas de salud son considerados servidores públicos. En consecuencia, están sujetos a las mismas responsabilidades y sanciones que cualquier otro empleado público.

La naturaleza y gravedad de una falta determinarán la materia aplicable para sancionar o corregir la conducta del médico. Por lo tanto, es esencial identificar en qué circunstancias un médico en funciones dentro de una institución pública comete una acción sancionable, ya sea por comisión o por omisión. Debemos tener en cuenta que las responsabilidades de un médico en el ámbito de la salud pública son distintas de las de un funcionario con funciones ejecutivas. En este sentido, la atención y el bienestar del paciente son el principal objetivo y responsabilidad del médico.

Las consecuencias de las acciones u omisiones de un médico se reflejarán en la salud del paciente. El Estado mexicano protege como bien jurídico fundamental la vida, por lo que cualquier daño causado por la conducta médica será evaluado y sancionado según su naturaleza y gravedad. Dependiendo del daño causado, las acciones del médico podrían ser objeto de sanciones en diferentes ámbitos: penal, civil, laboral o administrativo.

La gravedad o naturaleza de la falta cometida determinará la materia y el órgano competente para imponer una sanción. Por ejemplo, en casos graves que involucren la muerte del paciente, el médico podría enfrentar privación de libertad, según lo establecido en el marco legal penal aplicable. En contraste, en el ámbito laboral, las consecuencias podrían incluir la revocación de la cédula profesional, el despido por parte de la institución pública y sanciones pecuniarias. La sanción laboral se aplicará siempre que exista un contrato laboral vigente, y las medidas disciplinarias variarán según la naturaleza y gravedad de la falta, ya sea una amonestación, despido temporal o definitivo, conforme a las leyes laborales aplicables.

Por otro lado, las faltas administrativas son conocidas y gestionadas por los órganos internos de control, ajustándose a la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos. Las sanciones administrativas pueden incluir inhabilitación temporal o definitiva, apercibimientos, extrañamientos y otras medidas que establezca la normativa correspondiente.

En el contexto de la atención médica pública en México, existe un mecanismo institucionalizado para abordar quejas y controversias relacionadas con el servicio de salud: la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Esta entidad gubernamental actúa como intermediaria entre los usuarios del sistema de salud y los profesionales

o instituciones médicas. Su objetivo principal es facilitar soluciones alternativas y resolver conflictos entre las partes involucradas.

Para comprender mejor el papel y las funciones de la CONAMED, es esencial detallar sus atribuciones tanto en términos generales como específicos. Según la información proporcionada por su grupo técnico, las funciones de la CONAMED incluyen:

Permite a los ciudadanos y a los prestadores de servicios de salud, dirimir y resolver sus diferencias o quejas, en un entorno especializado, con pleno respeto a sus derechos, obligaciones y con apego a la *lex artis* médica, la deontología y la normativa aplicable. El proceso básico se resume en una atención modular que asegura un servicio especializado y personalizado, a través de personal competente, tanto médico como jurídico y aplica procesos estandarizados. Ambas partes, promovente y demandado, deberán aceptar, voluntariamente y de buena fe el procedimiento institucional; el cual inicia con la presentación de la queja médica [...]

Para mejorar el servicio de mediación entre las partes la CONAMED atiende: Actos u omisiones derivadas de la prestación de servicios de salud, así como de presuntos actos de posible mala práctica con consecuencias sobre la salud del usuario, lo que significa en estricto sentido, que sólo se avoca al conocimiento de problemas relacionadas con tales servicios o con la negativa de prestación de los mismos [...]

De tal manera la CONAMED puede ser opción para dirimir controversias:

Porque la atención es otorgada por una instancia especializada que cuenta con profesionales expertos para el desahogo oportuno y expedito del asunto. No se requieren las fórmulas complejas usuales en los tribunales y todos los trámites son gratuitos. Todo caso se atiende con imparcialidad según lo alegado y probado por las partes en el procedimiento, buscando siempre el conocimiento de la verdad, a fin de lograr justicia en los pronunciamientos que emite. El procedimiento es confidencial y respetuoso. Se dignifican los trámites, eliminando cualquier cariz penalístico a situaciones que sólo deben ser atendidas bajo el ángulo del derecho civil, de seguridad social y del derecho sanitario (CONAMED, 2019).

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se establece como un mecanismo alternativo para la resolución de conflictos entre los usuarios del servicio médico y los profesionales de la salud. Sin embargo, es crucial entender que la CONAMED opera como una opción complementaria y no excluye los mecanismos jurídicos tradicionales a los que los usuarios pueden acudir si así lo deciden. A pesar de la existencia de este organismo, es importante destacar que los servicios de salud en México están firmemente legislados, especialmente en lo que respecta a la conducta de los servidores públicos en el ámbito administrativo. Aunque las conductas de mala praxis no siempre se resuelven mediante

acciones administrativas, estas son frecuentes en la función pública.

En el contexto mexicano, se han establecido diversas instituciones médicas que desempeñan un papel crucial en la supervisión y prevención de prácticas negligentes en el ejercicio profesional de la medicina. Para prevenir conductas de mala praxis, México cuenta con tres tipos de instituciones que actúan como medios preventivos:

- Consejos de especialidades médicas.
- Colegios profesionales.
- Comités hospitalarios de bioética.

Según Ambrosio, Carrillo y González (2005), los colegios de especialistas desempeñan un papel fundamental al representar el reconocimiento de idoneidad para las asociaciones médicas especializadas. Estas entidades cobran gran relevancia al facilitar y mantener un contacto continuo entre los especialistas, lo que permite compartir experiencias profesionales y conocimientos que enriquecen diversas áreas médicas. Además, pertenecer a un colegio médico puede impulsar una competencia positiva de superación entre sus miembros, ya que el prestigio profesional asociado puede motivar a los médicos a mantener y mejorar constantemente sus habilidades y conocimientos.

Por otro lado, los comités de bioética juegan un papel crucial en el ámbito de la salud. Estos comités han establecido dos instrumentos fundamentales para cumplir con sus objetivos: el Código de Conducta para el Personal de Salud y el Código de Bioética para el Personal de Salud, ambos emitidos en 2003. Estos códigos se consideran atributos esenciales para promover la efectividad y eficiencia de los servicios de salud en México. Además, se enmarcan dentro de la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud, buscando garantizar una atención médica de calidad y ética para todos los pacientes.

IV. La responsabilidad médica

Conforme al artículo 8º de nuestra Constitución, se delinean las características fundamentales que deben observar todos los funcionarios públicos en el desempeño de sus atribuciones. Esto significa que los médicos y profesionales de la salud, al servicio de instituciones públicas o privadas, comparten las mismas responsabilidades que cualquier otro funcionario público.

La responsabilidad médica se centra en la conducta y práctica del médico dentro de su ámbito profesional. Esta responsabilidad se traduce en sanciones aplicables al médico en función de su desempeño profesional. El ejercicio de la medicina requiere altos niveles de profesionalismo, dado su impacto en la sociedad. Más allá de tratar enfermedades, la medicina también forma a individuos capacitados para

combatir afecciones con importantes implicaciones sociales.

La noción de mala praxis médica requiere un abordaje cuidadoso. En el contexto médico, determinar una mala praxis no es sencillo debido a la variabilidad en las respuestas individuales a tratamientos similares. No obstante, cualquier profesional debe ser responsable de sus actos y enfrentar las consecuencias legales de una mala praxis, ya sea en el ámbito público o privado.

Lascariz (2000) define la mala praxis como la acción u omisión que resulta en un daño, derivando eventualmente en responsabilidad penal. La palabra “responsabilidad” proviene del latín y alude a la obligación de responder por nuestros actos, reparando o compensando cualquier daño causado.

Por su parte, Zendejas (2017) conceptualiza la mala praxis médica como el daño causado a la salud de un individuo debido a la imprudencia, negligencia o falta de habilidad profesional. En este contexto, cualquier acción que afecte el bien máspreciado de una persona, su salud, se considera una violación grave de la ética y la profesionalidad médica.

V. Aspectos jurídicos en la medicina legal

La relación entre el médico y el paciente constituye un punto crítico en el ámbito jurídico, ya que de esta interacción emergen diversos actos con implicaciones legales. Principalmente, la responsabilidad recae en la práctica profesional del médico y los resultados que esta genere para el paciente. Estas responsabilidades están claramente delineadas en el Código Civil Federal.

El artículo 1915 del Código Civil Federal establece que la reparación del daño debe restituir la situación anterior al perjuicio, cuando sea viable, o compensar mediante indemnización. De manera complementaria, el artículo 1917 establece que aquellos que causen un daño son solidariamente responsables ante la víctima, resaltando así la importancia de restaurar el daño ocasionado.

Un aspecto esencial en la práctica médica es la elaboración del informe médico. Este documento, creado por profesionales de la salud, detalla el proceso asistencial de un paciente, describiendo procedimientos, pruebas y observaciones que conducen a un diagnóstico y tratamiento adecuados. Según Estopa (2020), los informes médicos representan registros vitales de la salud de un individuo.

En el ámbito jurídico, los informes médicos adquieren relevancia en las investigaciones periciales. Estos informes sirven para determinar la naturaleza y gravedad de lesiones, informando así el tipo de sanción penal correspondiente. La responsabilidad del médico al elaborar este informe es crucial, ya que puede influir directamente en el dictamen legal.

De acuerdo con De la Cruz Ledesma (2023), el informe médico pericial es esencial para evaluar secuelas derivadas de diversas patologías, tanto físicas como psíquicas. En un contexto judicial, este informe puede ser solicitado por las partes involucradas o por el propio tribunal. Es fundamental que el perito actúe de manera imparcial, basándose en un análisis detallado que permita una evaluación precisa del daño o lesión objeto de peritaje.

VI. Normas Oficiales Mexicanas

Como se ha venido analizando, en México existen diversos ordenamientos jurídicos que regulan las conductas de los funcionarios públicos en el servicio de salud pública. Uno de los más importantes para el Estado mexicano son las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud pública. En este contexto, es crucial enfatizar en el concepto de regulación, entendido como la fijación de reglas a seguir de manera estricta y ordenada. Para que exista una norma de este tipo, la autoridad competente, en nuestro caso el gobierno a través del Poder Ejecutivo, emitirá las normas y regulaciones en materia de salud pública para regular la conducta de los servidores públicos de la salud.

En México, la normativa expedida por el Poder Ejecutivo, a través de la Secretaría de Salud Pública, establece las reglas y normas que deben cumplir los médicos en su actuar profesional. Estas normas buscan asegurar un servicio médico profesional, respaldado por el artículo 4º constitucional y la Ley General de Salud, con el fin de proteger y resguardar la salud de las personas. Dichas normas deben aplicarse en todo momento por los médicos en su práctica profesional, así como en instituciones de salud pública, clínicas, sanatorios, asistencia social, investigación médica, tratamientos de enfermería y todas las actividades relacionadas con el servicio de salud.

Anteriormente, nuestra legislación incluía la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, encargada de la creación de la NOM mexicana, promulgada el 1º de julio de 1992. Sin embargo, esta ley fue derogada por decreto presidencial DOF 01-07-2020. En la actualidad, las Normas Oficiales Mexicanas son regulaciones técnicas de cumplimiento obligatorio emitidas por las dependencias competentes, que establecen las características que deben cumplir procesos o servicios que puedan representar un riesgo para la seguridad o la salud humana, así como términos relacionados con su aplicación y cumplimiento (Gobierno de México, 2015).

Hoy en día, el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades (CCNNPCE) es responsable de emitir estas normas en materia de salud pública. Una vez sancionadas

y aprobadas por el CCNNPCE y publicadas en el Diario Oficial de la Federación, entrarán en vigor al día siguiente de su publicación. Con la contingencia del COVID-19 en México, se han modificado las normas relacionadas con las actividades de este comité. A través de un acuerdo publicado en el DOF el 31 de octubre de 2022, se han ajustado las normas para darle mayor participación al comité, especialmente en la creación e instalación de comités consultivos nacionales. Estas modificaciones buscan mejorar los mecanismos de comunicación y coordinación entre las unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud, así como con otras dependencias del Ejecutivo federal, instituciones del Sistema Nacional de Salud, investigación y educación superior, para la expedición, revisión, modificación y cancelación de Normas Oficiales Mexicanas y otros instrumentos normativos (Gobierno de México, 2022). Las NOM serán revisadas por lo menos cada cinco años por el propio CCNNPCE y por autoridad responsable.

En México existen diferentes NOM en materia de salud pública:

1. NOM-005-SSA2-1993

De los servicios de planificación familiar.

2. NOM-006-SSA2-2013

Para la prevención y control de la tuberculosis.

3. NOM-007-SSA2-1993

Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

4. NOM-009-SSA2-2013

Promoción de la salud escolar.

5. NOM-010-SSA2-2010

Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

6. NOM-011-SSA2-2011

Para la prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos.

7. NOM-013-SSA2-2006

Para la prevención y control de enfermedades bucales.

8. NOM-014-SSA2-1994

Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

9. NOM-015-SSA2-2010

Para la prevención tratamiento y control de la diabetes mellitus.

10. NOM-016-SSA2-2012

Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.

11. NOM-017-SSA2-2012

Para la vigilancia epidemiológica.

12. NOM-021-SSA2-1994

Para la vigilancia, prevención y control del complejo teniosis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica.

13. NOM-022-SSA2-2012

Para la prevención y control de la brucelosis en el ser humano.

14. NOM-025-SSA2-1994

Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

15. NOM-027-SSA2-2007

Para la prevención y control de la lepra.

16. NOM-028-SSA2-2009

Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

17. NOM-029-SSA2-1999

Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano.

18. NOM-030-SSA2-2009

Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

19. NOM-031-SSA2-1999

Para la atención a la salud del niño.

20. NOM-032-SSA2-2010

Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector.

21. NOM-033-SSA2-2011

Para la vigilancia, prevención y control de la intoxicación por picadura de alacrán.

22. NOM-034-SSA2-2013

Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

23. NOM-035-SSA2-2012

Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica.

24. NOM-036-SSA2-2012

Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.

25. NOM-037-SSA2-2012

Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.

26. NOM-038-SSA2-2010

Para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo.

27. NOM-039-SSA2-2002

Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

28. NOM-041-SSA2-2011

Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

29. NOM-042-SSA2-2006

Prevención y control de enfermedades. Especificaciones sanitarias para los centros de atención canina.

30. NOM-043-SSA2-2012

Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

31. NOM-045-SSA2-2005

Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

32. NOM-046-SSA2-2005

Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

33. NOM-047-SSA2-2015

Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.

Todas las Normas Oficiales Mexicanas están respaldadas por los estándares de calidad más altos. Esto se debe a su naturaleza y a la importancia que tienen en materia de salud pública. Para cualquier país, es esencial mantener un nivel elevado en los procedimientos y conductas que regulen el actuar de los profesionales de la medicina. Por lo tanto, en México se ha mantenido a la vanguardia en la creación de normas que aseguren, en todo momento, un alto grado de calidad en el servicio de salud pública.

VII. La negligencia médica como delito

La responsabilidad médica, como hemos estado analizando, conlleva consecuencias jurídicas. Para ello, es fundamental determinar la conducta en la que haya incurrido el médico, o si se trata de una mala praxis, así como evaluar su gravedad. Es frecuente que, en casos de fallecimiento de un paciente, los familiares acudan a instancias judiciales argumentando negligencia médica. Sin embargo, es crucial entender primero la definición y tipicidad de la conducta descrita en la ley penal. En el artículo 228 del Código Penal Federal se establece lo siguiente:

Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de

Salud o en otras normas sobre ejercicio profesional, en su caso: I.- Además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia; y II.- Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquéllos (CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN, 2023).

Ante esta situación, es esencial establecer o determinar las circunstancias bajo las cuales el médico deberá responder según su conducta. Estas circunstancias incluyen negligencia, impericia e imprudencia, las cuales se definen de la siguiente manera:

Negligencia es el incumplimiento de los elementales principios inherentes al arte o profesión, esto es, que sabiendo lo que se debe hacer, no se hace, o a la inversa, que sabiendo lo que no se debe hacer se hace. La impericia es la falta de conocimientos técnicos básicos e indispensables que se debe tener obligatoriamente en determinada arte o profesión. La imprudencia es lo opuesto a la prudencia. Es afrontar un riesgo sin haber tomado las debidas precauciones para evitarlo, procediendo con apresuramiento innecesario, sin detenerse a pensar los inconvenientes que resultarán de esa acción u omisión (Gamboa Montejano & Valdés Robledo, 2015, pág. 12).

Según Ruiz (2018), existe responsabilidad penal en el ejercicio médico cuando se comete algún delito conforme al Código Penal y la Ley General de Salud, así como sus distintos ordenamientos relacionados con la práctica profesional. Esto significa que el ámbito competente para abordar el asunto, según el tipo de conducta, es el ámbito penal, y la gravedad de las consecuencias se determina conforme a lo establecido en la ley.

La negligencia médica o mala praxis, basada en la conducta del médico, conlleva responsabilidad jurídica. En este contexto, surge la pregunta: ¿Cuáles son las características que definen una negligencia médica desde la perspectiva de la práctica médica? La CONAMED identifica las siguientes características:

- El médico cuenta con información suficiente para actuar de manera adecuada y, sin embargo, no lo hace.
- El profesional de la salud no aplica sus conocimientos, habilidades y destrezas.
- La atención médica proporcionada no cumple con los estándares de calidad requeridos por la ley.
- A pesar de tener a su disposición instrumentos e instalaciones adecuadas, el especialista no los utiliza o lo hace de manera incorrecta.
- El paciente no recibe información relevante acerca de su estado de salud.

- Se generan afectaciones físicas, psicológicas o económicas en el paciente (BBVA, 2023).

Por otro lado, el Código Penal Federal establece las disposiciones jurídicas mediante las cuales se puede tipificar la conducta en el ejercicio de la profesión médica. Desde el artículo 228 hasta el 230, se abordan las responsabilidades médicas:

Artículo 228.- Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre ejercicio profesional, en su caso:

I.- Además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia; y II.- Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquéllos.

Artículo 229.- El artículo anterior se aplicará a los médicos que habiendo otorgado responsiva para hacerse cargo de la atención de un lesionado o enfermo, lo abandonen en su tratamiento sin causa justificada, y sin dar aviso inmediato a la autoridad correspondiente.

Artículo 230.- Se impondrá prisión de tres meses a dos años, hasta cien días multas y suspensión de tres meses a un año a juicio del juzgador, a los directores, encargados o administradores de cualquier centro de salud, cuando incurran en alguno de los casos siguientes:

I.- Impedir la salida de un paciente, cuando éste o sus familiares lo soliciten, aduciendo adeudos de cualquier índole;

II.- Retener sin necesidad a un recién nacido, por los motivos a que se refiere la parte final de la fracción anterior;

III.- Retardar o negar por cualquier motivo la entrega de un cadáver, excepto cuando se requiera orden de autoridad competente. La misma sanción se impondrá a los encargados o administradores de agencias funerarias que retarden o nieguen indebidamente la entrega de un cadáver, e igualmente a los encargados, empleados o dependientes de una farmacia, que al surtir una receta sustituyan la medicina, específicamente recetada por otra que cause daño o sea evidentemente inapropiada al padecimiento para el cual se prescribió (Cámara De Diputados Del H. Congreso De la Unión, 2023).

De este modo, la responsabilidad médica en materia penal está establecida dentro del Código Penal Federal. Además, en los estados se cuenta con un ordenamiento similar. Es importante destacar que las conductas médicas varían según los casos específicos. Esto se debe a que la práctica médica, en la mayoría de los casos, se centra en la prevención y cuidado de diversas enfermedades. Por lo tanto,

el actuar de los médicos estará dirigido hacia la atención particular de padecimientos que, en muchos casos, varían de uno a otro.

Por otro lado, según Vera (2013), otro elemento relevante de la conducta es la culpa. Esta se considera como una infracción a una obligación preexistente, ya sea establecida por ley o contrato. La culpa no implica necesariamente una intención de causar daño, pero sí denota una falta de idoneidad, negligencia, desidia, impericia, falta de precaución, diligencia, descuido o imprudencia. Esta falta conduce a un perjuicio para otro individuo o frustra el cumplimiento de una obligación, y debe atribuirse a quien la provoca.

VIII. Obligaciones y deberes del médico

El funcionario público, como hemos revisado, está sujeto a normas, leyes y una amplia gama de ordenamientos que debe observar en su práctica profesional. Sin embargo, no solo se trata de obligaciones; el médico también está revestido de derechos, que a veces no se reconocen adecuadamente en la práctica médica. Para abordar esto, es esencial referirse a la Carta de Derechos Generales de las y los Médicos, donde se pueden identificar los siguientes preceptos:

- Ejercer la profesión de manera libre, sin presiones de ningún tipo.
- Trabajar en instalaciones adecuadas y seguras que garanticen su práctica profesional.
- Contar con los recursos necesarios para su ejercicio profesional.
- Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica.
- Recibir un trato respetuoso por parte de los pacientes, sus familiares y el personal relacionado con su labor.
- Acceder a educación médica continua y ser considerado en igualdad de condiciones para su desarrollo profesional.
- Participar en actividades de investigación y docencia en su campo profesional.
- Asociarse para promover sus intereses profesionales.
- Proteger y mantener su prestigio profesional.
- Percibir una remuneración justa por los servicios prestados.

Además de los médicos, las enfermeras y enfermeros también poseen derechos en el ámbito de sus actividades profesionales relacionadas con el servicio médico. A continuación, se presentan algunos de estos derechos:

- Ejercer la enfermería con libertad, sin enfrentar presiones de ningún tipo y en igualdad de condiciones con otros profesionales.
- Realizar sus intervenciones en un entorno que asegure su seguridad e integridad personal y profesional.

- Contar con los recursos adecuados que les permitan desempeñar de manera óptima sus funciones.
- Abstenerse de proporcionar información que exceda su competencia profesional y laboral.
- Recibir un trato digno por parte de pacientes, familiares y colegas, independientemente de su posición jerárquica.
- Acceder a diversas oportunidades de desarrollo profesional en igualdad de condiciones con otros profesionales de la salud.
- Participar en actividades de gestión, docencia e investigación según sus competencias, en igualdad de oportunidades con otros profesionales.
- Asociarse libremente para promover, fortalecer y proteger sus intereses profesionales.
- Acceder a roles de toma de decisiones conforme a sus competencias, sin discriminación y en igualdad de condiciones con otros profesionales.
- Percibir una remuneración adecuada por los servicios profesionales que prestan.

Por otro lado, es esencial destacar que, en el ámbito de los servidores del servicio médico, existe un código de ética que guía las actividades profesionales de los médicos: el “Código de Conducta y Ética para Personal de Salud”. Los principales valores que deben observar los profesionales de la salud son:

- Respeto
- Responsabilidad
- Colaboración
- Compromiso
- Vocación de servicio
- Orgullo

Dentro de la conducta profesional del médico, es fundamental que demuestren valores que enaltezcan su profesión y muestren responsabilidad en sus acciones dirigidas al combate o prevención de enfermedades y al cuidado de sus pacientes. En este contexto, surge una relación jurídica entre médico y paciente, de la cual emergen deberes y obligaciones para ambas partes. Según Fernández Varela Mejía & Sotelo Monroy (2019, pág. 46), podemos entender esta relación de la siguiente manera:

- Los sujetos involucrados, donde el paciente actúa como acreedor del servicio y el médico como deudor.
- El vínculo establecido, conocido como atención médica, curación o rehabilitación.
- El contenido que define los derechos y obligaciones de ambos sujetos.

Así, podemos comprender cómo se forma el vínculo de responsabilidad, derechos y deberes del médico en el ejercicio de su práctica profesional. Esta relación jurídica se encuentra regulada por los diversos ordenamientos jurídicos previamente mencionados. Por lo tanto, es en la práctica médica donde se establecen los vínculos jurídicos en el momento del trato entre médico y paciente.

Dentro de este vínculo jurídico de responsabilidad del médico, es crucial que se cumplan en todo momento las obligaciones que el médico tiene hacia el paciente. Estos deberes o principios que deben observar los médicos están estipulados en el Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial. Dicho código establece los siguientes valores y principios fundamentales:

El deber principal del médico es promover la salud y el bienestar de los pacientes individuales proporcionando atención competente y compasiva de acuerdo con las buenas prácticas médicas y con profesionalismo.

El médico también tiene la responsabilidad de contribuir a la salud y al bienestar de la población a la que atiende y de la sociedad en general, incluidas las futuras generaciones.

Al prestar atención médica, el médico debe respetar la vida y dignidad humana y la autonomía y los derechos del paciente.

El médico debe ejercer la medicina de forma justa y equitativa, y prestar atención en función de las necesidades de salud del paciente sin prejuicio o discriminación injusta en función de la edad, enfermedad o discapacidad, credo, origen étnico, género, nacionalidad, afiliación política, raza, cultura, orientación sexual, posición social o cualquier otro factor.

El médico debe esforzarse por utilizar los recursos sanitarios de la manera que beneficie óptimamente al paciente, mientras sean consistentes con la administración justa, equitativa y prudente de los recursos compartidos que se le confían.

El médico debe ejercer con conciencia, honestidad, integridad y responsabilidad, y siempre aplicar su opinión profesional independiente y mantener el más alto nivel de conducta profesional [...]

Estos principios representan tan solo una fracción de los cuarenta que los médicos de todo el mundo deben observar. Además, existe un compromiso fundamental por parte del médico de ejercer su profesión con los más elevados estándares éticos. Este compromiso se refleja en la “Promesa del Médico”, que fue proclamada en la Declaración de Ginebra. Esta declaración fue ratificada durante la 68ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, celebrada el 27 de octubre en la ciudad de Chicago, Estados Unidos. En dicho documento se establecen los siguientes aspectos:

COMO MIEMBRO DE LA PROFESIÓN MÉDICA:

PROMETO SOLEMNEMENTE dedicar mi vida al servicio de la humanidad;

VELAR ante todo por la salud y el bienestar de mis pacientes;

RESPETAR la autonomía y la dignidad de mis pacientes;

VELAR con el máximo respeto por la vida humana;

NO PERMITIR que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mis pacientes;

GUARDAR Y RESPETAR los secretos que se me hayan confiado, incluso después del fallecimiento de mis pacientes;

EJERCER mi profesión con conciencia y dignidad, conforme a la buena práctica médica;

PROMOVER el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica;

OTORGAR a mis maestros, colegas y estudiantes el respeto y la gratitud que merecen;

COMPARTIR mis conocimientos médicos en beneficio del paciente y del avance de la salud;

CUIDAR mi propia salud, bienestar y capacidades para prestar una atención médica del más alto nivel;

NO EMPLEAR mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, ni siquiera bajo amenaza;

HAGO ESTA PROMESA solemne y libremente, empeñando mi palabra de honor.

Tanto la “Promesa del Médico” como el Juramento Hipocrático representan compromisos fundamentales que los médicos adquieren respecto al ejercicio de su profesión. Estos compromisos trascienden más allá de los simples principios éticos, estableciendo una máxima de responsabilidad en relación con el honor y la conducta profesional. En lo que respecta a los deberes específicos del médico, se definen de la siguiente manera:

El médico debe prestar atención médica con respeto por la dignidad, la autonomía y los derechos del paciente. El médico debe respetar el derecho del paciente a aceptar o rechazar libremente la atención, conforme a sus valores y preferencias.

El médico debe comprometerse con la primacía de la salud y el bienestar del paciente y debe ofrecer atención en el interés superior del paciente. Al hacerlo, el médico debe esforzarse en prevenir o minimizar daños al paciente y buscar un equilibrio positivo entre el beneficio previsto al paciente y los posibles daños. El médico debe respetar el derecho del paciente a ser informado en cada fase del proceso de atención. El médico debe obtener el consentimiento informado voluntario del paciente antes de cualquier atención médica proporcionada,

asegurándose de que el paciente reciba y comprenda la información que necesita para tomar una decisión independiente e informada sobre la atención propuesta. El médico debe respetar la decisión del paciente de mantener o retirar el consentimiento en cualquier momento y por cualquier motivo [...] (AMM , 2022).

Por lo tanto, los deberes del médico en su actuar frente al paciente no solo se convierten en objeto de estudio del derecho, sino también de valores intrínsecos que son inherentes a la profesión médica. En este contexto, evaluar las acciones de un médico no siempre resulta fácil de categorizar, especialmente en una disciplina que no es exacta y que no puede ser controlada de la misma manera que otras ciencias. Dada la naturaleza de las ciencias de la salud, determinar la culpabilidad en casos de posibles negligencias se vuelve un desafío considerable.

IX. Conclusiones y reflexiones

La responsabilidad de los profesionales de la medicina, tanto dentro como fuera de una institución pública, es una de las prácticas más críticas en la toma de decisiones, ya que estas determinan la vida o la muerte de los pacientes. Por lo tanto, las acciones y decisiones de un médico están sujetas a normas y figuras jurídicas que garantizan una práctica profesional adecuada. Estas normas prevalecen en las instituciones, siendo el Estado mexicano responsable de garantizar tanto el servicio médico como la conducta profesional de los médicos. Como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, existen diversos ordenamientos que promueven servicios de salud de calidad.

Actualmente, dentro de las instituciones de salud, existe un desconocimiento considerable sobre las obligaciones tanto de las autoridades como de los médicos. Es fundamental comprender también las obligaciones de los pacientes para fortalecer la relación médico-paciente. Esta relación puede entenderse como un contrato de facto, que requiere un conocimiento adecuado de ambas partes para mejorar la capacidad de responder por las acciones y decisiones en el tratamiento médico. Ambas partes deben mantener un trato amable, ético, justo y humano para reducir la posibilidad de mala práctica.

En México, como se señaló anteriormente, existen mecanismos de conciliación para abordar posibles responsabilidades en la práctica médica. Estos mecanismos facilitan un diagnóstico más preciso y ayudan a determinar y reconocer casos de mala praxis médica cuando un médico es acusado de negligencia, impericia o imprudencia.

Por otro lado, es crucial destacar las condiciones en las que se desarrolla la práctica médica en nuestro país. Las instituciones públicas de salud no cuentan con los recursos médicos necesarios, como

quedó demostrado durante la pandemia de COVID-19. Esta crisis reveló las condiciones en las que trabajan los médicos, subrayando la urgente necesidad de mejorar las instalaciones y proporcionar equipos adecuados. Para garantizar un servicio médico de calidad, es imperativo que el gobierno destine un mayor presupuesto para equipar adecuadamente los hospitales y ofrecer a los médicos las condiciones necesarias para ejercer su profesión de manera óptima.

X. Lista de fuentes

- GAMBOA MONTEJANO, C., & VALDÉS ROBLEDO, S. (2015). Responsabilidad de los profesionales de la salud. En S. V. Caludia Gamboa Montejano, Responsabilidad de los profesionales de la salud (pág. 12). México: Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis. Recuperado el 16 de Octubre de 2023
- JIMÉNEZ GONZÁLEZ, I., MOLINA PIEDRA, D., & LÓPEZ BACALLAO, M. (2022). Reflexiones sobre la responsabilidad médica como valor moral y legal en el ejercicio de la profesión. Revista de Información científica para la Dirección en Salud (39), 1-21. Recuperado el 12 de Octubre de 2023
- ZENDEJAS VÁZQUEZ, J. (2017). Mala praxis, distinción ético-legal. Cirujano General, 39(2), 119-123. Recuperado el 16 de Octubre de 2023, de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992017000200119
- AMBROSIO MORALES, M., CARRILLO FABELA, L., & GONZÁLEZ MORA, B. (2005). IV. INSTITUCIONES ADMINISTRATIVAS QUE PUEDEN COADYUVAR EN LA PREVENCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA . En L. M. FABELA, La responsabilidad profesional del médico en México (5a ed., pág. 367). Ciudad de México: Porrúa. Recuperado el 19 de Octubre de 2023
- ARNAIZ AMIGO, A. (1986). Ética y Estado. En A. A. Amigo, Ética y Estado (pág. 55). Mexico : Porrúa . Recuperado el 12 de Octubre de 2023
- ASOCIACION MEDICA MUNDIAL . (2022). Declaracion de Ginebra . Obtenido de Declaracion de Ginebra: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-ginebra/#:~:text=CUIDAR%20mi%20propia%20salud%2C%20bienestar,empe%C3%B1ando%20mi%20palabra%20de%20honor.>
- BBVA (2023). ¿Qué es una negligencia médica? Recuperado el 18 de Octubre de 2023, de ¿Qué es una negligencia médica?: <https://www.bbva.mx/educacion-financiera/segueros/que-es-una-negligencia-medica.html>
- CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN. (2023). CAPITULO I. CÓDIGO PENAL FEDERAL. Ciudad de Mexico , Mexico , Mexico : Diario Oficial de la Federacion . Recuperado el 18 de Octubre de 2023, de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPF.pdf>

- CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN. (2023). TÍTULO DECIMOSEGUNDO. Responsabilidad Profesional. Ciudad de México , Ciudad de México , México : Diario Oficial de la Federación . Recuperado el 16 de Octubre de 2023, de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPF.pdf>
- CONAMED. (2019). ¿Qué es la CONAMED? México : Gobierno de México . Recuperado el Octubre de 14 de 2023, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/240640/Preguntas_frecuentes_CONAMED.pdf
- CORTINA, A. (1995). Ética sin moral. En A. Cortina, Ética sin moral (Primera ed., pág. 29). Madrid : Tecnos . Recuperado el 12 de Octubre de 2023
- DE LA CRUZ LEDESMA , C. (2023). La importancia de una historia clínica documentada a la hora de realizar un peritaje médico. Recuperado el 19 de Octubre de 2023, de Revista Médico-Jurídica : <https://revistamedicoyjuridica.com/blog/2023/01/06/1134/#:~:text=El%20informe%20m%C3%A9dico%20pericial%20es,relacionados%20en%20el%20ser%20humano.>
- DE PINA VARA, R. (2008). Diccionario Jurídico. En R. D. Vara, Diccionario Jurídico (37ª ed., pág. 532). México : Editorial Porrúa. Recuperado el 18 de Octubre de 2023
- ESTOPA , R. (2020). El informe médico: cómo mejorar la redacción para facilitar su comprensión. Fundación Dr. Antonio Esteve. España : Universitat Pompeu Fabra. Recuperado el 18 de Octubre de 2023, de https://www.esteve.org/capitulos/linforme-medic-com-millorar-ne-la-redaccio-per-facilitar-ne-la-comprensio/?doing_wp_cron=1595838643.9001939296722412109375
- FERNÁNDEZ VARELA MEJÍA, H., & SOTELO MONROY, G. (mayo-junio de 2019). Profesionalismo y ética. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 62(3), 40-49. doi:<http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2019.62.3.08>
- GOBIERNO DE MÉXICO. (2015). Normas Oficiales Mexicanas. Recuperado el 16 de Octubre de 2023, de [https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705#:~:text=Las%20Normas%20Oficiales%20Mexicanas%20\(NOM,expedidas%20por%20las%20dependencias%20competentes](https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705#:~:text=Las%20Normas%20Oficiales%20Mexicanas%20(NOM,expedidas%20por%20las%20dependencias%20competentes)
- GOBIERNO DE MÉXICO. (2016). Obligaciones de los Servidores Públicos. Recuperado el 18 de Octubre de 2023, de Obligaciones de los Servidores Públicos: <https://www.gob.mx/sep/acciones-y-programas/obligaciones-de-los-servidores-publicos?state=published>
- GOBIERNO DE MÉXICO. (2022). 573. Se instala Comité Consultivo Nacional de Normalización de Salud Pública. Recuperado el 28 de Octubre de 2023, de 573. Se instala Comité Consultivo Nacional de Normalización de Salud Pública: <https://www.gob.mx/salud/prensa/573-se-instala-comite-consultivo-nacional-de-normalizacion-de-salud-publica?idiom=es>

- GUERRERO, O. (1998). El Funcionario, el Diplomático y el Juez. En O. Guerrero, El Funcionario, el Diplomático y el Juez (Primera ed., págs. 50-54). México: INAP y otros, Plaza y Valdés Editores. Recuperado el 18 de Octubre de 2023
- LASCARIZ JIMÉNEZ, G. (2000). Mala praxis: responsabilidad del profesional en medicina. Medicina Legal de Costa Rica, 17(1), 9-11. Recuperado el 16 de Octubre de 2023, de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152000000100005&lng=en&tlng=es.
- LUIS TINANT , E. (2012). Principios jurídicos y principios bioéticos. Separación, vinculación, integración. DERECHO PUCP (69), 45-63. Recuperado el 12 de Octubre de 2023
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA. (2006). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. © UNESCO, Sector de Ciencias Humanas y Sociales. Francia: Division de la Ética de las Ciencias y de las Tecnologías. Recuperado el 12 de Octubre de 2013
- PARDO, A. (2011). La ética en la medicina. Pers.bioét, 15(2), 166-183. Recuperado el 12 de Octubre de 2023
- RÍOS RUIZ, A. (2018). La responsabilidad médica en las constituciones de México y Perú. Ius Comitiālis , 1(2), 133-154. Recuperado el 16 de Octubre de 2023
- RODRIGUEZ ARANA MUÑIZ, J. (1995). Sobre la enseñanza de la Etica publica. En J. R. Muñiz, Sobre la enseñanza de la Etica publica (págs. 5-7). Madrid : Instituto Universitario Ortega y Gasset. Recuperado el 12 de Octubre de 2023
- VERA CARRASCO, O. (2013). ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN EL ACTO MÉDICO. Rev Med La Paz, 19(2), 73-82. Recuperado el 19 de Octubre de 2023, de http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v19n2/v19n2_a10.pdf

EL DILEMA BIOÉTICO EN EL INTERNADO DE PREGRADO



JENNY MARIER SÁNCHEZ RODRÍGUEZ
PEDRO GUTIÉRREZ AGUILAR
CRISTINA GARCÍA FRANCO



3



CAPÍTULO III

EL DILEMA BIOÉTICO EN EL INTERNADO DE PREGRADO

Jenny Marier Sánchez Rodríguez*
Pedro Gutiérrez Aguilar**
Cristina García Franco***

SUMARIO: : I. Antecedentes; II. Dilema Bioético; III. Internado de pregrado; IV. Sector salud en México; V. Derecho a la salud; VI. Conclusiones; VII. Lista de fuentes.

I. Antecedentes

Los inicios del dilema bioético se pueden remontar al juramento hipocrático del 500 a.C. En este juramento, se considera al tutor como un padre y a la familia de este como propia, estableciendo así una relación paternal. El objetivo de este texto es analizar el dilema bioético que enfrenta el internado de pregrado en México, destacando las implicaciones éticas, legales y prácticas de las condiciones actuales, así como proponer reformas necesarias para garantizar una formación médica ética y de calidad.

En la Edad Media, esta noción evolucionó hacia una educación artesanal, donde prevalecía el aprendizaje a través de una experiencia guiada, dando origen a figuras como la del aprendiz.

El internado de pregrado es un ciclo teórico-práctico que realizan los estudiantes de medicina, generalmente en el quinto año de su carrera. Durante un año completo, rotan por seis servicios diferentes, pasando dos meses en cada servicio en México. Estos incluyen: pediatría, ginecología, medicina interna y urgencias. Según la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, el objetivo es integrar los conocimientos básicos y clínicos adquiridos por el estudiante durante su formación.

La práctica del internado de pregrado se remonta a 1915, cuando la Escuela de Medicina de Minnesota exigía un entrenamiento obligatorio en el hospital para expedir el título a los futuros médicos. Posteriormente, se estableció como un año de posgrado obligatorio para complementar su formación médica o para iniciar una especialidad.

*Alumna de 10º semestre de la Licenciatura en Médico Cirujano. Región Xalapa por la Universidad Veracruzana, y de la licenciatura en Derecho en el Sistema de Enseñanza Abierta de la Universidad Veracruzana. Correo profesional: jennymariersr@gmail.com

** Docente de Tiempo Completo de la Facultad de Medicina. Región Veracruz; correo institucional: pgutierrez@uv.mx

***Docente de Tiempo Completo de la Facultad de Medicina. Región Veracruz; correo institucional: cristgarcia@uv.mx

A los alumnos de las escuelas de medicina se les ofrecía la oportunidad de trabajar en un hospital como “house pupil”. Realizaban disecciones, vendajes y otras actividades prácticas, lo que les permitía adquirir experiencia. Este periodo, que podía durar entre uno y dos años, se enfocaba en tareas menores y en observar las actividades del personal hospitalario más experimentado. A cambio, el hospital les proporcionaba una remuneración económica, alimentación y alojamiento dentro de sus instalaciones.

Con el tiempo, la carga de estos “house pupils” o “internos” aumentó debido al incremento de cirugías realizadas entre 1880 y 1890. Como resultado, se creó una clasificación: al alumno que continuaba su formación después de terminar como interno se le denominaba “residente”, especializándose en alguna rama médica.

Así, el término “interno” se reservó exclusivamente para referirse al alumno que realizaba funciones hospitalarias simultáneas con sus actividades académicas.

Para el año 1923, el internado se ofrecía en las escuelas de medicina en tres modalidades distintas:

- Rotatorio: donde el interno pasaba por distintas áreas clínicas dentro del hospital.
- Rígido: donde generalmente se permanecía en el área de cirugía.
- Mixto: donde se dedicaba la mayor parte del tiempo a cirugía y el resto a otras especialidades.

En México, los estudiantes asistían al hospital durante dos horas para realizar prácticas, pero no existía un control real sobre quiénes eran los alumnos presentes ni sobre la capacidad del hospital para atender las necesidades de aprendizaje de los pupilos.

Los practicantes surgieron cuando los programas educativos empezaron a requerir que los estudiantes realizaran prácticas hospitalarias para completar su formación como médicos, estableciendo así una relación simbiótica entre el estudiante y el hospital.

En 1910, se consolidó la creación de la Universidad Nacional y la Escuela de Medicina se incorporó a ella, estableciendo una relación estrecha tanto en materia educativa como sanitaria.

La figura del internado en México comenzó en 1962, en gran medida para responder a una alta demanda de trabajo médico en el sistema de salud público. Aunque no existen documentos que lo confirmen, es un hecho que los internos y pasantes de medicina ayudan a reducir los costos operativos del sistema de salud.

En 1959, la Universidad Nacional Autónoma de México determinó que el sexto año de la licenciatura se dedicaría exclusivamente al internado

de pregrado. Debido a la primacía de esta universidad en aquel entonces, esta medida se implementó también en otras universidades de la República Mexicana.

Para 1961, la propuesta para el interno consistía en que cada uno atendiera 10 camas, con un contrato de un año, un pago de \$300 pesos y un horario de 12 horas en el hospital de su elección. Sin embargo, se presentó una contrapropuesta ese mismo año solicitando una beca de \$100 pesos, un horario de 6 horas y exención de gastos como inscripción y mensualidades al estar bajo la responsabilidad del hospital y no de la universidad.

Esta propuesta fue rechazada, argumentando que al formar parte del programa académico, los alumnos no debían recibir remuneración, ya que se consideraba que eran ellos quienes se beneficiaban directamente de la práctica.

En 1983, se creó la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) con el objetivo de establecer una coordinación entre las instituciones de salud pública, las universidades que ofrecen la licenciatura en medicina y las instituciones de salud en el proceso de formación profesional de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud.

Esta comisión se encarga de asesorar y apoyar a las secretarías involucradas (SEP y SSA) para mejorar la calidad educativa en salud, aumentar la eficacia de los servicios de salud y proteger los derechos humanos fundamentales como la salud, la educación y la vida. Se rige por principios como productividad, equidad, calidad, alto desempeño, bienestar, resultados e impacto.

II. Dilema Bioético

La bioética se define como la rama de la ética aplicada que reflexiona, deliberada y establece planteamientos normativos y políticas públicas para regular y resolver conflictos en la vida social, especialmente en las ciencias de la vida y en la práctica e investigación médica.

Por otro lado, la ética se refiere a la forma de ser derivada de la repetición progresiva de actos que conducen a la formación de hábitos. Estos hábitos son los que reflejan la conducta humana.

En otras palabras, mientras la ética analiza y evalúa las conductas como buenas o malas y busca fundamentar cada comportamiento, la bioética aborda estos temas en un contexto especializado de las ciencias de la salud.

Según el informe Belmont, existen tres principios bioéticos fundamentales: el respeto por las personas, la beneficencia y la justicia.

El principio del respeto por las personas implica tratar a todas las personas como seres autónomos. Aquellas con autonomía limitada, como los menores de edad, deben tener su autonomía protegida. Respetar la autonomía significa no limitar la capacidad de la persona para actuar o deliberar sobre sus propios fines, siempre y cuando esta no perjudique a otros. Por ejemplo, en casos donde una persona con enfermedades psiquiátricas o condiciones de salud específicas no pueda comprender el daño potencial de sus acciones, se podría restringir su autonomía sin eliminarla por completo.

El principio de beneficencia va más allá de respetar la autonomía y busca promover el bienestar de los demás. Esto se manifiesta en acciones de bondad que no son estrictamente obligatorias. Por ejemplo, ayudar a cruzar la calle a alguien con movilidad reducida es una acción que busca el bienestar de otro.

El tercer principio es la justicia, que se define como la virtud que guía las otras virtudes humanas hacia el bien común, en lugar de centrarse únicamente en el individuo. Implica equidad y dar a cada uno lo que merece, evaluando cada caso específico para aplicar este principio de manera efectiva.

Aunque no se incluye en esta clasificación, otro principio fundamental es la no maleficencia, que se basa en el principio “primum non nocere”, es decir, “lo primero es no hacer daño”. Esto implica evitar causar daño a otros, evitando acciones como matar, robar, causar sufrimiento o incapacitar a otros.

¿Quién establece los principios de bioética mencionados anteriormente? La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, publicada por la UNESCO, que defiende los principios de dignidad y derechos humanos, beneficios y efectos nocivos, autonomía y responsabilidad individual, y responsabilidad social y salud.

La bioética enfatiza el respeto por la dignidad humana y los derechos fundamentales que la sostienen. Según la declaración de derechos humanos de la UNESCO, “los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad sobre el interés exclusivo de la ciencia o la sociedad”.

Ante esto, surge un cuestionamiento crucial: ¿Es ético el internado de pregrado actual en México bajo las normativas vigentes? Dado que la bioética subraya el respeto por la dignidad humana y busca el bienestar del paciente, es esencial abordar esta cuestión.

Es deber inalienable del Estado proporcionar los recursos necesarios para garantizar una atención médica eficiente, profesional y de calidad en los hospitales públicos. Esto se traduce en asegurar la dignidad humana y el máximo beneficio para el paciente.

La dignidad humana, un valor inherente, se manifiesta desde el nacimiento y se materializa mediante el respeto a derechos fundamentales como la vida, la salud, la educación y el trabajo.

Lamentablemente, la realidad muestra que el internado de pregrado en México, en ocasiones, viola el derecho a la salud y, en situaciones extremas, el derecho a la vida. Distintas recomendaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, como las recomendaciones No. 80/2022, No. 138/2021, No. 42/2020 y la recomendación general 15, evidencian situaciones problemáticas.

Estas recomendaciones señalan deficiencias en la supervisión de los internos, a pesar de que diversas leyes y normativas, como la NOM-EM 033-2022, especifican que deben estar bajo supervisión constante. Sin embargo, en la práctica, estos alumnos a menudo asumen responsabilidades directas, poniendo en riesgo los principios de beneficencia y no maleficencia.

Además de la violación de derechos fundamentales del paciente, como el derecho a la salud y la vida, también se compromete el derecho a la educación del interno. Esto se agrava cuando se les obliga a cumplir guardias extenuantes, superando límites establecidos en la Ley Federal del Trabajo, lo que potencia errores médicos debido al agotamiento.

En el marco legal mexicano, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos salvaguarda derechos como el derecho a la salud, a la vida y a la educación, subrayando la importancia de abordar y rectificar las prácticas actuales del internado de pregrado.

III. Internado de pregrado

El internado de pregrado es un ciclo académico esencial en los planes de estudio de la licenciatura en medicina, previo al servicio social. Se ofrece en dos promociones anuales: el 1 de enero y el 1 de julio, con plazas disponibles en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social, Secretaría de Salud e ISSSTE.

La normativa que regula este ciclo académico es la NOM-EM-033-SSA3-2022, que no había experimentado modificaciones desde 2003. Sin embargo, en 2022 se actualizó debido a la pandemia por SarsCov2. Esta norma subraya la importancia del internado como una etapa crucial para la formación médica, estableciendo requisitos para que los hospitales ofrezcan un entorno adecuado de enseñanza-aprendizaje.

Aunque la institución educativa supervisa el internado, es el hospital donde se realiza el ciclo el responsable de garantizar el cumplimiento de la normativa. Para ser reconocido como sede académica, un hospital debe:

- Cumplir con la NOM-EM-033-SSA3-2022.
- Tener personal médico capacitado para actuar como docentes.
- Establecer medidas disciplinarias para los internos.
- Satisfacer requisitos mínimos de infraestructura y recursos.

Los internos completan un período de 12 meses, con dos periodos vacacionales de 10 días cada uno. Apesar de los beneficios enumerados, como asistencia legal y atención médica, la beca actual de \$975.00 pesos mexicanos resulta insuficiente, lo que plantea preocupaciones sobre la dignidad y bienestar de los internos.

En relación con las prácticas complementarias o “guardias”, estas deben programarse en un documento interno de la sede. Aunque se limitan a 80 horas semanales, esta cifra excede el límite establecido por la Ley Federal del Trabajo, que es de 40 horas semanales, lo que genera inquietudes sobre las condiciones laborales de los internos.

IV. Sector salud en México

El sistema de salud mexicano puede dividirse en dos sectores principales: el público, conformado por instituciones como el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Marina (SEMAR), Secretaría de Salud (SSA) y el Seguro Popular de Salud (SPS). Este sector se financia con contribuciones gubernamentales, pagos del empleador, contribuciones de los empleados y cuotas de recuperación pagadas por los beneficiarios del servicio al recibir atención médica.

Por otro lado, está el sector privado, donde los usuarios pagan el total de las atenciones recibidas por parte de ese sector. Este sector está disponible para cualquier persona que pueda costearse un tratamiento.

Como se discutió en los subtemas anteriores, para proteger y promover los derechos humanos, las instituciones gubernamentales, especialmente en lo que respecta al sistema de salud, deben cumplir ciertos principios bioéticos, como la beneficencia que se logra a través de una atención profesional y de calidad.

La deficiente calidad de atención se manifiesta en un acceso limitado a los servicios de salud, atención ineficiente, quejas médicas, insatisfacción de usuarios, errores médicos, recomendaciones emitidas por la CNDH, costos de atención muy elevados en el sector público e incluso la pérdida de vidas.

La mayoría de los problemas anteriores pueden ser causados por un mal desempeño de los médicos en formación debido a una legislación insuficiente, vaga e incoherente con las normas mexicanas, como la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) o la

Ley Federal del Trabajo (LFT). Esto facilita la precariedad laboral, lo que se traduce en repercusiones en la salud de los pacientes.

Por ejemplo, para proporcionar un servicio de calidad, es necesario que el personal encargado de atender al paciente sea profesional y cuente con un título y cédula expedidos legalmente. De acuerdo con la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en la Ciudad de México, es requisito para el ejercicio de las profesiones referidas en el artículo 1° y 2° (donde se encuentran las ciencias médicas) poseer título legalmente expedido y debidamente registrado.

Los internos de pregrado no cumplen con esta condición, ya que aún forman parte de la institución como alumnos en formación y, por ende, no cuentan con título ni cédula para ejercer la medicina sin ningún tipo de supervisión u orientación.

En relación con este punto, el Código Penal Federal con la reforma de 2023, en su artículo 250, establece lo siguiente: “se sancionará con prisión de uno a seis años y multa de cien a trescientos días a quien: ... II.- Al que sin tener título profesional o autorización para ejercer alguna profesión reglamentada, expedidas por autoridades u organismos legalmente capacitados para ello, conforme a las disposiciones reglamentarias del artículo 5 constitucional:

- a) Se atribuya el carácter del profesionista.
- b) Realice actos propios de una actividad profesional...”

Esto indica que si un interno de pregrado, al no poseer un título legalmente expedido, realiza funciones que corresponden al personal adscrito al hospital, está cometiendo el delito de usurpación de profesión. Este acto, además de ser contrario a la bioética por perjudicar directamente al paciente, constituye un delito penal.

En el sector salud de México, existe una Comisión denominada CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico), creada en 1996, que se encarga de analizar las faltas de calidad mediante quejas presentadas por los usuarios que consideran haber recibido un servicio injusto, insuficiente o de mala calidad.

Para ilustrar el problema que representa el internado de pregrado en el sector salud, se analiza la siguiente recomendación emitida por la CNDH:

Recomendación No. 85/202 sobre el caso de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud por inadecuada atención médica, a la vida y acceso a la información en materia de salud, en agravio de V, en el Hospital General del ISSSTE “5 de diciembre” en Mexicali, Baja California.

Esta recomendación detalla los hechos ocurridos el 29 de abril de 2019, cuando la persona de 56 años, denominada víctima, ingresó al hospital 5 de diciembre en Mexicali para una colecistectomía. Posteriormente, fue dada de alta el 1 de mayo de 2019. Sin embargo, 9 días después, fue trasladada a un hospital privado debido a náuseas, dolor abdominal y evacuaciones con sangre.

En el hospital privado, se le realizó un ultrasonido que confirmó la presencia de líquidos y desechos en el área de la cirugía anterior, por lo que fue nuevamente ingresada al hospital público “5 de diciembre” el 15 de mayo.

El 16 de mayo, se llevó a cabo una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, confirmando un conducto biliar perforado. Se sometió a la víctima a otra cirugía para corregirlo, siendo dada de alta el 18 de mayo. Sin embargo, su salud se deterioró nuevamente el 19 de mayo y fue trasladada a un hospital privado, donde finalmente falleció debido a complicaciones quirúrgicas resultantes de los hechos mencionados anteriormente.

Entre las evidencias presentadas a la comisión para el análisis de los hechos se encuentra la nota de ingreso firmada por un médico residente, quien señaló el ingreso al hospital por un hematoma infectado, a descartar bilioma, junto con signos vitales normales.

Es importante señalar que, aunque no se trata directamente de un interno, se involucra a un médico en formación con más experiencia que un interno. No obstante, no debería aparecer su firma como responsable en un documento oficial, ya que, al ser estudiante, no debe ser responsable del diagnóstico.

Los hechos indican que la víctima fue operada por una autoridad responsable, es decir, un residente y un médico interno de pregrado, ambos estudiantes, quienes informaron sobre la operación sin incidentes, pero con hallazgos que sugerían el inicio de un proceso crónico de inflamación.

La práctica del internado médico pone en evidencia una vulneración al derecho de los pacientes a recibir una atención de calidad, lo que, como se ha visto, puede culminar en situaciones trágicas como el fallecimiento de un paciente.

En el caso específico mencionado, la víctima salió de cirugía a las 14:05 y fue trasladada al piso de cirugía a las 17:00 horas. Fue ingresada por un médico interno de pregrado que reportó signos vitales normales, a diferencia de lo registrado por enfermería, que indicó descontrol hipertensivo desde su ingreso al piso de cirugía. Este desenlace lamentable podría haberse evitado si la atención hubiera sido

proporcionada por un médico con el título y experiencia adecuados o si los estudiantes hubieran sido adecuadamente supervisados y orientados durante su formación.

Otro ejemplo que ilustra los errores médicos y la violación de los derechos de los pacientes debido a la falta de supervisión de internos es el caso descrito en la Recomendación No. 46/2015. Este caso involucra a una paciente embarazada que acudió al hospital con síntomas preocupantes. A pesar de los signos evidentes de complicaciones, la atención fue proporcionada por un médico interno de pregrado sin la debida supervisión, lo que resultó en una tragedia.

Estos dos casos son solo la punta del iceberg, ya que existen diez más con circunstancias similares. La falta de supervisión adecuada a médicos en formación ha llevado a violaciones graves de los derechos humanos de los pacientes. A pesar de estas fallas sistémicas, no se han impuesto sanciones efectivas a los hospitales, médicos o instituciones responsables de garantizar el cumplimiento de las normas.

Según la “Evaluación del respeto a los derechos humanos de estudiantes de medicina de la Universidad Veracruzana en las unidades de atención médica” durante los años 2017 a 2018, los médicos en formación representaban el 23% de los médicos que atendían directamente a los pacientes a nivel federal. Esta proporción es alarmante, considerando que estos estudiantes no deberían estar tratando a pacientes directamente sin la supervisión adecuada, lo que representa un riesgo significativo para la atención médica y la seguridad del paciente en el sector público de salud.

La situación en el estado de Veracruz refleja una realidad preocupante en cuanto a las condiciones laborales y la formación de médicos en etapa de internado. Según datos del Observatorio de Derechos Humanos de la Universidad Veracruzana, el 18.5% del personal en hospitales está compuesto por médicos en formación. Esta cifra es alarmante, especialmente cuando se considera el nivel de responsabilidad que se les asigna a estos individuos sin la supervisión adecuada.

La encuesta realizada a 366 internos reveló condiciones laborales extremadamente exigentes. Un 84.97% de los internos encuestados trabajó más horas de las permitidas por la normativa vigente (NOM-EM-033-2022), lo que indica una clara violación de los derechos laborales y humanos de estos estudiantes. Es preocupante que estos jóvenes profesionales se encuentren trabajando en condiciones que los exponen a la fatiga extrema, el estrés y la posibilidad de cometer errores médicos.

Las opiniones recopiladas en la encuesta reflejan un sentimiento de

explotación y falta de reconocimiento hacia los internos. Las jornadas laborales excesivas y la carga de trabajo desproporcionada han llevado a que los internos se sientan tratados como “viles esclavos utilizables para sacar el trabajo”. Esta percepción no solo afecta su bienestar físico y emocional, sino que también puede comprometer la calidad de la atención médica que reciben los pacientes.

Es fundamental que las autoridades competentes en Veracruz y en todo México aborden esta problemática de manera urgente. Es necesario implementar medidas efectivas para garantizar condiciones laborales justas y seguras para los médicos en formación, así como para asegurar la calidad y seguridad de la atención médica proporcionada a los pacientes. La formación médica es un pilar fundamental para el sistema de salud, y es imperativo proteger los derechos y el bienestar de los estudiantes que están en esta etapa crucial de su carrera profesional.

V. Derecho a la salud

En relación con el derecho a la salud en México, desde el siglo XVII existieron instituciones públicas dedicadas a la salubridad pública que atendían los padecimientos de la población, lo que llevó a la creación de la Dirección de la Beneficencia Pública.

El 3 de febrero de 1983, el derecho a la protección de la salud adquirió rango constitucional, garantizando que todas las personas, sin excepción, debían tener acceso a los servicios de salud.

Según el diario de debates de 1982, uno de los principales obstáculos para garantizar este derecho era la cuestión económica, ya que se requería una reorganización de la infraestructura y cambios estructurales en el sistema.

Con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Salubridad y Asistencia, comenzó el sistema de salud en México, regulado por la Ley General de Salud, reformada en 2003 para incorporar el sistema de Protección Social en Salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “el máximo grado de bienestar que se puede alcanzar”, considerando diversos criterios sociales como la disponibilidad y accesibilidad a servicios de salud, condiciones de trabajo seguras y atención de calidad. Además, subraya la importancia de garantizar una buena alimentación, vivienda, educación y otros aspectos que influyen en la salud.

Por su parte, la Declaración Universal de Derechos Humanos, en su artículo 25, establece que la salud es parte integral de un nivel de vida adecuado, estrechamente relacionado con otros derechos humanos fundamentales.

Es crucial que las personas mantengan su autonomía en decisiones relacionadas con su salud, eligiendo tratamientos y profesionales de su preferencia, evitando prácticas experimentales sin consentimiento informado.

Sin embargo, es responsabilidad del Estado proporcionar los mecanismos y normas necesarios para garantizar el derecho a la salud. Lamentablemente, algunas políticas o programas de salud pueden violar estos derechos debido a ambigüedades o aplicaciones inadecuadas de la legislación.

En el contexto del internado médico, la legislación vigente pone en riesgo a los pacientes al permitir la atención por parte de estudiantes sin la supervisión adecuada. Además, las extenuantes jornadas laborales, contrarias a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, afectan la salud de los estudiantes.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) reconoce el trabajo nocturno o rotativo como riesgoso. Sumado a la escasa remuneración, se evidencia que no se respeta el derecho a la salud de los internos.

El derecho a la salud está reconocido en diversos tratados internacionales y en nuestra Constitución, específicamente en su artículo 4º, que establece las bases para garantizar servicios de salud integrales y gratuitos para quienes no cuentan con seguridad social.

Lamentablemente, el intento del Estado por brindar atención médica universal a veces se ve comprometido por la calidad del servicio. El uso de estudiantes para cubrir deficiencias en el sistema puede resultar en prácticas médicas inapropiadas o negligencias.

VI. Conclusiones

Podemos redactar el capítulo de libro presentado en cuatro conclusiones:

- Obsolescencia

Es necesario, reformar, analizar y actualizar el sistema de internado médico de pregrado en México. La evolución de la medicina y las prácticas de salud requiere que las políticas y metodologías educativas se adapten a las nuevas realidades y conocimientos en estos campos.

Es fundamental reconocer que el internado médico de pregrado no debe ser un proceso que comprometa la salud física, emocional o psicológica de los estudiantes de medicina. Por el contrario, debe ser un periodo de aprendizaje supervisado, donde los estudiantes puedan adquirir las habilidades clínicas, éticas y profesionales necesarias para convertirse en médicos competentes y empáticos.

Para lograr esto, es crucial revisar y actualizar los programas de internado médico, incorporando prácticas basadas en evidencia

científica, enfoques pedagógicos modernos y principios éticos sólidos. Esto incluye garantizar la supervisión adecuada, establecer límites claros en las horas de trabajo, asegurar un ambiente seguro y de apoyo para los estudiantes y fomentar una cultura de respeto y colaboración en los entornos de atención médica.

Además, es importante considerar la salud y bienestar de los pacientes, garantizando que siempre reciban atención de calidad por parte de profesionales capacitados y supervisados adecuadamente. Esto implica establecer mecanismos efectivos de supervisión y evaluación, así como implementar políticas y protocolos que aseguren la seguridad y el bienestar tanto de los pacientes como de los estudiantes de medicina.

En consecuencia, la reforma del internado médico de pregrado en México es una necesidad urgente que requiere la colaboración y el compromiso de todas las partes interesadas, incluyendo instituciones educativas, autoridades de salud, organizaciones profesionales y estudiantes de medicina. Al hacerlo, se puede garantizar que los futuros médicos reciban una formación de calidad que cumpla con los estándares éticos, profesionales y científicos necesarios para brindar atención médica segura, efectiva y humanizada a toda la población.

- Dilema bioético

Un aspecto crucial para destacar es que los métodos y estructuras empleados en el internado médico de pregrado violan al menos dos principios bioéticos fundamentales: la beneficencia (buscar el bienestar del otro) y la no maleficencia (evitar causar daño). Esta situación tiene implicaciones significativas tanto para los pacientes como para los médicos en formación.

Desde la perspectiva del paciente, la bioética subraya la importancia de cumplir con estos principios, que guían la práctica médica y protegen la salud, el bienestar, la integridad y la vida de los pacientes.

Por otro lado, los estudiantes de medicina enfrentan condiciones adversas que comprometen su bienestar y aprendizaje. Se ven sometidos a privaciones de sueño, descanso insuficiente, falta de una alimentación adecuada y un ambiente seguro. Estas condiciones dificultan su capacidad para desarrollar sus habilidades y conocimientos de manera efectiva.

Los principios bioéticos se ven comprometidos debido al descontrol en el internado médico de pregrado, donde prevalece una estructura jerárquica sobre los principios médicos fundamentales. Es preocupante que se permita (y se exija) a los internos tratar directamente con pacientes sin la supervisión adecuada de un médico con cédula profesional.

Estas responsabilidades incluyen tareas como la limpieza de

heridas, suturas, cateterismos, evaluación de la gravedad del paciente y reanimación cardiopulmonar, entre otras. Además, los estudiantes enfrentan condiciones adversas como falta de sueño, periodos prolongados de ayuno y maltrato psicológico y/o físico.

Esta situación crea un círculo vicioso de prácticas inadecuadas que afectan tanto a los estudiantes como a los pacientes. El maltrato y la tortura a los estudiantes no solo comprometen su capacidad para aprender y practicar la medicina de manera ética y efectiva, sino que también ponen en riesgo la salud y seguridad de los pacientes.

- Dilema legal

El internado médico enfrenta numerosos problemas, y uno de los más preocupantes es su carácter ilegal, ya que viola diversos derechos constitucionales, así como normativas y leyes vigentes como la Ley Federal del Trabajo, la Ley de Educación Pública y la NOM-EM-033-2022.

Desde el punto de vista de los derechos fundamentales, las condiciones actuales del internado médico de pregrado entran en conflicto directo con dos derechos fundamentales: el derecho a la salud y el derecho a la educación. Es esencial enfatizar la importancia de cumplir con estos principios constitucionales de manera efectiva y no solo de forma superficial.

Para los estudiantes de medicina, las condiciones actuales, que incluyen privación de sueño, falta de tiempo para alimentarse y descansar, así como exposición a abusos y situaciones de riesgo, representan una violación directa a su derecho a la salud. Además, la falta de supervisión adecuada compromete su derecho a recibir una educación de calidad.

De manera preocupante, estas mismas condiciones ponen en riesgo la vida y la integridad de los pacientes. Los pacientes, en la práctica, se convierten en sujetos de práctica para los estudiantes, quienes carecen de la supervisión y la formación adecuadas, lo que puede llevar a errores médicos y tratamientos inadecuados.

Además, el sistema de internado médico está en contradicción con la Ley Federal del Trabajo, que establece que las jornadas laborales no deben exceder las 8 horas. Sin embargo, en la realidad, los estudiantes enfrentan jornadas extenuantes de hasta 36 horas consecutivas, sin contar los castigos arbitrarios que prolongan aún más su tiempo en servicio.

Por último, la NOM-EM-033-2022 establece claramente que la práctica médica debe ser realizada exclusivamente por profesionales capacitados y con las credenciales adecuadas, es decir, médicos con título y cédula profesional. A pesar de esto, los internos desempeñan funciones que deberían ser realizadas por profesionales, sin contar con la formación ni las credenciales necesarias.

Por lo tanto, es evidente que el sistema de internado médico de pregrado en su forma actual viola múltiples derechos y normativas, lo que pone en riesgo tanto a los estudiantes como a los pacientes. Es imperativo replantear y reformar este sistema para garantizar una educación médica ética, segura y de calidad.

- Nueva regulación

Debido a las múltiples problemáticas descritas anteriormente, es imperativo reestructurar y reformar el sistema que regula el internado médico de pregrado. Es esencial sustituir las actuales prácticas y normativas por un conjunto de leyes y procedimientos actualizados, fundamentados en el respeto a los derechos humanos y los avances modernos en la materia.

Para abordar esta compleja tarea, es crucial establecer un organismo regulador específico encargado de supervisar y gestionar el sistema de internado médico de pregrado y prácticas profesionales en el ámbito de las ciencias de la salud. Este organismo debe ser independiente y contar con la autoridad necesaria para tomar decisiones imparciales, evitando así el abuso de poder por parte de mandos intermedios, como médicos y directores de hospitales, que actualmente contribuyen a las problemáticas existentes

La función principal de este organismo será gestionar y supervisar todas las actividades relacionadas con el internado médico, así como evaluar de manera continua a los estudiantes antes, durante y después de su período de internado. Además, este organismo será responsable de establecer y aplicar sanciones adecuadas para aquellos estudiantes o profesionales de la salud que violen los acuerdos, cometan errores graves o incurran en abusos.

La creación de este organismo regulador representa el primer paso fundamental para transformar el sistema de educación médica en México. Al proporcionar un marco más estructurado y supervisado, se crearán las condiciones necesarias para que los estudiantes de medicina adquieran las habilidades y conocimientos necesarios para convertirse en profesionales competentes y éticos. De esta manera, no solo se beneficiará la formación de médicos de alta calidad, sino que también se contribuirá a mejorar el sistema de salud en su conjunto, asegurando una atención médica más segura y efectiva para todos los mexicanos.

VII. Lista de fuentes

- BARP F. L. (sin fecha). La justicia como virtud social 29-32. Recuperado el 3 de noviembre de 2023 de <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r28711.pdf>
- BERTI GARCÍA, B. (2015). Los principios de la Bioética [en línea], Prudentia Iuris, 79. Recuperado el 29 de octubre de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/principios-bioetica-berti-garcia.pdf>

- CONGRESO DE LA UNIÓN (1931). Código Penal Federal. Reforma. Recuperado el 29 de octubre de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPF.pdf>
- CONGRESO DE LA UNIÓN (1917). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Reforma (1917). Recuperado el 29 de octubre de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- CNDH. (2015) Recomendación No. 46/2015 Sobre el caso de la violación al derecho a la protección de la salud en agravio de v1, y pérdida del producto de la gestación de v2, en el hospital de Tetecala “Dr. Rodolfo Becerril de la Paz”, dependiente de los servicios de salud del estado de Morelos. Recuperado el 29 de octubre de 2023 de https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Recomendaciones/2015/Rec_2015_046.pdf
- CNDH. (2022). Recomendación No. 85/2022 Sobre el caso de violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud por inadecuada atención médica, a la vida y acceso a la información en materia de salud, en agravio de V, en el hospital general del ISSSTE “5 de diciembre” en Mexicali, Baja California. Recuperado el 29 de octubre de 2023 de https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2022-04/REC_2022_085.pdf
- ESPARZA M. B. (2018). La dignidad humana es un valor intrínseco. Recuperado el 2 de noviembre de 2023 de <http://fgjem.edomex.gob.mx/sites/fgjem.edomex.gob.mx/files/files/Acercade/Derechos%20Humanos/2021-ENERO/LA%20DIGNIDAD%20HUMANA%20ES%20UN%20VALOR%20INTRINSECO.pdf>
- FACULTAD DE MEDICINA UANL (2023) Internado Rotatorio de Pregrado. Recuperado el 2 de noviembre de 2023 de <https://www.medicina.uanl.mx/alumnos/mcp/internado-medico/#:~:text=El%20Internado%20de%20Pregrado%20es,estudiante%20de%20interés%20y%20desarrollo.>
- FRENK J., HERNÁNDEZ L. H., ÁLVAREZ K. L. (1983) Análisis histórico del internado rotatorio de pregrado en México. Revista Educación Médica, 87-96 recuperado el 2 de noviembre de 2023 de http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1983%20v119%20n2%20%5B87-96%5D.pdf
- GOBIERNO DE MÉXICO (2017). Acerca de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS). Recuperado el 2 de noviembre de http://cifrhs.salud.gob.mx/site1/cifrhs/acerca_dela_cifrhs.html
- GOBIERNO DE MÉXICO. (2015) La calidad de la atención a la Salud en México a través de sus instituciones. Biblioteca Mexicana del Conocimiento, 29-35
- HARDY P. A. E, ROVELO L. J. E. (2015) Moral, ética y bioética. Un punto de vista práctico. Revista de Medicina e Investigación, 79-84 DOI: 10.1016/j.mei.2015.02.007
- CONGRESO DE LA UNIÓN (1945). Ley reglamentaria del artículo 5º Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en la Ciudad de México. Recuperado el 23 de octubre de 2023 de https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/208_190118.pdf

- OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET (1979). El informe Belmont. Recuperado el 29 de octubre de 2023 de <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- OBEME (2018). Evaluación del respeto a los derechos humanos de estudiantes de medicina de la Universidad Veracruzana, en las unidades de atención médica (2017-2018). Revista de Educación Médica y Derechos Humanos. Recuperado el 29 de octubre de 2023 de <https://www.uv.mx/obeme/evaluacion-del-respeto-a-los-derechos-humanos-de-estudiantes-de-medicina-de-la-universidad-veracruzana/>
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (2001). Hechos concretos sobre la seguridad social. Recuperado el 1 de noviembre de 2023 de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2022) Salud y derechos humanos. Recuperado el 3 de noviembre de 2023 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=El%20derecho%20a%20la%20salud,consecuencia%20de%20los%20gastos%20sanitarios>
- PALACIOS S. L., NUÑEZ G. M. C., QUEVEDO V. E. (2019) Notas para una investigación futura sobre la historia del internado médico en Colombia, siglo XX. Primera parte: antecedentes europeos y norteamericanos, (siglo XIX e inicios del XX). Revista Iatreia, 33-39.
- SIURANA APARISI, J. C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Revista Veritas (22), 121-157 Recuperado el 1 de noviembre de 2023 de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006>
- UNESCO (2006). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Recuperado el 4 de noviembre de 2023 de <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/599/146180S.pdf>
- VÁZQUEZ M. F.D. (2022). Los estudiantes de medicina en México: Víctimas del abuso del poder público. Recuperado el 2 de noviembre de 2023 de <https://ceey.org.mx/wp-content/uploads/2022/12/Vazquez-Martinez-2022-Premio-MEY.pdf>
- VÁZQUEZ M. F. D, MOTA M. M. L., ALVARADO S. S. (2022). Sesenta años de internado médico en México. UVSera. Recuperado el 2 de noviembre de 2023 de <https://uvserva.uv.mx/index.php/Uvserva/article/view/2897/4846#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%20en%20enero%20de,de%20profesionistas%20de%20la%20medicina.>

**EL DERECHO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN
CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA
A RECIBIR UN TRATAMIENTO MÉDICO**

KRISTELL TORRES FIGUEROA
ROSA MARÍA CUÉLLAR GUTIÉRREZ
JULIO CESAR VINAS DOZAL

CAPÍTULO IV

EL DERECHO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA A RECIBIR UN TRATAMIENTO MÉDICO

Kristell Torres Figueroa*
Rosa María Cuéllar Gutiérrez**
Julio Cesar Vinas Dozal***

SUMARIO: I. Introducción; II. Definición de VIH; III. Tratamiento integral para pacientes con VIH, protección internacional; IV. Observaciones del marco normativo mexicano en materia de tratamiento médico integral para personas con VIH; V. Sujetos obligados a cumplir con la normativa nacional e internacional con respecto al derecho de las personas con VIH para acceder a un tratamiento médico integral; VI. Conclusiones; VII. Lista de fuentes.

I. Introducción

El objeto de este trabajo es analizar el derecho de las personas con VIH a recibir un tratamiento integral, entendido como un medio para garantizar no sólo el derecho a la salud sino también otros Derechos Humanos. Con base en esta premisa, se analizan las características y elementos que integran el concepto de tratamiento integral, en relación con el aspecto de atención prioritaria para este grupo vulnerable. Por ende, el presente trabajo es de carácter dogmático.

Para comprender qué implica un tratamiento integral para las personas que vive con VIH, podemos observar las Directrices Internacionales sobre VIH-SIDA y los Derechos Humanos, además de las Observaciones Generales del Comité de Derechos Humanos Económicos, Sociales y Culturales. Ciertamente en el sistema jurídico mexicano existe un amplio marco normativo para regular la atención médica y garantizar los Derechos Humanos de este sector; sin embargo, no existe una disposición normativa que defina los elementos de un tratamiento integral específico a pacientes con VIH. La más cercana a este requisito es la Norma Oficial Mexicana-010-SSA2-2010 para la prevención y control de la infección por VIH. En el contenido de dicha norma se establecen los criterios para la prevención y control del virus, así como también las pautas para el

*Alumna de la Maestría en Derechos Humanos y Justicia Constitucional con sede en Xalapa del Sistema de Enseñanza Abierta, correo institucional: zs22000356@estudiantes.uv.mx

** Miembro del Núcleo Académico Básico de la Maestría en Derechos Humanos y Justicia Constitucional, correo institucional: rcuellar@uv.mx

***Director de la Facultad de Medicina. Región Veracruz, correo institucional: jvinas@uv.mx

personal médico; estas últimas se encuentran plasmadas de manera general, por lo que tampoco brindan una información completa y precisa de los elementos que constituyen una atención médica integral.

Por lo tanto, resulta necesario atender esta deficiencia, pues, como hemos mencionado anteriormente, el acceso a una vida digna, la adaptación del paciente en su entorno social y el disfrute de sus Derechos Humanos dependen en su totalidad de que las instituciones de salud le brinden un tratamiento médico integral. La insistencia por que se definan los elementos de este concepto no sólo radica en lo antes descrito: hablamos de un sector vulnerable, con un histórico conjunto de casos de discriminación, violencia, desigualdad y vulneración de sus Derechos Humanos, los cuales persisten hasta la actualidad. El estigma al que se enfrentan las personas que viven con VIH provoca que este grupo constantemente padezca tanto por la transmisión del virus como por violaciones a sus derechos. Por todas estas razones, es necesario estipular de manera concreta y precisa los elementos que le permitan acceder a un tratamiento médico integral.

Para identificar las características de este tratamiento especializado en personas que viven con VIH, será necesario consultar, además de la Norma Oficial Mexicana (NOM) citada en líneas anteriores, la Guía de Manejo Antirretroviral de las personas que viven con VIH/SIDA y los antecedentes que la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha marcado en el tema. Nos referimos de manera específica a los amparos número 378/2014 y 227/2020, en donde esta Corte Constitucional recopiló los elementos a los cuales, de acuerdo con instrumentos internacionales, deben sujetarse las instituciones de salud para brindar un tratamiento integral a estas personas.

II. Definición de VIH

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) infecta las células del sistema inmunitario humano, destruyéndolas o afectando su funcionamiento. Este virus se reproduce de manera paulatina hasta dañar el sistema inmunológico de la persona, momento en el que pasa a ser diagnosticada con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Sin embargo, existe un lapso de aproximadamente diez años desde el momento inicial de la transmisión del VIH hasta llegar a convertirse SIDA. En dicho periodo, la persona puede vivir con normalidad; algunas ni siquiera saben que les han transmitido el virus, lo que puede causar que éste se replique con más facilidad que en aquellas personas que lo detectaron de manera oportuna.

III. Tratamiento integral para pacientes con VIH, protección internacional

Después de años en lucha social por la protección de los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH-SIDA, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en conjunto con el Centro de Derechos Humanos, reconocieron la vulnerabilidad de este grupo social, su situación de riesgo, las violaciones a sus derechos y los actos de discriminación cometidos en su contra. En este sentido, se decidió convocar a los Estados para ser parte de la Primera Consulta Internacional sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos, celebrada en Ginebra. En este foro, los Estados discutieron la elaboración de directrices para incorporar en su legislación políticas públicas y mecanismos que garantizaran los Derechos Humanos de personas que viven con VIH-SIDA. Sin embargo, a pesar de que en 1996 se comprobó la eficacia de un tratamiento médico que permitiría mitigar los padecimientos de esta enfermedad, las directrices no fueron publicadas sino hasta 1998 por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas y la Organización de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Poco antes había tenido lugar la Segunda Consulta Internacional sobre VIH/Sida y Derechos Humanos.

De las directrices podemos extraer aquellas que hacen referencia a las características de un tratamiento médico integral, como lo plasma la tercera; en ella se establece que los Estados tienen la obligación de incluir en su normativa interna la financiación y potenciación de la autoridad de salud pública para que puedan prestar una amplia gama de servicios de prevención y tratamiento del VIH. En esta directiva se integran por los siguientes elementos:

1. Educación sexual;
2. Preservativos para prevenir la transmisión;
3. Materiales de inyección estéril;
4. Profilaxis;
5. Consentimiento informado;
6. Confidencialidad;
7. Respeto a los Derechos Humanos; y
8. Conducirse con códigos de ética.

De igual manera, la tercera directriz resalta que todos estos servicios deberán otorgarse sin que el paciente tenga que ser sometido a medidas de aislamiento o encarcelamiento, puesto que, como se ha comprobado en la historia de este sector vulnerable, toda disposición de este tipo genera mitos con respecto a la convivencia de los pacientes que viven con VIH en la sociedad. Además, la Medicina ha demostrado que para poder otorgarle un tratamiento es innecesario someter a una persona que vive con VIH al aislamiento.

Por otra parte, con el propósito de que los trabajadores de salud otorguen todos los servicios antes mencionados, fomentando de paso la igualdad y la no discriminación, las directrices resaltan la importancia de que el personal médico reciba un mínimo de formación en ética y Derechos Humanos. Asimismo, es relevante la elaboración de códigos donde se incluya el deber de suministrar el tratamiento, respetando en todo momento los Derechos Humanos y brindando la atención con valores como compasión, respeto, empatía y confidencialidad. Se resalta que son pacientes con una situación de alto riesgo, la cual los somete a diversos padecimientos en su vida diaria.

En este punto, la sexta directriz adquiere una gran importancia al establecer lo siguiente:

Los Estados deberían tomar también las medidas necesarias para asegurar a todas las personas, sobre una base sostenida e igualitaria, el suministro de y la accesibilidad a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH/SIDA, incluidos la terapia antirretrovírica y otros medicamentos, pruebas diagnósticas y tecnologías relacionadas seguras y eficaces para la atención preventiva, curativa y paliativa del VIH/SIDA, de las infecciones oportunistas y de las enfermedades conexas.

De lo anterior, podemos deducir que la atención y tratamiento médicos para pacientes que viven con VIH comienza desde el momento en que el virus es detectado en su cuerpo. Así pues, desde este momento el paciente va a requerir una atención de carácter prioritario, la cual, además de añadir los elementos descritos por la tercera directriz, también incluirá:

1. Suministro y accesibilidad a bienes de calidad;
2. Servicios e información para el tratamiento;
3. Terapia antirretroviral;
4. Pruebas diagnósticas;
5. Tecnologías seguras y eficaces;
6. Atención curativa del VIH;
7. Atención paliativa del VIH;
8. Atención de enfermedades oportunistas y enfermedades conexas;
9. Buena alimentación;
10. Apoyo familiar;
11. Apoyo psicológico;
12. Apoyo espiritual;
13. Atención familiar;
14. Atención comunitaria; y
15. Atención domiciliaria.

En consecuencia, de la lectura detallada de las dos directrices logramos identificar la existencia de veintitrés elementos que en su conjunto construyen un tratamiento médico integral. Los Estados se obligan a incluirlos en los servicios en el sector salud, con la finalidad de garantizar los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH. Cada uno de estos elementos debe ser otorgado al paciente desde el momento en que es diagnosticado con el VIH y durante toda su vida, ya que dicha enfermedad lo expone situaciones de vulnerabilidad, empezando por la necesidad de un acompañamiento psicológico que mitigue las afectaciones emocionales que sufre un paciente al conocer su diagnóstico.

Al momento de establecer estas Directrices, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA se percataron de que garantizar el acceso a un tratamiento integral para las personas que viven con VIH sólo podía cumplirse cuando los Estados revisaran, enmendaran y aprobaran las leyes, programas, planes y políticas públicas enfocadas a su atención prioritaria. Sólo entonces se haría visible la importancia de que reciban dicho tratamiento en el sector salud.

Cabe destacar que, aunque las directrices hagan énfasis en el respeto de los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH/SIDA, estos derechos ya se encuentran establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador). En ese orden de ideas también es vinculante la Convención de los Derechos del Niño, ya que es imprescindible otorgar a los menores de edad un asesoramiento de acuerdo con su nivel de comprensión, de manera que estén informados de los cuidados, riesgos, precauciones y del tratamiento integral al que deberá someterse como paciente que vive VIH. El objetivo, en el caso de las infancias, es que se les ayude a poder adaptarse lo mejor posible a la enfermedad y se les permita desarrollar sus actividades como cualquier otro niño que goce de plena salud.

Ahora bien, la Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer es otro documento de carácter vinculante para los Estados signatarios. En ella se resalta la importancia de que las mujeres que viven con VIH/SIDA puedan acceder a un tratamiento integral, sin discriminación debido a su género. Se toma en cuenta que las mujeres han sido discriminadas a lo largo de la historia y que existe una doble discriminación por su condición de salud, lo que muchas veces impide

que tengan la confianza de acceder a centros de salud para solicitar un tratamiento.

Por último, se encuentra el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Medioambientales. Alrededor de este pacto, se integra un Comité que ha realizado diversas observaciones a los Estados miembro. De esta manera se ha contribuido para que cada uno realice acciones progresivas en favor de los derechos de las personas que viven con VIH. Una de las observaciones emitidas por este Comité, la número 14, se titula “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (en relación con la aplicación del artículo 12 del Pacto Internacional)”. En ella resalta la estrecha relación del derecho a la salud con el ejercicio de otros Derechos Humanos: la alimentación, la libertad, el acceso al agua potable, un medio ambiente sano, los derechos laborales, entre otros.

En la observación número 14 se establecen también los elementos esenciales que están interrelacionados para que los Estados puedan alcanzar el más alto nivel posible de salud. Los elementos que guardan una estrecha relación con el tratamiento médico integral de las personas que viven con VIH deben cumplir con las siguientes condiciones:

- Disponibilidad;
- Accesibilidad;
- Aceptabilidad; y
- Calidad.

La primera condición, la disponibilidad, hace referencia a que los Estados parte deberán contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como centros de atención de la salud y programas. Todos ellos contarán con los servicios básicos de salud, como agua limpia y potable, condiciones sanitarias adecuadas, medicamentos esenciales y personal médico profesional, capacitado y bien remunerado.

La accesibilidad, por su parte, indica que los establecimientos y servicios de salud deben ser accesibles para todos, es decir, que puedan gozar de ellos todas las personas sin discriminación alguna. Los centros de salud tendrán un alcance geográfico para todos los sectores de la población, así como un acceso adecuado a sus instalaciones para las personas con discapacidad; además, brindarán y difundirán toda la información e ideas, en aras de proteger el derecho a la información de los ciudadanos.

De igual manera, la accesibilidad implica que los Estados promoverán los recursos suficientes para el buen funcionamiento de los servicios de salud. Un ejemplo de ello es el suministro de medicamentos, los cuales deberá otorgar de manera gratuita y oportuna, justificando en

todo momento que ha realizado todas las medidas posibles para el abastecimiento, además de procurar que los precios no sean de carácter excesivo.

En el caso de la aceptabilidad, se entiende que todos los establecimientos de salud deberán otorgar sus servicios respetando la cultura de las personas, minorías, pueblos y comunidades. A la par, el personal tendrá que ser sensible de los requisitos del género y el ciclo de vida, y guardar una confidencialidad de la información que les sea otorgada por los pacientes y el resto del personal médico.

Por último, se encuentra la condición de calidad. Con base en ella, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico, con un personal capacitado y especializado y un equipo médico científicamente aprobado y en buen estado. Las instalaciones, por su parte, contarán con agua limpia y condiciones sanitarias adecuadas.

A partir de lo antes descrito, podemos deducir que los instrumentos internacionales han logrado concretar los elementos que un tratamiento médico integral debe tener. Con ello, la atención puede ser ejecutada de manera completa y considerando la condición de vulnerabilidad en la que se encuentran las personas que viven con VIH. Pero el análisis de la normativa internacional es tan amplio que no sólo nos otorga estos elementos, sino también las condiciones bajo las cuales el personal médico y el sector salud en general deberán facilitar el acceso a dicho tratamiento. Esta información auxiliar permite que los Estados encuentren los medios para garantizar los derechos de las personas que viven con VIH y, además, las condiciones para que dichas garantías sean ejecutadas en el tratamiento.

IV. Observaciones del marco normativo mexicano en materia de tratamiento médico integral para personas con VIH

Como se ha resaltado en líneas anteriores, el Estado mexicano no cuenta con un concepto de tratamiento integral para personas con VIH. En efecto, dentro del marco normativo nacional existe una gran variedad de leyes que protegen los Derechos Humanos de las personas con VIH-SIDA: todas son de carácter general, es decir, son leyes creadas para regular una materia específica que en su contenido puede llegar a vincularse con estos pacientes, razón por la cual se limita a establecer unas cuantas líneas, artículos o preceptos jurídicos al respecto. Lo anterior puede comprobarse al momento de realizar una revisión del marco nacional en materia de personas con VIH/SIDA.

Entre los documentos normativos, el más importante es la Ley General de Salud; después siguen la Ley General de Educación, la Ley de los

Institutos Nacionales de Salud, entre otras. Algunas de las normas cuentan con sus reglamentos, pues cada una regula un área específica que tiene aspectos vinculados a los derechos de las personas que viven con VIH. Sin embargo, la más particular de todas estas legislaciones es la que el Estado mexicano ha establecido bajo la Norma Oficial Mexicana 010-SSA2-2010 para la prevención y el control de la infección por VIH.

En dicha NOM se reconocen los factores que hacen de las personas que viven con VIH un grupo social vulnerado. Además, en el texto se establece, con carácter de urgente, realizar estrategias para evitar que dicha enfermedad se generalice, fortaleciendo la prevención, la atención y el control del virus y del SIDA. Con detalle, las estrategias que esta norma integra son las siguientes:

1. Prestar servicios de atención integral de calidad;
2. Manejo de riesgos personales;
3. Desarrollo de capacidad y competencia en salud;
4. Participación social para la acción comunitaria;
5. Desarrollo de acciones que combatan el estigma y la discriminación relacionada al VIH/SIDA;
6. Abogacía intra e intersectorial; y
7. Mercadotecnia social en salud

Las siete estrategias se desglosan dentro de la norma para dejar en claro cuáles son las acciones específicas que lograrán cumplir con las estrategias, no sólo para mitigar el VIH/SIDA sino para prevenirlo también. Aquí cabe destacar que del punto 5.6.1 al 5.9.2 se definen las acciones que deberá tomar el personal médico para otorgar un tratamiento integral a los pacientes; aquellas van desde el deber de recomendar asesoría psicológica, legal y de educación sexual, hasta la promover acciones que ayuden al paciente a integrarse en su entorno familiar y social. Una vez concretadas las acciones que deberán efectuarse con las personas que viven con VIH, la NOM emite las medidas de control que se deberán tener en cuenta para las acciones antes descritas. Resalta la medida número 6.1, que enuncia lo siguiente:

6.1 Deben basarse en el respeto a la dignidad y los Derechos Humanos, en especial al respeto a la protección de la salud, al derecho a la igualdad, la del resultado y el derecho a la no discriminación y deben ser respetados y promoverse entre el personal que labora en las instituciones de salud, por lo tanto las medidas de control de las personas que viven con VIH/SIDA nunca serán coercitivas (...).

Por lo tanto, la NOM-010-SSA2-2010 resulta enriquecedora, ya que desarrolla acciones y medidas de control para que se pueda garantizar el derecho de las personas que viven con VIH a acceder a un tratamiento integral adecuado. Recordemos que todas las acciones que esta norma

señala son un ajuste de las directrices Internacionales en materia de VIH/SIDA, en el derecho interno. Sin embargo, así como la NOM obliga al personal del sector salud a realizar acciones y tomar las medidas que configuren un tratamiento médico integral, los pacientes con VIH adquieren el deber para seguir las recomendaciones médicas que les son prescritas. Esta reciprocidad se da en el entendido de que, sí bien es cierto que el sector salud tiene la obligación de brindar sus servicios, el paciente adquiere el deber de seguir las recomendaciones.

V. Sujetos obligados a cumplir con la normativa nacional e internacional con respecto al derecho de las personas con VIH para acceder a un tratamiento médico integral

Una vez que ya hemos desglosado cuáles son los elementos que integran un tratamiento médico integral y las medidas de control para ejecutarlas, en virtud del Derecho internacional y nacional, es conveniente definir quiénes son los sujetos obligados a cumplir con el deber de otorgar este tratamiento a los pacientes que viven con VIH. El Estado mexicano, miembro de la Organización de las Naciones Unidas desde 1945, se ha comprometido a cumplir con las directrices emitidas por el Alto Comisionado de esta organización. Así, en un primer término, es México el que se encuentra obligado a gestionar, dirigir y establecer políticas públicas, normas, planes y acciones para integrar en su derecho interno la protección de los derechos de las personas con VIH. No obstante, como mencionamos con anterioridad, en nuestro país no existe una ley que regule, garantice y proteja de manera concreta los derechos de este sector poblacional. Efectivamente, existen leyes que integran dicha protección, pero sólo de manera general: la NOM 010-SSA2-2010. El punto número 1.2 enuncia lo siguiente:

Las disposiciones de esta norma son de orden público e interés social y por tanto de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para todas las instituciones y personal del Sistema Nacional de Salud involucrado en la atención a las personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmuno Deficiencia [sic] Adquirida, incluyendo al personal que realice acciones de promoción y prevención de la salud, protección específica, tratamiento, atención primaria y control epidemiológico, así como para el personal que labore en unidades de salud que incluye a quienes laboren en laboratorios públicos y privados.

El punto anterior es muy importante, ya que en él se delega la obligación de cumplir con el contenido de la NOM a todos los participantes del sistema de salud. Ahí se engloban instituciones públicas y privadas, es decir, toda persona que pertenezca a una institución de salud: no

importa si pertenece al ámbito administrativo, de laboratorio, médico o de limpieza. Todos están vinculados con el deber de realizar las acciones y medidas de control que permitan a las personas que viven con VIH gozar de un tratamiento médico integral.

VI. Conclusiones

Después de un análisis deductivo de las normas internacionales y la nacional, en lo relativo a los elementos que integran un concepto definido del acceso a un tratamiento médico integral para personas que viven con VIH, se puede concluir que esta protección se integra por los 23 elementos descritos en el primer apartado de este capítulo. Los elementos no se limitan únicamente a que el sector salud suministre medicamentos y otorgue un tratamiento, sino que se extiende incluso hasta facilitarle al paciente los medios para fomentar su espiritualidad. De hecho, aunque el Derecho no se encarga de regular cuestiones de esta índole, las directrices reconocen que por situación de vulnerabilidad de este sector se requiere de todos los medios de apoyo que les permitan enfrentar esta enfermedad. De esta manera, el personal de salud está comprometido a fomentar y respetar la espiritualidad del paciente, su apoyo familiar y el apoyo social.

Dichos elementos generan un núcleo bastante sólido para que el paciente pueda no sólo gozar de un tratamiento médico integral, sino también la protección de todos sus Derechos Humanos, lo cual le permite acceder a una vida como la que lleve cualquier otro individuo dentro de la sociedad. Sin embargo, tal y como la Observación General número 14 y la NOM-010-SSA2-2010 lo disponen, no basta con señalar los elementos que integran un tratamiento médico integral para que éstos brinden una verdadera protección a los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH, pues esto sólo puede ser efectivo si al momento de accionar los elementos se hace bajo los enfoques de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Es así como se puede concluir que la protección a las personas que viven con VIH para que accedan a un tratamiento médico integral sólo puede hacerse efectiva cuando dicho tratamiento integre los 23 elementos descritos. Otra condición necesaria es que se otorgue bajo los cuatro enfoques que marca la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales.

VII. Lista de fuentes

COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (2020). Observaciones Generales Aprobadas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado de <https://conf-dts1>.

- unog.ch/1%20spa/tradutek/derechos_hum_base/cescr/00_1_obs_grales_cte%20dchos%20ec%20soc%20cult.html
- GARCÍA FIGUEROA, RODOLFO (2013). El derecho a la salud. Revista Constitucionales, vol. 11, núm. 11. Universidad Diego Portales Chile.
- PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA (2007). Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Versión consolidada de 2006. Francia: ONU/SIDA.
- CONGRESO DE LA UNIÓN (2010). Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Recuperado de <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4205/salud/salud.htm>
- ESCOBAR, M. (2018). Estigmatización a pacientes con VIH por profesionales de la salud en la era antirretroviral. Revista Médica Electrónica, 40(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000100025
- FOREMAN, M., LYRA, P., & BREINBAUER, C. (2003). Comprensión y respuesta al estigma a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud. Organización Panamericana de la Salud.
- KAUR, H. (30 de noviembre de 2021). Cable News Network. Recuperado de <https://cnnespanol.cnn.com/2021/11/30/sida-primeros-casos-estados-unidos-40-anos-trax/>
- MEDEROS, L. (2008). El condón: su historia. Obtenido de <https://temas.sld.cu/vih sida/2008/08/02/el-condon-su-historia/>
- OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS Y EL PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA (2007). Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Versión consolidada de 2006. Francia: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).
- CONGRESO DE LA UNIÓN (2019). Boletín 1224. Detección del VIH es insuficiente; un tercio de la población infectada sigue sin ser diagnosticada: Macías Rábago. Recuperado de <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2019/Marzo/09/1224-Deteccion-del-VIH-es-insuficiente-un-tercio-de-la-poblacion-infectada-sigue-sin-ser-diagnosticada-Macias-Rabago>
- CONGRESO DE LA UNIÓN (2021). Boletín 1247. Necesario, concientizar y comprender que el VIH es un problema de salud pública: Emmanuel Reyes. Recuperado de <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2021/Diciembre/01/1247-Necesario-concientizar-y-comprender-que-el-VIH-es-un-problema-de-salud-publica-Emmanuel-Reyes>
- ONUSIDA (2021). Estrategia mundial contra el Sida 2021-2026. Acabar con las desigualdades. Acabar con el Sida. Ginebra: ONUSIDA.

EL PERITAJE QUIROPRÁCTICO COMO ÁREA DE OPORTUNIDAD EN MÉXICO



MARÍA ESTELA JUÁREZ SOTO

RAQUEL ALEMÁN MORALES

ROSA MARÍA CUELLAR GUTIÉRREZ



5



Capítulo V

EL PERITAJE QUIROPRÁCTICO COMO ÁREA DE OPORTUNIDAD EN MÉXICO

María Estela Juárez Soto*
Raquel Alemán Morales**
Rosa María Cuellar Gutiérrez***

SUMARIO: I. Introducción; II. El peritaje y los derechos humanos; III. La protección a la salud en México; IV. El experto en quiropráctica; V. La convergencia entre el eje ético-legal y la quiropráctica; VI. Conclusión; VII. Lista de fuentes.

I. Introducción

A lo largo de la historia, la medicina se ha dedicado a la curación de malestares corporales, como lo señala Morales (s.f.). No obstante, también indica que, aunque la práctica médica es individualizada, ha sido sensible a las necesidades de la sociedad.

Fue entonces cuando se dio la división entre la medicina clínica, orientada a curar al individuo, y la medicina pública, que abarcaba no solo la curación individual sino también la solución de problemas de índole social. Con el tiempo, esta división se amplió para atender necesidades más específicas, emergiendo así la medicina legal como una de sus ramas.

Jaime (2023) destaca que la medicina legal es una especialidad que integra conocimientos médicos con el propósito de ser útil en el proceso de administración de justicia. Esta disciplina se segmenta en diversas áreas con el objetivo de ofrecer una visión integral de los hechos, siendo el perito uno de sus actores principales.

De acuerdo con deChile (s.f.), el perito es un experto en una materia, arte o ciencia específica que facilita la comprensión detallada de aspectos relevantes, en el contexto de la medicina legal. Este especialista imparcial interviene en el proceso legal a petición de las partes involucradas, ofreciendo su evaluación o dictamen.

El propósito de esta pericia es enriquecer la perspectiva judicial, proporcionando información adicional sobre aspectos específicos, actuales o innovadores, para evaluar las implicaciones de las

* Egresada de la Facultad de Medicina. Programa de Quiropráctica. Región Veracruz, juarezsotome@gmail.com

** Egresada de la Facultad de Medicina. Programa de Quiropráctica. Región Veracruz, alemanmr96@gmail.com

*** Docente de Base de la Facultad de Medicina. Programa de Quiropráctica. Región Veracruz, rcuellar@uv.mx

transgresiones. Estas evaluaciones se denominan informes periciales y se presentan ante la Corte, ya sea de forma oral o escrita, aportando el conocimiento técnico esencial para la resolución del caso.

El peritaje, como lo afirma INCUS (2019), se refiere a investigaciones realizadas por expertos en el tema objeto de análisis, quienes deben contar con certificaciones reconocidas por las autoridades pertinentes. Esta profesión busca establecer criterios precisos que sean útiles para los procedimientos legales, requiriendo una preparación meticulosa, atención al detalle y ética impecable para garantizar la integridad del paciente y del personal de salud.

En el ámbito de la quiropráctica, estos procesos también son relevantes para asegurar un desempeño adecuado del quiropráctico. Esta disciplina sanitaria, que diagnostica, trata y previene trastornos musculoesqueléticos, se centra en el bienestar general mediante ajustes articulares y de tejidos blandos, según la World Federation of Chiropractic (WFC, 2001).

Finalmente, este proceso destaca oportunidades para mejorar el acceso a los servicios de salud y la calidad de vida del individuo, protegiendo los procesos administrativos y legales para salvaguardar los derechos humanos y la ética profesional. A pesar de que la quiropráctica es una profesión emergente en el país, debe ser impulsada para enriquecer el conocimiento en el ámbito hispanohablante.

Por lo tanto, el objetivo del texto es explorar el potencial del peritaje quiropráctico como un área de oportunidad en México, destacando su importancia en el contexto legal y médico para mejorar la calidad y accesibilidad de la atención de salud en el país.

II. El peritaje y los derechos humanos

Como se estableció en párrafos anteriores, el peritaje es un proceso de verificación de un suceso y cómo se llevó a cabo. Así, el peritaje en materia de derechos humanos puede tener dos objetivos, según lo menciona Gómez (2009):

- a. La demostración de hechos relacionados con tipos penales o violaciones de derechos humanos.
- b. Demostrar el daño y hacer propuestas de reparación. Gómez (2009) añade que también puede ser útil para determinar la pena impuesta como resultado del delito.

El peritaje en el ámbito social, según Henríquez (s.f.), implica la incorporación de los derechos humanos en el marco normativo. Señala que un perito puede ser cualquier persona con conocimiento en el tema de investigación, aunque no tenga una formación específica. No obstante, destaca que algunos procesos requieren un procedimiento

más estricto para valorar el hecho, respetando los derechos humanos.

En el ámbito del peritaje médico, Nieves (2023) y López-Moreno (2015) subrayan su importancia en el derecho a la salud y los derechos humanos. El derecho a la salud está reconocido desde 1948 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). En México, se incorporó parcialmente en el artículo 4o de la Constitución política en 1938, como indica la Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica (2021). De esto se deriva la Ley General de Salud (1984), que regula las acciones en salud en el país.

Estas acciones están reguladas no solo por la Ley General de Salud sino también por otros factores, como los recursos disponibles para atender las necesidades de la población. Aunque la salud es un derecho humano inalienable, está vinculado con los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA), afectados por el entorno según la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH, s.f.).

En este contexto, el perito debe considerar el entorno, los procedimientos médicos realizados y la comprensión del paciente. Además, debe respetar el derecho a la privacidad del paciente, como señala la Radiological Society of North America (2022).

Marván (2011) destaca que las leyes sanitarias reconocen al paciente como un individuo con dignidad y derechos, incluido el derecho a la salud y la protección de datos personales. Es esencial informar al paciente sobre su estado de salud y procedimientos, permitiéndole tomar decisiones informadas.

El peritaje en salud también puede contribuir al avance del conocimiento y establecer jurisprudencia, según el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2008). Los derechos al trabajo y la educación también son relevantes en este contexto, ya que el peritaje puede identificar áreas de mejora en estos ámbitos.

En cuanto a la quiropráctica en México, Juárez, Alemán y Cuellar (2023a) señalan su ausencia en el sistema de salud pública nacional. Aunque tiene beneficios, debe practicarse dentro del marco legal y normativo vigente.

Finalmente, en el apartado “La protección a la salud en México”, se destaca la importancia de proteger la salud como un derecho fundamental, respaldado por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917) en su artículo 4o.

Ahora bien, la salud, como De la Guardia y Ruvalcaba (2020) explican, comprende vertientes peculiares, tales como el bienestar físico, mental y social, así como la capacidad de funcionamiento, adaptación y trabajo socialmente productivo. Estos fundamentos se convierten en medios para la vida diaria y no en su finalidad.

III. La protección a la salud en México

La Ley General de Salud (1984), en su última reforma publicada en el DOF el 29-05-2023, recalca que el derecho a la protección de la salud busca prolongar y mejorar la vida humana, mediante la protección y el fortalecimiento de valores que promuevan el bienestar. Esto puede lograrse mediante actitudes solidarias y responsables, así como mediante el disfrute de servicios de salud y asistencia social basados en investigación científica.

A nivel internacional, la base del derecho a la salud quedó establecida en la 1a Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Ottawa, Canadá, en 1986, según lo menciona la Secretaría de Salud (2015 a). En esta conferencia se establecen condiciones para su obtención, incluyendo la paz, recursos patrimoniales, alimenticios, vivienda adecuada y empleo sustentable, resaltando la íntima relación entre el derecho y la salud.

Para el cumplimiento de este servicio, la Secretaría de Salud (2015 b) hace referencia a las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), que son regulaciones técnicas de observancia obligatoria para garantizar la salud de los individuos.

Estas bases legales aseguran una correcta actuación en la intervención y en los procesos que envuelven el ejercicio profesional, tanto en la regulación in situ como en la protección de la información una vez que el paciente se retira.

El Gobierno de México, con el fin de cumplir con estas regulaciones, creó a la COFEPRIS, organismo encargado de supervisar estos detalles.

Sin embargo, aunque se reconoce el derecho a la salud como uno de los derechos DESC, es crucial considerar que la planificación y estructuración del sistema de salud dependen de las necesidades de la población, como se refleja en el Presupuesto de Egresos de la Federación (Cámara de Diputados, 2022).

El presupuesto destinado al sector salud tiene como objetivo proporcionar insumos para su correcto funcionamiento, incluyendo adquisición de material, salarios, mantenimiento de infraestructuras, programas de atención pública, formación de recursos humanos y evaluación de políticas públicas.

A pesar de los esfuerzos, el acceso a la atención de salud en México sigue siendo desigual, afectando principalmente a los grupos vulnerables. La distribución de recursos y la atención en el sector público y privado presentan discrepancias significativas, lo que genera desafíos para garantizar un acceso equitativo.

En conclusión, aunque se reconozca la importancia de invertir en salud para el desarrollo sostenible, la implementación efectiva de

políticas y programas sigue siendo un desafío debido a la fragmentación del sistema de salud y la desigualdad social. La quiropráctica, con su enfoque multidisciplinario, puede ofrecer soluciones innovadoras para mejorar la eficiencia y equidad en la atención de salud.

IV. El experto en quiropráctica

Según el perfil del egresado presentado por la Universidad Veracruzana (2023) para la licenciatura en quiropráctica, se espera que el profesional esté capacitado para examinar, localizar y corregir subluxaciones vertebrales. Además, debe identificar otros problemas y condiciones relacionados con el sistema neuromusculoesquelético. Es esencial que el quiropráctico pueda diferenciar las lesiones que afectan al sistema nervioso, mostrando competencia en áreas como ergonomía, actividad física y alimentación saludable.

El licenciado en quiropráctica tiene la responsabilidad profesional de evaluar, diagnosticar y tratar la desalineación biomecánica de las articulaciones, que afectan la función del sistema nervioso, los tejidos blandos y las defensas inmunitarias, según Benet (2003).

Aunque el personal quiropráctico puede trabajar en diversos niveles de atención, como señalan Juárez, Alemán y Cuellar (2023b), su ejercicio se encuentra principalmente en el ámbito privado. Sin embargo, esta especificidad no limita las áreas de especialización. Con una formación de 4 a 6 años en México, el quiropráctico puede desempeñarse en ámbitos clínicos, como imagenología, rehabilitación, deportes, geriatría, obstetricia, pediatría e incluso atención veterinaria.

En el ámbito teórico, aunque menos explorado, el quiropráctico puede actuar como investigador, supervisor o participar en pruebas y certificaciones. Además, en el ámbito legal, se pueden identificar fortalezas, limitaciones y oportunidades de mejora para los profesionales de la salud. Ambas áreas ofrecen la posibilidad de contribuir al conocimiento científico y regulatorio de la quiropráctica, compartiendo prácticas y casos únicos incluso entre la comunidad médica.

En este contexto, es relevante mencionar el término “scope of practice”, que define las acciones permitidas y limitadas para un profesional de la salud, como indica la American Medical Association (2022), adaptándose a las regulaciones y normativas del lugar de ejercicio.

Sin embargo, Wiggins et al. (2022) identifican cuatro factores que influyen en el ejercicio profesional del quiropráctico:

- Educación recibida: La formación profesional y los principios impartidos por la institución educativa.
- Identidad profesional: La formación recibida moldea la identidad del quiropráctico, guiando sus acciones en la práctica.

Este contexto se relaciona con las divisiones ideológicas que han acompañado a la quiropráctica desde sus inicios en 1985, según lo señala Hassan (2017). Estas divisiones han creado dos corrientes dentro de la profesión: por un lado, aquellos que siguen los principios originales de la quiropráctica, manteniéndose dentro de los límites legales actuales; por otro lado, aquellos que optan por incorporar otros métodos basados en estudios adicionales, ampliando así su gama de servicios.

Estas diferencias han generado confusiones sobre la práctica “auténtica” de la quiropráctica, dando lugar a tensiones internas que pueden confundir al paciente. Como Juárez, Alemán y Cuellar (2023b) destacan, los pacientes no siempre están familiarizados con el contexto histórico y las divisiones internas de la profesión, lo que puede influir en su percepción y elección de tratamiento.

Continuando con el listado, según Wiggins et al (2022), el tercer y cuarto factor influyente en el actuar quiropráctico son:

3. La seguridad del paciente. Especialmente cuando se trata de atención a infantes, pues existen opiniones contradictorias en el ámbito de la salud sobre si la quiropráctica es beneficiosa para los niños y personas embarazadas. Esto a pesar de que algunas de las inquietudes nacen en el peor de los casos del desconocimiento o en el mejor de la extrema precaución.
4. La organización de las instituciones. Wiggins et al (2022) lo mencionan como último elemento, esto en relación a las instituciones donde el quiropráctico se encuentre laborando, o aquellas organizaciones afines a la profesión a las que el quiropráctico pertenezca. Es decir, colegios, asociaciones, federaciones, entre otras. Dichas instituciones no solo deben de contar con un código interno, sino también deben obedecer, como se comentó con anterioridad, las leyes y normativas del lugar en donde se encuentren.

Por ello, diversas organizaciones establecen pautas específicas para los profesionales afiliados, con el objetivo de preservar la capacidad de la profesión para autorregularse. No obstante, en ocasiones estas organizaciones han adoptado medidas extremas para garantizar el cumplimiento de dichas pautas. Un ejemplo de esto es el caso de Carolyn Weiss, una quiropráctica que enfrentó problemas con la Manitoba Chiropractors Association tras publicar en redes sociales investigaciones sobre las vacunas para el COVID-19 en enero de 2021, según informan Annable y Barghout (2023).

La organización argumentó que ofrecer consejos sobre vacunación excedía el “scope of practice” de los quiroprácticos. Tras ser denunciada de manera anónima por otro profesional, Weiss decidió llevar el caso a juicio. Finalmente, el fallo fue favorable para ella, ya que se determinó que no había actuado de forma maliciosa ni proporcionado asesoramiento sobre vacunación, simplemente compartió investigaciones y resultados existentes.

Sin embargo, las restricciones estrictas en la profesión no se limitan al ámbito interno. Existen precedentes de litigios relacionados con la quiropráctica en los tribunales. Es relevante señalar que, para que estas restricciones se apliquen, los quiroprácticos deben ser aceptados como expertos en procedimientos legales.

Según la Floyd Law Firm (2021), en 1978 se apeló el caso Daniels v. Bernard (1978). Daniels consultó a un quiropráctico después de un accidente automovilístico. El Dr. I.W. Canupp proporcionó testimonio sobre los posibles padecimientos derivados del accidente para respaldar la reclamación del seguro de la paciente. Antes de este caso, no había precedentes en Carolina del Sur que permitieran a un quiropráctico actuar como experto médico. Sin embargo, el juez permitió su testimonio, estableciendo un precedente en el estado, siempre y cuando se cumplieran ciertos criterios legales.

Un aspecto crucial del caso fue que los padecimientos de la paciente estaban contemplados dentro de los trastornos diagnosticables y tratables por un quiropráctico según la South Carolina Code of Laws (1977).

Existen casos similares, como Yagodinski v. Sutton (2023), donde dos pacientes buscaron atención quiropráctica tras accidentes automovilísticos. Aunque ambos casos tienen similitudes, en Yagodinski v. Sutton (2023), el testimonio del quiropráctico fue rechazado por exceder el “scope of practice” establecido por la Nebraska Supreme Court. La corte determinó que, a pesar de la formación adicional del quiropráctico en el Carrick Institute, no podía diagnosticar trastornos neurológicos ni testificar sobre posibles causas relacionadas con el accidente.

La importancia de definir claramente la quiropráctica en el marco legal se manifiesta en esta dualidad. Aunque la autodefinición de la profesión es esencial para orientar el comportamiento de los profesionales y ofrecer una explicación precisa de los servicios al paciente, la definición legal también juega un papel crucial.

Esto es fundamental no solo para situaciones legales en las que puedan verse involucrados los quiroprácticos, sino también para establecer directrices claras que regulen la práctica. De esta manera, se busca garantizar no solo el cumplimiento de las normativas vigentes, sino también proteger los derechos tanto del paciente como del quiropráctico. Establecer límites claros y comprensibles ayuda a evitar confusiones y conflictos, contribuyendo así a un ejercicio profesional más transparente y ético.

V. La convergencia entre el eje ético-legal y la quiropráctica

La ética desempeña un papel fundamental en la protección de los derechos y en la práctica profesional, como indican Hardy-Pérez y Rovelo-Lima (2015). La ética se refiere a la formación del carácter y a la construcción de hábitos que guían nuestras acciones. Es la ciencia que busca explicar las normas morales de manera racional. Sin embargo, en el ámbito de la salud, la ética enfrenta desafíos complejos, como señala Azulay (2001). Lo que es éticamente correcto no siempre es legal y viceversa, lo que plantea dilemas como el de la eutanasia y la pena de muerte.

Estos dilemas éticos a menudo entran en conflicto con principios fundamentales como el de no maleficencia y justicia en el cuidado de la salud. Ante esta complejidad, surge el concepto de bioética, definido por la Comisión Nacional de Bioética (2021) como la rama de la ética que aborda los conflictos sociales y normativos relacionados con la salud. La bioética proporciona un marco para tomar decisiones basadas en principios morales y considerar el impacto más allá del aspecto físico del individuo.

En el campo de la quiropráctica, también se establecen códigos de conducta ética. Estos códigos son en su mayoría desarrollados por asociaciones profesionales que buscan autorregular la práctica y establecer pautas claras sobre cómo deben actuar los quiroprácticos. Estos códigos de conducta son fundamentales para garantizar la integridad, la profesionalidad y el respeto hacia los pacientes y la comunidad en general.

La existencia de diversas asociaciones y organismos internacionales en el campo de la quiropráctica refleja la complejidad y la diversidad de enfoques éticos y prácticos dentro de la profesión. La American Chiropractic Association (ACA, 2007), la Canadian Chiropractic Association, el General Chiropractic Council y la Australian Chiropractors Association son ejemplos de entidades que han establecido códigos de ética para orientar la práctica de los quiroprácticos.

A pesar de que cada asociación puede tener sus propios lineamientos y enfoques, un principio común es el respeto y la adherencia a las leyes y regulaciones nacionales y estatales. Esta convergencia entre ética, legalidad y práctica quiropráctica es fundamental en la toma de decisiones y la prestación de servicios de calidad a los pacientes.

El diálogo constante entre estos tres elementos es esencial para garantizar una práctica profesional ética y legal. La ética proporciona un marco moral para guiar las acciones del quiropráctico, mientras que la legalidad establece los límites y las expectativas basadas en las leyes y regulaciones pertinentes. Además, la bioética juega un papel crucial

al enfatizar el respeto por los derechos y obligaciones de todos los involucrados.

En este contexto, es vital que los quiroprácticos mantengan un equilibrio entre estos factores, evitando que las preferencias ideológicas nublen su juicio profesional. El objetivo es ofrecer servicios de calidad que estén en línea con los principios éticos, las normativas legales y el alcance de práctica definido para la profesión. En última instancia, este enfoque integral beneficia tanto a los profesionales como a los pacientes, asegurando un cuidado quiropráctico basado en principios sólidos y prácticas éticas.

VI. Conclusión

El peritaje en quiropráctica representa una convergencia crucial entre ética, legalidad y práctica médica que requiere una consideración meticulosa. Este campo no solo se trata de la recolección de pruebas y testimonios; tiene un impacto directo en los derechos fundamentales de las personas y su acceso a una atención médica de calidad.

La quiropráctica se destaca por su enfoque en el funcionamiento biomecánico y nervioso, lo que la convierte en una disciplina valiosa para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades musculoesqueléticas. Sin embargo, para que esta disciplina alcance su máximo potencial, es esencial que se adhiera a principios éticos y legales sólidos, como la autonomía del paciente, la no maleficencia, la justicia y la equidad.

Es fundamental que los profesionales de la quiropráctica estén bien informados sobre los documentos oficiales requeridos, los procedimientos estándar y las regulaciones pertinentes para garantizar una práctica ética y legal. Esto ayudará a distinguir entre los profesionales genuinos y aquellos que buscan beneficiarse a expensas de los pacientes, violando los derechos humanos y las leyes de protección a la salud.

En el contexto mexicano, la protección de la salud va más allá del simple acceso; también se trata de garantizar la calidad y la dignidad en la atención médica. El peritaje en quiropráctica puede contribuir significativamente a enriquecer el panorama de servicios de salud en el país, siempre que se realice de manera ética y responsable.

Además, es esencial reconocer la importancia de un enfoque multidisciplinario en el sistema de salud. La colaboración entre diferentes profesionales permite fortalecer el sistema y acercarse a un ideal de atención integral y accesible para todos.

En conclusión, es crucial examinar y regular la quiropráctica desde una perspectiva legal y médica, estableciendo estándares de formación y práctica que aseguren la colaboración efectiva con otros profesionales

de la salud. El peritaje quiropráctico representa una oportunidad valiosa para mejorar el sistema de salud en México, siempre y cuando se aborde con ética, integridad y un enfoque centrado en el paciente.

VII. Lista de fuentes

- AMERICAN CHIROPRACTIC ASSOCIATION (2007). *Code of Ethics*. American Chiropractic Association. Recuperado de: <https://www.acatoday.org/about/code-of-ethics/>
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (2022). *What is scope of practice?* AMA. Recuperado de: <https://www.ama-assn.org/practice-management/scope-practice/what-scope-practice>
- ANNABLE, K., & BARGHOUT, C. (2023). Manitoba chiropractor cleared of misconduct after posting pro-vaccine news story. *CBC News*. Recuperado de: <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/vaccines-hearing-chiropractor-1.6839107>
- ASOCIACIÓN MEXICANA DE INDUSTRIAS DE INVESTIGACIÓN FARMACÉUTICA (2021). *Breve historia del artículo constitucional que protege a la salud*. AMIIF. Recuperado de: <https://amiif.org/breve-historia-del-derecho-que-protege-la-salud/#:~:text=El%207%20de%20febrero%20de,en%20materia%20de%20salubridad%20general>
- AUSTRALIAN CHIROPRACTORS ASSOCIATION (2017). *Code of Ethics*. Australian Chiropractors Association. Recuperado de: <https://www.chiro.org.au/wp-content/uploads/2019/12/ACA-code-of-ethics2017.pdf>
- AZULAY, T. A. (2001). Humanidades Médicas. *Anales de Medicina Interna*, 18(12). Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001001200009#:~:text=El%20principio%20de%20justicia%2C%20el,plano%2C%20quizá%20porque%20la%20formación
- BENET, C. E. (2003). Quiropraxia y deporte. En *Archivos de medicina del deporte* (Vol. 20, Número 95, pp. 252-257). Recuperado de: https://archivosdemedicinadeldeporte.com/articulos/upload/formacion-quiropaxia_251_95.pdf
- CONGRESO DE LA UNIÓN (2022). *Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2023*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/PEF_2023.pdf
- CONGRESO DE LA UNIÓN (1984). *Ley General de Salud*. Recuperado de: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- CANADIAN CHIROPRACTIC ASSOCIATION, C. (s. f.). *Code of Ethics*. CCA. Recuperado el 14 de febrero de 2023 de: <https://chiropractic.ca/code-of-ethics/>
- COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA (2021). *¿Qué es Bioética?* Gobierno de México. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/conbioetica/articulos/que-es-bioetica?state=published>
- COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (s. f.). *Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales*. Comisión Nacional de

- los Derechos Humanos. Recuperado el 1 de julio de 2022 de <https://www.cndh.org.mx/programa/39/derechos-economicos-sociales-culturales-y-ambientales>
- CONGRESO DE LA UNIÓN (1917). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Recuperado de: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- DE LA GUARDIA, G. M. A., & RUVALCABA, L. J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. Recuperado de: <https://doi.org/10.19230/JONNPR.3215>
- ETIENNE, C. (2019). Invertir en la salud universal en la Región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43. Recuperado de: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.322>
- GENERAL CHIROPRACTIC COUNCIL (2019). The Code Standards of conduct, performance and ethics for chiropractors. *GCC*.
- GOBIERNO DE MÉXICO (s. f.). *Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios*. Gobierno de México . Recuperado el 4 de noviembre de 2023 de: <https://www.gob.mx/cofepris/que-hacemos>
- GÓMEZ, D. N. (2009). *Peritaje psicosocial por violaciones a derechos humanos* (ECAP, Vol. 6). Recuperado de: https://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=877-peritaje-psicosocial-por-violaciones-a-derechos-humanos&category_slug=justicia-verdad-y-reparacion&Itemid=100225
- HARDY-PÉREZ, A. E., & ROVELO-LIMA, J. E. (2015). Moral, ética y bioética. Un punto de vista práctico. *Medicina e Investigación*, 3(1), 79-84. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.mei.2015.02.007>
- HASSAN, M. (2017, agosto 14). *La controversia Straights vs Mixers: en busca de objetivos en común*. Evidencia Quiropráctica. Recuperado de: <http://equiropactica.blogspot.com/2017/08/la-controversia-straights-vs-mixers-en.html>
- HENRÍQUEZ, G. S. A. (s. f.). *El peritaje social con enfoque de derechos, nuevos paradigmas a partir de las reformas judiciales* . Recuperado el 6 de noviembre de 2023 de https://www.edumargen.org/docs/cursos/curso44-11/unid01/apunte06_01.pdf
- INCUS (2019). *¿Qué es un peritaje?* INCUS. Recuperado de: <https://incus.mx/peritajes.html>
- INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS (2008). El papel de los peritajes. En Instituto Interamericano de Derechos Humanos (Ed.), *Diálogos sobre la reparación* (pp. 233-274). Recuperado de: www.juridicas.unam.mx-<https://biblio.juridicas.unam.mx/bjvLibrocompletoen:https://tinyurl.com/y6rpuhtj>
- JAIME, G. G. J. (2023, enero 17). *Medicina Legal*. Colegio Jurista. Recuperado de: <https://www.colegiojurista.com/blog/art/medicina-legal/>
- JUÁREZ, S. M. E., ALEMÁN, M. R., & CUELLAR, G. R. M. (2023a). El derecho a la salud: la quiropráctica como coadyuvante en México. En *Gobernanza y Derechos Humanos* (pp. 18-37). FONEIA. Recuperado de: <https://doi.org/10.19230/JONNPR.3215>

- org/10.1416/foneia.18.80
- JUÁREZ, S. M. E., ALEMÁN, M. R., & CUELLAR, G. R. M. (2023b). La evolución histórica y el compromiso con los Derechos Humanos en la Quiropráctica. En *Derechos Humanos y Salud* (pp. 1-16). FONEIA. Recuperado de: <https://doi.org/10.1416/foneia.29.148>
- LÓPEZ-MORENO, S. (2015). *Derecho a la salud en México* (1.^a ed.). Casa abierta al tiempo. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/309493664>
- MARVÁN, L. M. (2011). *Marco Normativo para la Protección de Datos en el Sector Salud-CONAMED*. Recuperado de: <http://www.conamed.gob.mx/eventos/xv-aniversario/conamed-ifai/Marco-normativo-protec-datos.pdf>
- MONTIEL, L. (2004). Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria. En *Revista IIDH* (Vol. 40). Recuperado de: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r08064-9.pdf>
- MORALES, B. A. (S. f.). *Historia de la Medicina Legal* . Comisión Nacional de los Derechos Humanos Nuevo León . Recuperado el 13 de octubre de 2023 de https://www.cedhnl.org.mx/imagenes/publicaciones/presentaciones/salud_mental/protocolo_de_estambul/HistoriaMedicinaLegal_dr_benito_morales.pdf
- NIEVES, P. W. (2023). *Peritaje médico: qué es, síntomas y tratamiento* . Top Doctors. Recuperado de: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/peritaje-medico#>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (s. f.). *Objetivos de Desarrollo Sostenible* . Naciones Unidas . Recuperado el 6 de noviembre de 2023 de: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- RADIOLOGICAL SOCIETY OF NORTH AMERICA (2022, julio 6). *Privacidad de la información médica* . radiologyinfo. Recuperado de: <https://www.radiologyinfo.org/es/info/article-patient-privacy>
- SECRETARÍA DE HACIENDA (2022, septiembre). *Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2023 Programas Presupuestarios en Clasificación Económica (resumen)*. Gobierno de México. Recuperado de: https://www.ppef.hacienda.gob.mx/work/models/8uLX2rB7/PPEF2023/mo2h2PK/docs/12/r12_ppcer.pdf
- SECRETARÍA DE HACIENDA (2023). *Distribución del gasto*. Gobierno de México . Recuperado de: https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/Infografia_PPEF_2023
- SECRETARÍA DE SALUD (2015a). *CARTA DE OTTAWA PUBLICADO POR LA DGPS*. Gobierno de México. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/documentos/carta-de-ottawa-publicado-por-la-dgps>
- SECRETARÍA DE SALUD (2015b). *Normas Oficiales Mexicanas*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705>
- SOUTH CAROLINA CODE OF LAWS (1977). *Title 40- professions and Occupations* . South Carolina Legislature. Recuperado de: <https://www.scstatehouse.gov/code/t40c009.php>

- SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE CAROLINA DEL SUR (1978). *Daniels v. Bernard*. Recuperado de: <https://law.justia.com/cases/south-carolina/supreme-court/1978/20575-1.html>
- SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE NEBRASKA (2023). *Yagodinski v. Sutton*. Recuperado el 10 de abril de 2023 de: www.nebraska.gov/apps-courts-epub/
- THE FLOYD LAW FIRM (2021). *Personal Injury: chiropractors as expert medical witnesses in Court trial*. The Floyd Law Firm. Recuperado de: <https://www.floydlaw.com/information/personal-injury-chiropractors-as-expert-medical-witnesses-in-court-trials/>
- UNESCO. (s. f.). *El derecho a la educación*. Recuperado el 3 de noviembre de 2023 de: https://www.unesco.org/es/right-education?TSPD_1014d6cf070cb389580019ad84cc0370c1e80102ee628073eb8e9a5af3916bb9bbe7a843b5f0e#:~:text=La%20educaci3n%20es%20un%20derecho,razones%20sociales%2C%20econ3micas%20o%20culturales
- WIGGINS, D., DOWNIE, A., ENGEL, R., & BROWN, B. T. (2022). Factors that influence scope of practice of the chiropractic profession in Australia: a scoping review. *Chiropractic & Manual Therapies*, 30(19). Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/s12998-022-00428-2>
- WORLD FEDERATION OF CHIROPRACTIC (2001). *Definition of Chiropractic*. Recuperado de: https://www.wfc.org/website/index.php?option=com_content&view=article&id=90&Itemid=110&lang=en

ENFERMERÍA LEGAL EN MÉXICO: UNA REVISIÓN HACIA SU AVANCE



NOEMI GUADALUPE NAVA GALINDO
HILDA GUADALUPE PRECIADO
MAYTE SANTIAGO ÁNGEL



6

CAPÍTULO VI

ENFERMERÍA LEGAL EN MÉXICO: UNA REVISIÓN HACIA SU AVANCE

Noemi Guadalupe Nava Galindo*

Hilda Guadalupe Preciado**

Mayte Santiago Ángel***

SUMARIO: I. Introducción; II. Importancia de la ética y la moral en la práctica enfermera; 2.1 Antecedentes de la práctica enfermera; 2.2 Características de la práctica del cuidado; 2.3 La ética enfermera; III. Las responsabilidades legales y profesionales de los enfermeros en México; 3.1 La legalidad de la formación de profesionales de enfermería; 3.2 La responsabilidad legal en la práctica profesional de enfermería; IV. El papel de los enfermeros en el proceso forense en México; 4.1 La *lex artis* en enfermería; 4.2 Enfermería y proceso forense; V. Conclusiones; VI. Lista de fuentes.

I. Introducción

La regulación de la praxis de enfermería en México ha experimentado cambios significativos en las últimas décadas. Esto se debe al aumento en el número de años y niveles académicos en la formación, impulsado por el creciente interés del mercado laboral en reclutar profesionales de enfermería capacitados para responder a las necesidades internacionales de salud.

Estas circunstancias han mejorado notablemente la formación de los futuros profesionales. Se ha enfatizado la inclusión de la enseñanza de la ética profesional en el currículum, permitiendo que puedan evaluar con objetividad situaciones éticamente conflictivas y tomar decisiones basadas en una reflexión crítica.

Por lo tanto, la enfermería legal y forense ha cobrado relevancia como una rama esencial de la profesión. Esta se encarga de velar por la legalidad y ética en la práctica de la enfermería, siendo especialmente

* Docente de la Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería - Xalapa, Dra. en Educación, Dra. Ciencias Administrativas, Mtra. en Enfermería, Mtra. en Administración de los Servicios de Salud, Miembro del Núcleo Académico Básico de Maestría en Enfermería, Especialización en Enfermería Quirúrgica y Especialización en Administración y Gestión de la Enfermería, correo institucional: nonava@uv.mx

** Técnico Académico de Tiempo Completo de la Facultad de Medicina. Región Veracruz, Colaborador del CA-UV-526 Innovación e Investigación Educativa en Salud, correo institucional: hguadalupe@uv.mx

*** Licenciada en Enfermería, Hospital Regional de alta especialidad de SSA de Veracruz, correo institucional: santiagoomaytesita@gmail.com

útil en casos de negligencia, abuso o maltrato en el ámbito de la salud.

Esta área de la enfermería garantiza que la práctica se realice dentro de los límites legales y éticos establecidos, alineándose con los objetivos del Estado mexicano en materia de protección de la salud y bienestar de los pacientes.

A pesar de estos avances, la enfermería en México aún enfrenta desafíos en términos de legalidad. Estos incluyen la falta de identificación de las etapas en las que se realizan las notas de enfermería, la carencia de especificidad en la normativa aplicable y la falta de reconocimiento de los problemas reales que enfrentan las enfermeras durante la administración de cuidados.

Ser profesional de enfermería conlleva una gran responsabilidad, ya que deben estar preparados para enfrentar situaciones legales como demandas o reclamaciones. Por lo tanto, es esencial que los enfermeros estén familiarizados con los procedimientos legales y sepan cómo actuar de manera ética ante circunstancias legales.

Este documento ofrece una breve revisión sobre la moralidad, ética y legislación en la práctica enfermera en México. Describe las características de la disciplina y su relación con la ética. Además, analiza los requisitos legales para la formación profesional, sus límites y las posibles consecuencias para los profesionales que no actúen con rectitud en sus funciones. El objetivo es, pues, analizar la evolución y los desafíos de la enfermería legal en México, subrayando la importancia de la ética y la legalidad en la práctica profesional, así como destacando las responsabilidades y exigencias que enfrentan los profesionales de enfermería en el contexto actual.

Finalmente, se presentan ejemplos de regulaciones jurídicas, así como las obligaciones técnicas y éticas que los profesionales de enfermería deben cumplir para garantizar el derecho humano del paciente a un desarrollo pleno y bienestar general, reconocido en las garantías individuales del país.

II. Importancia de la ética y la moral en la práctica enfermera

Cada disciplina en el ámbito de la salud tiene su propio enfoque para apoyar al paciente, basado en su cuerpo de conocimiento. Por lo tanto, cada profesión debe ser capaz de describir qué sabe como profesional y cómo debe actuar en función de ese conocimiento. Mientras que la medicina se centra en diagnosticar y tratar enfermedades, la enfermería es una disciplina que aborda de manera independiente las respuestas humanas ante problemas de salud o procesos de vida, según lo establecido por NANDA-I en 2021.

Enfermería se enfoca principalmente en las respuestas humanas,

siendo esta su preocupación central. Esta disciplina guía su actuación de manera independiente al evaluar, diagnosticar, planificar, implementar y evaluar intervenciones enfermeras destinadas a abordar respuestas humanas no deseadas. Estas respuestas pueden ser tangibles (centradas en el problema) durante la atención, relacionadas con posibles riesgos para desarrollar una respuesta no deseada o centradas en la promoción de la salud y el bienestar del paciente, según lo establecido por NANDA-I en 2021.

Por lo tanto, es fundamental destacar algunas características específicas del cuerpo de conocimiento de la enfermería y cómo este guía su actuación ética y moralmente con el paciente.

2.1 Antecedentes de la práctica enfermera

La enfermería es una disciplina científica dedicada al cuidado del individuo, la familia y la comunidad de manera holística. Su práctica clínica va más allá del cuidado básico o estandarizado que se encuentra en las organizaciones de salud. Desde tiempos antiguos, la enfermería ha existido para aquellos que no pueden satisfacer sus necesidades de salud por sí mismos. Sus antecedentes están estrechamente ligados a las actividades que históricamente realizaban las mujeres en el núcleo familiar, cuidando a los enfermos en pro de la supervivencia de la especie.

Por lo tanto, no es sorprendente concebir la profesión de enfermería a partir del rol maternalista de la mujer. Se la considera de naturaleza buena y humanitaria, lo que la capacita para el cuidado. Con el desarrollo de las civilizaciones y los cambios en la vida social, industrial y cultural, las condiciones de salud de la población se volvieron más inestables. Esto llevó a que la práctica del cuidado no estuviera exclusivamente vinculada al parentesco.

Inicialmente, la enfermería se percibía como una práctica altruista y caritativa, destacando a la mujer como alguien virtuoso, sensible y preocupado por las necesidades del otro. Nightingale, una figura prominente en la enfermería moderna, creía que todas las mujeres practicarían la enfermería en algún momento de sus vidas (Nightingale, 2022).

Con el tiempo, la enfermería evolucionó, abandonando la perspectiva centrada en la supervivencia para centrarse en el cuidado solidario y caritativo hacia individuos y comunidades, especialmente los más desfavorecidos (Yáñez Flores et al., 2021). Esto llevó a la creación de dispensarios, a menudo vinculados a actividades religiosas, donde se ofrecían cuidados de salud básicos.

Un punto crucial en la evolución de la enfermería ocurrió en 1854 durante la guerra de Crimea. Florence Nightingale, una mujer erudita con

una educación ecléctica para su época, decidió contribuir al esfuerzo de guerra, desempeñando un papel crucial en la introducción de enfermeras en hospitales militares (Pablo Álvarez et al., 2018). Nightingale utilizó su profundo conocimiento científico para reformar el sistema hospitalario, mejorando las condiciones de cuidado y mostrando preocupación por aquellos que morían debido a la falta de atención adecuada (Pablo Álvarez et al., 2018).

En 1860, Nightingale enfatizó la necesidad de formar enfermeras éticas y disciplinadas. Fundó la Escuela de Entrenamiento y Hogar de Nightingale en el Hospital St. Thomas en Londres, subrayando la importancia de un conocimiento organizado para formar profesionales competentes (Pablo Álvarez et al., 2018).

Cuidar a otros va más allá de buenas intenciones; requiere de racionalidad científica y una profunda preocupación por la dignidad y libertad humana. Estas cualidades no son exclusivas de las mujeres, sino resultado de la educación moral que todos los individuos deberían recibir (García Garcés & Gerónimo Llopis, 2021).

En conclusión, la visión moderna de la enfermería se basa en los principios de Nightingale, que enfatizan el cuidado holístico, la participación activa del paciente y la influencia del entorno en la salud (Florence, 1969).

2.2 Características de la práctica del cuidado

La enfermería se centra en el cuidado de las personas, y esto se materializa mediante un método conocido como Proceso de Atención de Enfermería (PAE) (Amezcuza, 2018). Al profesionalizarse, la enfermera establece una relación estrecha con quienes, debido a diversas circunstancias, no pueden satisfacer sus necesidades básicas por sí mismos. Esta relación se entiende como terapéutica, considerando a la enfermera(o) como expertos capacitados para abordar las demandas de cuidado a nivel individual, familiar y social.

En la actualidad, el cuidado va más allá de simples acciones asistenciales. Incluye la promoción de la salud, prevención de enfermedades, cuidado curativo, rehabilitación y alivio del sufrimiento. Por lo tanto, la relación enfermera-paciente debe equilibrar la emotividad con la racionalidad. Es esencial que la enfermera establezca un vínculo genuino con el paciente para generar un impacto significativo en su salud (Yáñez Flores et al., 2021).

En el contexto contemporáneo y globalizado, la ética del cuidado adquiere relevancia debido a las complejidades inherentes a las relaciones humanas e interdependencias entre enfermera y paciente. A menudo, las enfermeras enfrentan dilemas entre proporcionar cuidados

naturales y tradicionales versus cuidados tecnificados y éticamente complejos (Escobar & Cid, 2018).

La enfermería requiere habilidades para establecer relaciones de confianza, permitiendo que el paciente exprese libremente sus necesidades. El cuidado profesional implica una visión holística del paciente, donde se valora su dignidad y bienestar integral (Salmerón, 2022). La enfermera debe prestar atención a los detalles y contextos que rodean al individuo para ofrecer una atención individualizada, diferenciándola del enfoque médico.

La interacción entre enfermera y paciente, especialmente en situaciones complejas, demanda valores personales y profesionalismo ético (NANDA-I, 2021). Las enfermeras pueden enfrentarse a conflictos éticos, pero es crucial que mantengan un estándar de conducta beneficioso para el paciente (Yáñez Flores et al., 2021).

La sensibilidad moral es esencial en la práctica de enfermería, permitiendo una atención objetiva y centrada en el paciente. Esta sensibilidad garantiza que las decisiones se tomen considerando la dignidad humana y las preferencias del paciente (Carmona González & Montalvo Prieto, 2019).

Finalmente, aunque la formación en enfermería se orienta hacia competencias técnicas y científicas, es igualmente vital incorporar una perspectiva humanizada. Las enfermeras deben reconocer la importancia de actuar con sensibilidad moral en el proceso de atención, asegurando que el cuidado proporcionado refleje el trato que ellas mismas desearían recibir (Devos Barlem, 2018).

2.3 La ética enfermera

Es un hecho que la ética profesional se fundamenta en la conciencia moral. Esta conciencia permite al individuo discernir lo que es correcto en su visión personal y, posteriormente, aplicarlo al ámbito profesional del cuidado, lo que le habilita para examinar cuestiones éticas en su práctica (Devos Barlem, 2018). La sensibilización y desarrollo de la moralidad son esenciales.

La competencia moral implica la habilidad para tomar decisiones altruistas, reconociendo las diferencias con otros individuos. Se trata de actuar meditando sobre los sentimientos propios y priorizando el bienestar del paciente (Zahrah et al., 2019). Esta competencia se desarrolla con experiencia y entendimiento de las capacidades humanitarias, así como con el conocimiento de normas éticas (Zahrah et al., 2019).

Transitar hacia la competencia moral es solo el inicio para que los profesionales de enfermería actúen con ética profesional. Esta ética se diferencia de la moral al adherirse a un ideal de conducta durante

la relación con el paciente. Se basa en principios universalmente aceptados, como el respeto a la vida y la autodeterminación (Yáñez Flores et al., 2021).

La ética en el cuidado promueve la autorreflexión y el desarrollo de una conciencia social basada en principios humanistas como la autonomía y la justicia. Estos principios guían la responsabilidad profesional y se encuentran en códigos de conducta detallados para enfermería (Yáñez Flores et al., 2021).

La ética enfermera garantiza que se brinden cuidados de calidad y calidez, abogando por la igualdad y justicia en la atención sanitaria. Esta ética se manifiesta en el Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermeras, que establece valores y responsabilidades para la práctica profesional (Consejo Internacional de Enfermeras, 2021).

En conclusión, tanto la ética como la moral son fundamentales para la enfermería. Los enfermeros, al proporcionar cuidados basados en evidencia científica, deben estar bien fundamentados en principios éticos y morales. La combinación de conocimiento técnico con una sólida base ética asegura que puedan tomar decisiones informadas y actuar en beneficio de la salud del paciente. La enfermería, con su vocación de servicio, se beneficia al adherirse a estándares éticos que guían su práctica profesional.

III. Las responsabilidades legales y profesionales de los enfermeros en México

El desarrollo de códigos deontológicos y éticos para profesionales de enfermería a nivel global tiene como objetivo definir cómo debe ser su conducta y cuáles son las responsabilidades inherentes a la relación de cuidado. En México, los profesionales de enfermería también se adhieren a esta normativa, estableciendo un marco dinámico que guía su actuación y proporciona seguridad legal en la relación enfermera-paciente.

Este marco se basa en las competencias necesarias para ejercer como enfermera(o) profesional en México y está respaldado legalmente por las obligaciones que el Estado tiene para garantizar la salud, según lo establecido en el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Este artículo reconoce el derecho fundamental de todos los ciudadanos mexicanos a la protección de la salud por parte del Estado, que se convierte en el principal criterio para desarrollar un sistema de salud nacional inclusivo (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2023).

Adicionalmente, la Ley General de Salud define las bases y modalidades para garantizar el acceso a los servicios de salud para

todos los mexicanos. Específicamente, el Artículo 3º, fracción I, de esta ley establece las responsabilidades en materia de salubridad general, organizando, controlando y supervisando la prestación de servicios de salud (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2023). Esta regulación busca establecer un marco normativo que asegure la calidad de los servicios de salud y sancione cualquier desviación de los estándares, protegiendo así a los usuarios del sistema de salud.

En este contexto, los profesionales de enfermería tienen la obligación de comprender y adherirse a la legalidad en sus acciones desde dos perspectivas fundamentales: la formación profesional y la responsabilidad en la práctica clínica. Esto asegura que actúen de manera ética y responsable, cumpliendo con las normativas establecidas y garantizando la calidad y seguridad en la atención sanitaria.

3.1 La legalidad de la formación de profesionales de enfermería

En el ámbito de la formación de recursos humanos competentes para el ejercicio de su profesión, y que además se distinguen de otros profesionales con tareas similares, encontramos a la Dirección General de Profesiones (DGP) de la Secretaría de Educación Pública.

A este órgano se le ha conferido la facultad de autorizar y registrar las cédulas de los profesionales de enfermería. Esta cédula es un documento que certifica haber cumplido con los requisitos legales y académicos de la profesión, permitiendo verificar la conclusión del proceso de formación y la autorización para ejercer libremente la profesión (UnADM, 2023).

Además de estas responsabilidades, la DGP actúa como enlace entre el Estado y los órganos colegiados de enfermería, teniendo la facultad de cancelar registros de títulos de aquellos condenados judicialmente a la inhabilitación del ejercicio (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018).

Para obtener la cédula profesional de enfermería, es necesario concluir la educación en instituciones reconocidas oficialmente, ya sean del Estado o particulares, y obtener el título correspondiente (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018).

La Ley General de Salud, en su capítulo III, establece los lineamientos legales para que las instituciones educativas formen profesionales, técnicos y auxiliares competentes, alineados con los objetivos y prioridades del Sistema Nacional de Salud (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2023).

Garantizar la calidad en la formación profesional implica mecanismos de autoevaluación institucional y evaluaciones externas. Estos procesos ayudan a detectar si se está cumpliendo con el objetivo de formar profesionales de enfermería competentes.

Organismos como el Consejo Para La Acreditación De La Educación Superior A.C. (COPAES) y el Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería A.C. (COMACE) son fundamentales para garantizar la calidad de los programas formativos a nivel nacional.

COPAES es la única instancia a través de la cual la Secretaría de Educación Superior (SEP) puede otorgar reconocimiento oficial a las entidades formadoras, contribuyendo a que la Política Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior (PNEAES) cumpla sus objetivos (COPAES, 2023).

COMACE se enfoca en acreditar y reacreditar programas de enfermería de nivel superior, asegurando que la formación combine conocimiento científico con humanismo, ética y valores propios de la enfermería (COMACE, 2018).

Desde una perspectiva ética, los futuros profesionales de enfermería deben cuestionar y validar la legalidad de su formación. En México, el aumento de la oferta educativa privada requiere garantizar la pertinencia social y ética de los modelos educativos.

La certificación profesional es esencial para demostrar competencia y actualización en el ámbito nacional e internacional. Representa un compromiso ético y profesional, validado a través de evaluaciones externas (COMCE, 2023).

Los colegios de enfermería son cruciales en el avance hacia la calidad y humanismo en la enfermería nacional. Promueven la educación continua y la certificación en diversos niveles, siendo requisito en algunas instituciones para los académicos encargados de la formación.

A pesar de la importancia de la certificación, en México no es obligatoria según la Ley General de Salud. Sin embargo, se ha propuesto una reforma para que los profesionales de enfermería ejerzan bajo certificación reconocida por autoridades educativas y de salud (Villarreal Anaya, 2019).

Actualmente, una minoría de enfermeros certificados ejerce en el país, lo que representa un desafío para garantizar prácticas profesionales de calidad.

3.2 La responsabilidad legal en la práctica profesional de enfermería

Para el caso de la responsabilidad en la práctica profesional, todos los profesionales deben adherirse a la Ley General de Salud, a la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, y seguir los lineamientos establecidos por la Comisión Permanente de Enfermería, así como las diferentes leyes derivadas de ellas en relación con la prestación de servicios de salud.

La Comisión Permanente de Enfermería desempeña un papel crucial

en la formación y desarrollo profesional del gremio de enfermería. Esta comisión se configura como un cuerpo colegiado que asesora a la Secretaría de Salud en todas las iniciativas relacionadas con la enfermería, con el objetivo de mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de atención médica.

Esta comisión contribuye activamente en la formulación de políticas que regulan la práctica de enfermería. Además, orienta la formación profesional en función de las necesidades sanitarias del país y respalda acciones educativas que promueven una conducta ética y un trato digno hacia los pacientes. De esta manera, reconoce y enfatiza la relevancia del papel de la enfermería en la consecución de los objetivos del Sistema Nacional de Salud.

IV. El papel de los enfermeros en el proceso forense en México

En primera instancia, en México el ejercicio profesional se entiende para efectos legales como:

La realización habitual a título oneroso o gratuito todo acto o la prestación de cualquier servicio propio de cada profesión, aunque sólo se trate de simple consulta o la ostentación del carácter del profesionista por medio de tarjetas, anuncios, placas, insignias o de cualquier otro modo. No se reputará ejercicio profesional, cualquier acto realizado en los casos graves con propósito de auxilio inmediato (Congreso de la Unión, 2018, p. 5).

Por lo tanto, para ofrecer cuidados de salud de manera profesional en conformidad con el Artículo 26 de la Ley para el ejercicio profesional, es imperativo poseer un título debidamente registrado. La ausencia de título y cédula al proporcionar cuidados puede exponer a los profesionales a sanciones penales, según el Artículo 250 del Código Penal vigente (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018).

Para vincular la Ley General de Salud con la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, se establece la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013. Esta norma especifica los atributos y responsabilidades que debe cumplir el personal de enfermería, de acuerdo con las disposiciones legales pertinentes.

El cumplimiento de esta normativa es obligatorio tanto en el sector público como en el privado. En primer lugar, se define el cuidado como una acción destinada a satisfacer las necesidades básicas y de recuperación de la salud, con el objetivo de mejorar la calidad de vida. Además, se reconoce a la enfermería como la disciplina encargada de proporcionar cuidados de salud mediante intervenciones que pueden ser dependientes, independientes o interdependientes (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2013).

Estos conceptos son fundamentales en términos legales, ya que respaldan la capacidad de los enfermeros para actuar de manera independiente, basándose en el conocimiento y la práctica propia de la disciplina, utilizando el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

En cuanto a las actividades dependientes e interdependientes descritas en la norma, estas se realizan en colaboración con un equipo multidisciplinario de salud, limitándose a seguir las prescripciones establecidas (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2013).

Desde el punto de vista legal, las actividades independientes de enfermería se refieren a respuestas humanas que el profesional está autorizado a ejecutar según su formación y experiencia, sin requerir prescripción previa de otro profesional (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2013).

Este ejercicio profesional implica un desafío y una responsabilidad significativos, ya que requiere de razonamiento clínico avanzado, conocimiento disciplinario, así como competencia moral y ética para establecer una relación terapéutica adecuada con el paciente.

Por lo tanto, según las disposiciones legales, solo el personal calificado puede llevar a cabo actividades independientes de enfermería, y su grado de responsabilidad está determinado por su nivel académico y experiencia, conforme a lo establecido en la NOM-019 (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2013).

En este contexto, la responsabilidad y libertad en el ejercicio profesional de los enfermeros en México están directamente relacionadas con su nivel académico y experiencia clínica.

La prestación de cuidados independientes, reconocidos como de alta complejidad, requiere profesionales con grados académicos de posgrado específico en un área profesional o al menos a nivel de licenciatura. Se emplea el proceso de atención de enfermería como herramienta metodológica para brindar cuidados a los pacientes (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2013).

Por otro lado, los cuidados de mediana a baja complejidad pueden ser aplicados legalmente por personal técnico o profesional. Sin embargo, su actuación se limita a la colaboración asistencial directa o indirecta con los profesionales de la salud, pudiendo realizar únicamente actividades dependientes o interdependientes (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2013).

Recientemente, la prescripción enfermera ha generado implicaciones legales para pasantes y licenciados en enfermería. Por ello, es crucial identificar las disposiciones legales pertinentes. La prescripción de medicamentos por parte del personal de enfermería está descrita en el Artículo 28 Bis de la Ley General de Salud. Este artículo reconoce

las capacidades de los profesionales para prescribir medicamentos del cuadro básico como actividad independiente. Representa una responsabilidad ética-legal, requiriendo características específicas como título y cédula profesional. En el caso de pasantes, solo podrán expedir recetas para dar continuidad a tratamientos previamente prescritos (Secretaría de Salud, 2017).

En este contexto, la receta de prescripción se convierte en el documento que el personal de enfermería debe emitir conforme a disposiciones jurídicas y normativas, fundamentadas en la farmacología clínica para garantizar una prescripción segura (Arias et al., 2020).

Otro aspecto relevante se relaciona con la variabilidad en el paradigma crítico-científico utilizado en el país para fundamentar decisiones en la prestación de cuidados. Además, la calidad de los registros clínicos, parte del expediente clínico de los pacientes, es esencial para determinar si la atención se proporcionó con calidad y ética.

En respuesta a estas circunstancias, se desarrolla el Modelo del Cuidado de Enfermería. Este modelo busca estandarizar la práctica de enfermería, emplear prácticas basadas en evidencia, mejorar la calidad del cuidado y fortalecer la atención basada en principios éticos y legales (Secretaría de Salud, 2018). Respecto a los registros clínicos, el Modelo enfatiza la necesidad de documentar adecuadamente acciones e intervenciones, proponiendo formatos acordes al nivel de complejidad de atención, aunque permite adaptaciones según las normativas institucionales (Secretaría de Salud, 2018).

La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 subraya la importancia del expediente clínico y las notas de enfermería como evidencias documentales relevantes para garantizar el derecho a la protección de la salud. Esto exige a los profesionales de enfermería realizar registros claros, legibles, oportunos y confiables (Torres, Zurita, Vicente y Hernández, 2023).

En este sentido, las notas de enfermería se convierten en un instrumento legal que integra los conocimientos profesionales, datos objetivos y subjetivos del paciente, y evidencia de una práctica ética.

Los términos "medicina legal" y "medicina forense" suelen usarse indistintamente para referirse a la disciplina que aplica conocimientos médicos a problemas legales con el fin de impartir justicia (García-Garduza, 2019). El proceso forense implica recopilar información para investigaciones relacionadas con posibles delitos o acciones penales, siempre con apego a la justicia y el orden jurídico (Hernández Mier, 2017).

Finalmente, la práctica enfermera ha evolucionado hacia áreas médico-legales, respondiendo a la necesidad de mejorar la atención a

víctimas de violencia. Sin embargo, esta especialidad, al igual que la medicina forense, no pertenece al ámbito del derecho. La enfermería legal-forense se considera desde dos perspectivas: la derivada de su actuación clínica y la relacionada con la preservación de evidencia para investigaciones forenses.

4.1 La *lex artis* en enfermería

En los últimos tiempos, ha aumentado el número de denuncias por mala praxis en las instituciones de salud. Como se mencionó anteriormente, la enfermera es el profesional que más contacto estrecho tiene con el paciente durante la atención. Por lo tanto, es crucial que los profesionales estén familiarizados con aspectos jurídicos.

La *Lex artis* en México es un concepto fundamental en el ámbito del derecho sanitario, ya que engloba el marco general de actuación aceptado y practicado por el equipo multidisciplinario de profesionales de la salud (CONAMED, 2019). Su fundamentación está vinculada al Art. 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. En estos artículos se especifica que la atención debe basarse en principios científicos y éticos. Además, se establece que los responsables sanitarios o profesionales independientes deben abordar las irregularidades en la prestación de servicios según lo descrito en los artículos 52, 53, 54 y 55 (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018).

Los usuarios tienen la opción de presentar quejas e inconformidades ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud. Esta comisión busca resolver las inconformidades de manera amigable y de buena fe, garantizando un trato digno y respetando la "Lex artis" y la ética (CONAMED, 2019). Aunque la comisión investiga las irregularidades y emite recomendaciones basadas en las pruebas proporcionadas por los prestadores de servicios y los pacientes, su función principal no es sancionar (CONAMED, 2019).

Es responsabilidad del usuario seguir las recomendaciones y continuar con el proceso legal correspondiente para que se pueda sancionar el delito y se repare el daño en términos civiles o penales.

La CONAMED ha llevado a cabo estudios en el país relacionados con la mala praxis, identificando desviaciones como la omisión de cuidados, la incorrecta administración de medicamentos y errores en la dosificación. Por esta razón, ha establecido 40 estándares comunes de cuidado de enfermería en diferentes niveles de atención para mejorar la seguridad del paciente (CONAMED, 2017).

Los estándares 39 y 40 de la CONAMED se centran en los resultados y en informar sobre eventos o circunstancias que puedan causar un

daño innecesario al paciente. Así, las quejas médicas representan una oportunidad para identificar problemas en la praxis y también para mejorar la atención ante el riesgo potencial de causar daño al paciente (CONAMED, 2017).

4.2 Enfermería y proceso forense

La enfermería forense en México ha experimentado un desarrollo significativo, convirtiéndose en un componente esencial para facilitar la investigación y resolución de casos judiciales. Se ha enfatizado la formación y la incorporación de tecnología para permitir que estos profesionales actúen como peritos en el sistema de justicia penal mexicano.

Gracias a su enfoque holístico, la enfermera puede documentar información crucial sobre lesiones y aspectos biopsicosociales y espirituales señalados por el paciente. En este sentido, actúa como un portavoz del paciente y un puente que puede acercar a las víctimas al sistema de justicia (Cavalcanti, 2022).

La enfermería forense moderna se centra en establecer una relación de confianza entre el paciente y la enfermera, permitiendo que el paciente exprese sus preocupaciones y derechos en casos donde se sospecha actividad delictiva. Su principal función es colaborar en la investigación forense, llevando a cabo análisis documentales sin realizar intervenciones terapéuticas, a diferencia del ámbito clínico (Cavalcanti, 2022).

En numerosas ocasiones, la enfermera forense representa el primer punto de contacto en situaciones médicas urgentes o cuando las víctimas buscan atención debido a delitos violentos. En tales circunstancias, están autorizadas para recopilar pruebas y testimonios que puedan respaldar un proceso legal ante las autoridades pertinentes (Silva Rute et al., 2022).

Entre las responsabilidades clave de estos especialistas se encuentran la preservación de la vida, la minimización de secuelas y la gestión adecuada de evidencias en casos de violencia sexual o agresiones físicas. Esto garantiza la integridad de la cadena de custodia desde la identificación hasta el manejo o descarte por parte de las autoridades (Silva Rute et al., 2022).

A pesar de los avances, en México aún hay una escasez notable de enfermeros forenses capacitados, especialmente en el primer punto de contacto en instituciones de salud. Esta deficiencia representa un vacío en la atención que debe abordarse con urgencia, especialmente considerando la necesidad imperante de ofrecer una respuesta más rápida y efectiva a delitos como la violencia sexual, que lamentablemente presenta cifras alarmantes en el país.

V. Conclusiones

El texto que has proporcionado es claro en su mensaje sobre la evolución y responsabilidad de los profesionales de enfermería en México. Aquí tienes una versión revisada para mejorar la fluidez y coherencia:

Los profesionales de enfermería en formación en México han logrado transitar con éxito hacia una modernización necesaria en la atención de salud, manteniendo firmes sus raíces. Este proceso educativo ha incorporado el esencial acto humanitario del cuidado, siempre en consonancia con los principios morales y éticos de la profesión.

Esta transición no ha sido fácil, dada la diversidad en la formación educativa y las variaciones en los grados académicos presentes en el país, que van desde niveles técnicos hasta posgrados. Estas diferencias determinan el alcance de la responsabilidad legal que cada profesional asume en la atención de los pacientes.

Es crucial reconocer que, aunque México cuenta con un extenso marco regulatorio para el ejercicio profesional de enfermería, que abarca leyes, normas, reglamentos institucionales, decálogos e instituciones especializadas, no se puede asumir que la supervisión de la práctica enfermera en términos de ética y legalidad está completamente resuelta. Diariamente surgen condiciones, comunes en países en desarrollo, que pueden influir en el actuar de los profesionales, incluso de manera involuntaria, pero con potenciales consecuencias negativas para el paciente.

Por último, es fundamental que todo profesional de enfermería en México se cuestione regularmente sobre la legalidad de sus acciones. Además, debe comprometerse con una formación continua, adaptándose a las nuevas evidencias y adoptando las mejores prácticas. Todo esto, sin perder de vista la esencia de la enfermería: el contacto humano con el paciente, que es el corazón y el propósito fundamental de esta noble profesión.

VI. Lista de fuentes

AMEZCUA, M. (2018). ¿Por qué afirmamos que la Enfermería es una disciplina consolidada? , 27, 188-190, *Article 4*. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300002#:~:text=La%20Enfermer%C3%ADa%20define%20claramente%20su,viven%20experiencias%20de%20salud%2Denfermedad.

ARIAS-RICO, JOSÉ, CORNEJO-JOVEL, VALERIA, CHÁVEZ-SERRANO, ELAZAR, ESCAMILLA-GUILLEN, DIANA, LÓPEZ-BARRERA, KARLA, JÍMENEZ-SÁNCHEZ, REYNA. FLORES-CHAVEZ, OLGA. BALTAZAR-TELLEZ, ROSA & BARRERA-GALVEZ ROSARÍO. (2020). *La Prescripción De Enfermería En México: Una Nueva Era. Educación*

- y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Vol. 8, No. 16, 140-143.
- CARMONA GONZÁLEZ, Y., & MONTALVO PRIETO, A. (2019). Sensibilidad moral de la enfermera ante el enfermo terminal. *Investigación y Educación en Enfermería*, 37, Article 3. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: <https://doi.org/https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n3e07>
- CAVALCANTI DE MEDEIROS KERNBEIS, Z. (2022). La enfermería forense como protagonista de los cuidados en los diversos escenarios de violencia. *Investigación E Innovación: Revista Científica De Enfermería*, 2(1), 2–3. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: <https://doi.org/10.33326/27905543.2022.1.1363>
- COMACE. (2018). *Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería A.C. Filosofía*. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: <https://www.comace.mx/Filosofia.aspx>
- COMCE. (2023). *Certificación en Enfermería*. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: <https://www.comceac.com/blank-2>
- CONAMED. (2017). *Manual para la mejora de la supervisión y enlace de turno. 40 estándares para la capacitación continua en la práctica de enfermería*. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/libros/pdf/inicio.pdf>
- CONAMED. (2019). *Atención de quejas médicas*. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: <https://www.gob.mx/conamed/acciones-y-programas/queja-medica-para-conciliacion-ante-la-conamed>
- CONGRESO DE LA UNIÓN (2013). *NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud*. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013#gsc.tab=0
- CONGRESO DE LA UNIÓN (2018). *Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional, relativo al Ejercicio de las Profesiones en la Ciudad de México*. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: https://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/24e8c91d-d2fc-4977-ad19-dc572c3e4439/ley_reglam_art5_ejerc_prof_df.pdf
- CONGRESO DE LA UNIÓN (2018). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf
- CONGRESO DE LA UNIÓN (2021). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/646405/CPEUM_28-05-21.pdf
- CONGRESO DE LA UNIÓN (2023). *Ley General de Salud*. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS (2021). *Código de Ética del CIE para las Enfermeras*. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf

- COPAES. (2023). *¿Qué es COPAES?* Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: <https://www.copaes.org/copaes.html#mision>
- DEVOS BARLEM, E. L. (2018). Sensibilidade moral e formação profissional de enfermagem. 8, 01-02, Article 1. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: <https://doi.org/10.5902/2179769229253>
- ESCOBAR-CASTELLANOS, BLANCA, & CID-HENRIQUEZ, PATRICIA (2018). El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. *Acta bioethica*, 24(1), 39-46. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100039>
- FLORENCE, N. (1969). *Notes on nursing : what it is, and what it is not*. Dover Publications.
- GARCÍA GARCÉS, L., & GERÓNIMO LLOPIS, Á. (2021). La ética de la virtud para lograr la excelencia en el cuidado enfermero. *Cultura de los Cuidados*, 25, 48-62, Article 60. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: <https://doi.org/https://orcid.org/0000-0001-7097-4335>
- GARCÍA-GARDUZA, I. (2019). *Revista Mexicana de Medicina Forense y Ciencias de la Salud*, 4, 62-70, Article 3. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: <https://doi.org/https://doi.org/10.25009/revmedforense.v4i3.2724>
- HERNÁNDEZ MIER, C. (2017). LA MEDICINA LEGAL Y FORENSE EN MÉXICO. *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses*, 15-20, Article 23. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: https://www.uv.es/gicf/3R1_Hernandez_GICF_23.pdf
- NANDA-I. (2021). *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023* (12 ed.). ELSEVIER.
- NIGHTINGALE, F. (2022). *Notas sobre Enfermería* (U. Veracruzana, Ed. 1 ra ed.). Universidad Veracruzana.
- PABLO ÁLVAREZ, J., GUEVARA, M., & ORELLANA, C. (2018). Florence Nigthingale, la enfermería y la estadística otra mujer fantástica [10.1016/j.rmcl.2018.05.004]. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 372-379. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.05.004>
- SALMERÓN, M. A. (2022). Florence Nightingale: La lámpara del Humanismo Científico. In U. Veracruzana (Ed.), *Notas sobre Enfermería* (1 ed.).
- SECRETARÍA DE SALUD (2017). *Acuerdo por el que se emiten los lineamientos que contienen el procedimiento y los criterios a los que deberán sujetarse los licenciados en Enfermería, así como los pasantes en servicio social de las carreras referidas en los numerales 1 a 5, del artículo 28 Bis, de la Ley General de Salud, para la prescripción de medicamentos*. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5475523&fecha=08/03/2017#gsc.tab=0
- SECRETARÍA DE SAUD (2018). *Modelo del Cuidado de Enfermería*. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf
- SILVA RUTE, X., FERREIRA ALVES, C., SÁ, G. G. D. M., SOUTO, R. Q., BARROS, L. M., & GALINDO NIETO, N. (2022). Preservación de los rastros forenses que realizan los enfermeros en los servicios de

- emergencias: revisión de alcance. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 30, Article e3540. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5849.3540>
- TORRES-GÓMEZ, DOMITILA, ZURITA-BARRÓN, MARIO A., VICENTE-RUIZ, MARÍA ASUNCIÓN, & HERNÁNDEZ-VICENTE, IRMA ALEJANDRA. (2021). Indicadores de evaluación de los registros clínicos de enfermería: Implementación de una herramienta tecnológica. *Horizonte sanitario*, 20(3), 315-328. Epub 26 de mayo de 2023. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: <https://doi.org/10.19136/hs.a20n3.3938>
- UnADM. (2023). *Cédula profesional electrónica*. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: <https://www.unadmexico.mx/tramites-y-servicios/cedula-profesional-electronica>
- VILLAREAL, ANAYA. (2019). Iniciativa Con Proyecto De Decreto Por El Que Se Reforma Y Adiciona El Artículo 83 De La Ley General De Salud En Materia De Certificación De Servicios De Enfermería (2019). Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/1/2019-03-11/assets/documentos/Inic_MORENA_Art83_de_la_ley_general_de_salud.pdf
- YÁÑEZ FLORES, K., RIVAS RIVEROS, E., & CAMPILLAY CAMPILLAY, M. (2021). Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(1), 03-17, Article 1. Recuperado el 10 de noviembre de 2023 de: <https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2124>
- ZAHRAH, N., AZIZ, A., & HAMID, S. N. A. (2019). The Role of Moral Competence in Enhancing Work Engagement among Nurses. *International Journal of Management, Accounting & Economics*, 6, 99-112, Article 2.

EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN LA MEDICINA LEGAL



ROSALBA Y. CID GONZÁLEZ
HUMBERTO HERNÁNDEZ OJEDA
ROSA MARÍA TORRES HERNÁNDEZ



7



CAPÍTULO VII

EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN LA MEDICINA LEGAL

Rosalba Y. Cid González**
Humberto Hernández Ojeda***
Rosa María Torres Hernández*****

SUMARIO: I. Introducción; II. Importancia del farmacéutico en el equipo de salud; III Errores en la prescripción de medicamentos; IV. Toxicología en medicina legal; V. El farmacéutico en el peritaje judicial de la medicina legal; VI. Conclusiones; VII. Lista de fuentes.

I. Introducción

La Farmacia se considera una ciencia que abarca todo lo relacionado con el conocimiento de principios activos y sus orígenes para aplicarlos en el ser humano. Desde tiempos antiguos, ha existido un interés constante por preservar la salud. Los primeros encargados de esta tarea fueron los sacerdotes sanadores, quienes iniciaron la profesión médica y se encargaban tanto de diagnosticar la enfermedad como de preparar el remedio. Con el tiempo, estas actividades se especializaron, y fue hasta el año 1240, con la emisión del Edicto de Palermo, que se distinguió la profesión farmacéutica de la médica (Farmacopea Mexicana, s/f).

Desde entonces, el papel del farmacéutico en el Sistema de Atención a la Salud ha sido fundamental. La Organización Mundial de la Salud ha enfatizado su importancia en documentos como la Declaración de Tokio, destacando al profesional farmacéutico como un elemento esencial en el equipo de salud que garantiza un suministro y dispensación adecuados de medicamentos.

Por su parte, la profesión del farmacéutico se define como la ciencia que estudia la transformación de drogas y productos químicos en medicamentos, mediante operaciones preparativas y analíticas, tanto químicas como farmacodinámicas, destinadas a aliviar, curar o restaurar cualquier deficiencia en el organismo (Consejo General de Colegios Farmacéuticos, 2018; Saiz Calderón Gómez, 2023).

La Farmacia y la Medicina han sido, y continúan siendo, las ciencias que representan el estudio de aspectos sanitarios y científicos por excelencia. Por lo tanto, el papel del farmacéutico, con su conocimiento

* Profesor por asignatura Facultad de Ciencias Químicas. Región Córdoba- Orizaba. Maestría en Gestión de Servicios de Salud. Correo institucional: rcid@uv.mx

** Docente de Tiempo Completo de la Facultad de Medicina. Región Veracruz, correo institucional: huhernandez@uv.mx

*** Docente de Tiempo Completo de la Facultad de Medicina. Región Veracruz, correo institucional: rotorres@uv.mx

y experiencia en medicamentos, posibles interacciones, riesgos de reacciones adversas, errores en la medicación, así como en aspectos como la farmacocinética (lo que ocurre con el fármaco en el organismo) y la farmacodinámica (efectos del medicamento en el organismo), permite asesorar a jueces y abogados en procedimientos judiciales desde una perspectiva farmacológica y toxicológica. Esto facilita información en investigaciones médico-legales en casos de envenenamiento y muerte del paciente.

Como último punto introductorio, señalamos que el objetivo de este capítulo es explorar el papel esencial del farmacéutico en la medicina legal, resaltando su capacitación en farmacología y toxicología para proporcionar asesoramiento experto en procedimientos judiciales relacionados con medicamentos y envenenamientos.

II. Importancia del farmacéutico en el equipo de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1973 al equipo de salud como una “Asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común: proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible”. Se entiende que el “trabajo en equipo” facilita y potencia el desarrollo de actividades de promoción y educación en salud, beneficiando principalmente a la población (OMS, 1973).

En este contexto, la profesión farmacéutica ha ganado cada vez más relevancia en el sistema de salud mexicano debido a las múltiples funciones que desempeña en beneficio de los pacientes. El farmacéutico se encarga desde la fabricación, adquisición y dispensación de medicamentos hasta la gestión administrativa en almacenes y hospitales. Además, realiza seguimiento farmacoterapéutico para detectar posibles interacciones medicamentosas dentro del expediente clínico y lleva a cabo labores de farmacovigilancia mediante la notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos, desempeñando un papel crucial en la farmacia clínica y hospitalaria (Colegio Nacional de Químico Farmacéuticos Biólogos México, 2021; Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria, 2021).

El sistema de salud en México requiere procedimientos seguros de medicación, y los farmacéuticos desempeñan un papel fundamental al aplicar su conocimiento en la atención a los pacientes, mejorando así su calidad de vida.

El Diario Oficial de la Federación (DOF) establece que todo establecimiento que ofrezca productos medicinales debe contar con un profesional farmacéutico (Farmacopea Mexicana, s/f). Esto se debe a que en los hospitales, el control de los medicamentos prescritos a

los pacientes internados se lleva a cabo mediante un procedimiento coordinado entre el médico, la enfermera y el farmacéutico responsable de la farmacia hospitalaria, lo que minimiza los riesgos en la dispensación.

La atención farmacéutica cuenta con respaldo legal en las Leyes de Ordenación de las Comunidades Autónomas y, especialmente, recibe el apoyo de la Organización Mundial de la Salud y del Consejo de Europa.

Es importante señalar que, aunque el farmacéutico no diagnostica, no realiza pronósticos ni prescribe medicamentos, tiene una formación teórica significativa sobre la acción de los fármacos. Su rol es evaluar el seguimiento terapéutico y reconocer problemas relacionados con los medicamentos. En la mayoría de los casos, su objetivo es que el paciente consulte nuevamente con el médico (Enrique, 2003).

Figura 7. El proceso de cuidado del paciente por parte del farmacéutico



Fuente: Jacobi, J. (2016). FARMACÉUTICOS CLÍNICOS: PROFESIONALES ESENCIALES DEL EQUIPO DE ATENCIÓN CLÍNICA. Revista Médica Clínica Las Condes, 27(5), 578-584.

La efectividad óptima de los equipos de salud se basa en una cultura de confianza, objetivos compartidos, comunicación efectiva y respeto mutuo. La principal motivación que impulsa las actividades del equipo debe ser resguardar los intereses del paciente. Es importante destacar que los miembros del equipo no necesariamente deben estar ubicados en un único lugar físico.

El amplio grupo de profesionales de la salud debe incluir la participación activa de farmacéuticos en hospitales, clínicas y farmacias. Esto contribuye a la composición multidisciplinaria de los equipos de salud, fortaleciendo así la atención integral y mejorando los resultados para los pacientes (Jacobi, 2016).

III. Errores en la prescripción de medicamentos

El uso y manejo adecuado de los medicamentos son fundamentales en las ciencias médicas y farmacéuticas. Por tanto, todo el personal de salud tiene la responsabilidad de garantizar su uso racional y responsable, con el fin de que la población obtenga el máximo beneficio de este recurso invaluable.

No obstante, siempre existe un riesgo asociado con la medicación de los pacientes. Este riesgo puede originarse desde la prescripción del medicamento, responsabilidad del médico, hasta su elección y dispensación, áreas correspondientes a la farmacia o enfermería. Es crucial reconocer que muchos de estos errores son evitables, y el conocimiento de los mismos puede contribuir significativamente a reducir su incidencia.

Los errores de medicación (EM) son definidos por el National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) como “cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o resultar en una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando estos están bajo el control de profesionales de la salud o del paciente/consumidor” (Rocío, Vázquez, Tomás et al., s/f).

Entre las causas más frecuentes de los EM que pueden afectar la salud de los pacientes se encuentran las similitudes ortográficas, fonéticas o visuales entre ciertos medicamentos. Estas similitudes pueden llevar a confusiones debido a que algunos medicamentos son muy parecidos en apariencia (Look Alike) o suenan de manera similar (Sound-Alike), denominados en inglés como LASA (Look-Alike, Sound-Alike). Estos errores son especialmente preocupantes porque ocupan un lugar destacado entre los errores de medicación.

Los medicamentos con nombres o aspectos similares, conocidos como “Look-Alike, Sound-Alike”, se refieren a aquellos medicamentos cuyos nombres son parecidos y pueden ser malinterpretados, ya sea al escribirlos de manera poco clara o al pronunciarlos de forma similar. Estas semejanzas pueden dar lugar a errores en la prescripción médica o en la transcripción, ya que el profesional encargado de interpretar la receta (ya sea un farmacéutico o una enfermera) podría confundirse con el nombre con el que está más familiarizado.

Al aceptar una orden verbal, es posible que el farmacéutico o la

enfermera no comprendan o estén familiarizados con el nombre exacto del medicamento. Como resultado, podrían interpretar o “escuchar” algo que les resulte más familiar, lo que podría llevar a la dispensación o administración de un medicamento incorrecto.

Este tipo de confusión en el nombre del producto puede tener consecuencias graves. El paciente o consumidor podría recibir el medicamento equivocado, lo que podría privarle del tratamiento adecuado y exponerlo a riesgos adicionales, incluidos efectos adversos. Además, este tipo de errores puede resultar en un aumento de los costos y una disminución de los beneficios en salud, llegando incluso a situaciones extremas como la muerte.

El potencial de cometer errores de medicación relacionados con el nombre del medicamento existe en todas las etapas del proceso de uso del medicamento, incluidas la prescripción, dispensación, almacenamiento, preparación y administración (Rocío, Vázquez, Tomás et al., s/f)..

Entre los factores que pueden contribuir a la ocurrencia de errores de tipo LASA se encuentran:

- Falta de atención a la condición clínica del paciente durante la prescripción y dispensación.
- Conocimiento limitado del profesional prescriptor sobre las diferentes presentaciones comerciales disponibles.
- Prescripciones con información incompleta o poco clara.
- Sobrecarga laboral y condiciones de trabajo estresantes.
- Distracciones auditivas y visuales que pueden interferir con la correcta interpretación o dispensación del medicamento.
- Falta de doble verificación durante el almacenamiento y dispensación de medicamentos.
- Polimedicación, que aumenta el riesgo de errores al manejar múltiples medicamentos simultáneamente.
- Deficiencias en la formación y capacitación del personal encargado de la prescripción, dispensación y administración de medicamentos.

Debido a esta potencial causa de errores, se han establecido recomendaciones con el fin de reducirlos. En cuanto a la prescripción, es fundamental:

- Escribir de manera legible.
- Mantener comunicaciones orales claras dentro del equipo de trabajo.
- Redactar órdenes completas de medicamentos.
- Evitar abreviaturas en los nombres de los medicamentos.
- Especificar la vía de administración.
- Indicar la concentración del fármaco, por ejemplo, 100 mg.

- No utilizar “U” como abreviatura de “unidad”; en su lugar, escribir “unidad”.
- Evitar el uso de un cero final; por ejemplo, escribir 1 mg en lugar de 1.0 mg.
- No dejar un punto decimal “desnudo”; usar 0.25 mg o 250 microgramos en lugar de .25mg.
- Detallar instrucciones cuando se prescriban medicamentos, incluyendo frecuencia, dosis diaria total e indicaciones de uso.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto medidas para asegurar que las organizaciones de atención médica identifiquen y gestionen activamente los riesgos asociados con los medicamentos LASA. Entre estas propuestas se incluyen:

1. Revisar anualmente los medicamentos LASA utilizados en la institución o hospital.
2. Implementar protocolos clínicos que:
 - Minimicen el uso de órdenes verbales y telefónicas.
 - Enfaticen la importancia de leer detenidamente la etiqueta cada vez que se acceda a un medicamento y antes de su administración, en lugar de depender únicamente del reconocimiento visual o la ubicación.
 - Verifiquen el propósito del medicamento en la receta u orden y aseguren que corresponda con un diagnóstico activo.
3. Almacenar los medicamentos con nombres LASA en ubicaciones separadas o en un orden no alfabético, como por número de contenedor, estantes o dispositivos dispensadores automáticos.
4. Utilizar técnicas visuales, como negritas y diferencias de color, para reducir confusiones asociadas con los nombres de LASA en etiquetas, recipientes, estantes, pantallas de computadora, dispositivos dispensadores y registros de administración.
5. Desarrollar estrategias para involucrar a pacientes y cuidadores, tales como:
 - Suministrar información escrita sobre medicamentos, incluyendo indicaciones, nombres genéricos y posibles efectos secundarios.
 - Adaptar la información para pacientes con barreras lingüísticas o limitaciones visuales.
 - Garantizar que el farmacéutico revise los medicamentos dispensados al paciente, especialmente cuando se trata de medicamentos con nombres problemáticos.
6. Integrar la educación sobre medicamentos potencialmente LASA en la formación inicial y en el desarrollo profesional continuo de los profesionales de la salud.

Entre los medicamentos que contribuyen significativamente a los errores de medicación se incluyen los narcóticos/opioides y los antipsicóticos, representando un porcentaje elevado de errores LASA.

IV. Toxicología en medicina legal

La toxicología es la ciencia que estudia los efectos adversos que agentes físicos y químicos pueden causar en seres humanos y animales. Etimológicamente, este término proviene del latín “toxicum” (veneno), que a su vez deriva del griego “toxikón”, haciendo referencia a una flecha envenenada. Esta alusión evoca prácticas antiguas, como la de impregnar flechas con sustancias mortales, una técnica que se remonta a la era paleolítica (Haro y Cumbe, 2020).

La Toxicología Forense se encarga de determinar sustancias estupefacientes y psicotrópicas para auxiliar en investigaciones sobre causas de muerte, envenenamientos y consumo de drogas. Esta disciplina detecta y cuantifica drogas de abuso en muestras biológicas, como sangre, orina, tejidos y otros fluidos, así como en sustancias desconocidas halladas en escenas del crimen.

Aunque el estudio de venenos tiene raíces antiguas, fue en la edad moderna cuando Paracelso estableció principios básicos de toxicología. Posteriormente, en tiempos contemporáneos, Mateo Buenaventura Orfila sistematizó el estudio de tóxicos y sentó las bases de la toxicocinética. No fue sino hasta el siglo XX que la toxicología se reconoció plenamente como una ciencia independiente, impulsada por el uso indiscriminado e ingenuo de pesticidas y fármacos sintéticos y sus efectos perjudiciales en la salud humana.

La Real Academia define el veneno como “cualquier sustancia que, al ser introducida o aplicada en el cuerpo en pequeñas cantidades, puede causar la muerte o graves trastornos”. En el ámbito de la toxicología, es esencial comprender la terminología básica:

- Tóxico: Sustancia que, al ser absorbida, inyectada o ingerida, causa efectos nocivos en el organismo. No necesariamente tiene la intención de causar daño.
- Veneno: Sustancia administrada con el propósito de causar daño.
- Toxicología: Ciencia que investiga los efectos, mecanismos de acción, metabolismo y tratamiento de sustancias tóxicas y venenos.
- Xenobiótico: Compuestos sintéticos que no forman parte natural de los organismos vivos.
- Toxina: Sustancia tóxica producida de manera natural, ya sea por microorganismos, plantas o síntesis química, que puede causar daño celular o la muerte.

- Efecto tóxico: Repercusión en la salud derivada de la exposición a una sustancia tóxica.
- Dosis: Cantidad de una sustancia química que entra en el cuerpo, determinada por exposiciones agudas (cortas) o crónicas (prolongadas).
- Dosis-efecto: Relación que establece la respuesta del organismo según la dosis de una sustancia; indica que a mayor dosis, mayor es el efecto.
- Dosis umbral: Nivel de exposición por debajo del cual no se observan efectos perjudiciales.
- Susceptibilidad individual: Variabilidad en la respuesta a sustancias tóxicas entre individuos debido a diferencias genéticas, ambientales o fisiológicas.

La toxicología forense, fundamentada en el conocimiento toxicológico, respalda a la patología y medicina forense en la determinación de las causas de muerte. Cualquier individuo que fallezca, ya sea durante o después de recibir atención médica debido a una intoxicación, conlleva implicaciones medicolegales. Por lo tanto, la medicina forense interviene en aquellos casos que requieren peritajes médicos para esclarecer responsabilidades legales.

En la actualidad, destacan cuatro subdisciplinas principales en el ámbito de la toxicología forense:

- Toxicología post mortem: Esta subdisciplina se encarga de identificar sustancias de interés toxicológico en muestras tomadas del cadáver. Colabora estrechamente con el médico forense para determinar si las sustancias tóxicas fueron la causa directa de la muerte o tuvieron algún papel contribuyente.

- Toxicología conductual: Su enfoque radica en la identificación y cuantificación de drogas que afectan el comportamiento humano. Estas sustancias pueden inducir conductas agresivas, incapacitar funciones físicas y mentales, o alterar la percepción y conciencia del individuo.

- Toxicología antidopaje: Esta área se dedica a investigar el uso de sustancias prohibidas en el ámbito deportivo. Se centra en identificar el consumo de drogas que mejoren el rendimiento, como esteroides anabólicos y otros fármacos, considerados prácticas fraudulentas en competencias deportivas.

- Toxicología forense en el lugar de trabajo: Esta subdisciplina se rige por protocolos específicos para identificar el consumo de drogas en profesionales que desempeñan roles críticos. Esto incluye a agentes de policía, profesionales del sector de seguridad y justicia, pilotos de aeronáutica civil, y conductores de transporte terrestre, entre otros.

En concreto el Farmacéutico en la Toxicología forense es participar en la determinación de parámetros fármaco-toxicológicos actuando como auxiliar de la administración de Justicia, debido a que los medicamentos pueden convertirse en sustancia tóxicas o venenosas por diferentes motivos: sobredosificación, interacción, potenciación por el uso de otras sustancias, malos usos, por idiosincrasia personal del consumidor, vía de administración equivocada, etc. Por lo que los conocimientos farmacológicos del profesional farmacéutico en este ámbito se vuelven clave para la resolución casos de delitos toxicológicos en medicina legal.

Los tóxicos se pueden clasificar de diversas maneras:

Los tóxicos se clasifican:

Por el origen:

- Vegetal
- Animal
- Mineral
- Sintético

Por su estado físico:

- Líquidos
- Sólidos
- Gaseoso
- Pulverulentos

Por el órgano blanco:

- Puede ser tóxicos a cualesquiera órganos, pero los más atacados son el hígado, el riñón, la médula ósea, las células sanguíneas, etc.

Según su uso:

- Medicamento
- Cosmético
- Sustancia de abuso
- Alimento
- Defensa

Por la composición química:

- Amidas aromáticas
- Hidrocarburos halogenados

Por el mecanismo de acción:

- Inhibidores sulfidrilos
- Inhibidores de la colinesterasa
- Productores de metahemoglobinemia

En el contexto de la toxicología forense, el papel del farmacéutico es crucial. Este profesional colabora en la determinación de parámetros fármaco-toxicológicos, sirviendo como auxiliar en la administración de justicia. Los medicamentos pueden transformarse en sustancias tóxicas

o venenosas debido a diversos factores, como la sobredosificación, interacciones medicamentosas, potenciación por el consumo simultáneo de otras sustancias, errores en la administración, o idiosincrasias personales del consumidor. Por ello, el conocimiento farmacológico especializado del farmacéutico es esencial para resolver casos relacionados con delitos toxicológicos en el ámbito de la medicina legal.

V. El farmacéutico en el peritaje judicial de la medicina legal

El Artículo 144° del Código Federal de Procedimientos Civiles establece que los peritos deben poseer título en la ciencia o arte relacionado con la cuestión sobre la cual deben emitir su opinión, siempre que la profesión o arte esté legalmente reglamentado. Define a un perito como “una persona con conocimientos técnicos, científicos, artísticos o prácticos especiales en una materia, quien, bajo juramento, informa al juez sobre asuntos relacionados con su expertise” (Congreso de la Unión, 2023).

En España, por ejemplo, todos los farmacéuticos colegiados tienen la posibilidad de actuar como peritos judiciales, previo cumplimiento de diversas normativas que garantizan su experiencia y conocimientos en diferentes campos farmacéuticos. Estos campos abarcan especialidades como Galénica Industrial, Formulación Magistral, Tasación de Activos Farmacéuticos, Plantas Medicinales, Biotecnología, Farmacia Veterinaria, Análisis de Control de Medicamentos y Drogas para Farmacia, entre otros (Grup Consultoria Técnica Integral, 2020; Cañas Mendo, s/f).

El perito farmacéutico se especializa en medicamentos y puede intervenir y evaluar cuestiones como distribuciones defectuosas de medicamentos, interacciones farmacológicas, venta de fármacos falsificados y disputas sobre patentes. Además, puede analizar posibles negligencias en la dispensación y redactar informes judiciales para su uso en juicios, clarificando responsabilidades profesionales.

Los expertos farmacéuticos también pueden declarar sobre temas como tráfico ilegal de medicamentos, usos indebidos, almacenamiento y análisis de laboratorios. Su formación académica les permite participar en investigaciones en laboratorios de control de productos y actuar como peritos en procedimientos judiciales, aportando su conocimiento y experiencia en medicamentos y legislación.

Para ser un perito farmacéutico competente, es necesario contar con experiencia y conocimientos en medicamentos, interacciones, posibles efectos adversos, y prácticas incorrectas en la dispensación o prescripción de tratamientos. Además, deben tener sólidos conocimientos en galénica, medicamentos y aspectos jurídicos relacionados (Cañas Mendo, s/f).

Con la titulación adecuada, el perito está capacitado para ejercer

como Perito Judicial en diferentes ámbitos, incluyendo procesos civiles, laborales o penales, ya sea de forma independiente o para terceros. Sus funciones incluyen proporcionar información y opiniones fundamentadas a los jueces, contribuyendo a la comprensión de aspectos controvertidos en los procedimientos judiciales (Arroyo, 2020; Busto, 2019).

Algunos ejemplos en los que puede ser necesario un Informe Pericial Farmacéutico o la declaración de un perito en un proceso judicial incluyen:

- Negligencia por parte del farmacéutico.
- Disputas relacionadas con patentes farmacéuticas.
- Venta ilícita de fármacos falsificados.
- Canales ilegales de distribución en establecimientos comerciales.
- Evaluación de posibles interacciones entre medicamentos en un paciente.
- Distribución inadecuada de medicamentos.
- Valoración del riesgo de reacciones adversas.
- Detectar malas prácticas en la dispensación o prescripción de medicamentos.
- Uso de medicamentos caducados.
- Condiciones inapropiadas de almacenamiento de medicamentos.
- Casos relacionados con dopaje.
- Investigación sobre exportación y especulación de fármacos.
- Accidentes derivados del abuso de medicamentos.
- Uso indebido intencionado de medicamentos por terceros.
- Situaciones de mal uso o abuso en el consumo de medicamentos.
- Presencia de sustancias ilegales o fármacos en un individuo fallecido.
- Análisis de aspectos toxicológicos relacionados.
- Gestión inapropiada de la medicación.

Las responsabilidades del perito farmacéutico en el ámbito de la medicina legal (Grup Consultoría Técnica Integral, 2020; Cañas Mendo, s/f) incluyen asumir la responsabilidad civil si su actuación como perito causa daño. Además, si infringen las normas éticas establecidas por los colegios profesionales, podrían enfrentar responsabilidades administrativas, que podrían resultar en sanciones colegiales. Finalmente, si el perito proporciona información falsa o engañosa, podría incurrir en responsabilidad penal.

VI. Conclusiones

El farmacéutico desempeña un papel crucial en la medicina legal gracias a su sólida formación académica y profundo conocimiento farmacológico. Su expertise abarca el uso adecuado de medicamentos,

desde su formulación e interacción hasta su preparación, dispensación y supervisión mediante programas de farmacovigilancia. Estas competencias le otorgan la capacidad jurídica para ofrecer su opinión profesional en procedimientos judiciales, contribuyendo así a la administración de justicia.

Es fundamental destacar que el rol del farmacéutico no incluye el diagnóstico ni la prescripción médica. En lugar de ser percibido como un rival del médico, debe ser visto como un colaborador indispensable que puede brindar asesoramiento y seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes. Trabaja en estrecha colaboración con el equipo de salud, complementando las funciones médicas y contribuyendo a una atención integral.

Además, el farmacéutico tiene un papel activo en diversas comisiones clínicas y grupos de trabajo. Aporta su experiencia en la realización de estudios y ensayos para asesorar en la gestión de servicios hospitalarios, siempre con el objetivo primordial de velar por la salud y bienestar del paciente. En este sentido, su labor se centra en alcanzar un objetivo común: optimizar la salud del paciente a través de una gestión farmacéutica eficiente y segura.

VII. Lista de fuentes

- ARROYO, S. C. (2020). El medicamento como instrumento del delito: análisis del delito farmacológico y las intoxicaciones medicamentosas desde la Medicina legal, el derecho penal y su jurisprudencia. *Anuario de derecho penal y ciencias penales*, 73(1), 307–419. Recuperado el 4 de noviembre de 2023 de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7655329>
- BUSTO, A. (2019). El farmacéutico y la pericia judicial. Club de la Farmacia. Recuperado el 4 de noviembre de 2023 de: <https://www.clubdelafarmacia.com/para-estar-al-dia/el-blog-del-club/farmacéutico-perito-judicial/>
- CAÑAS MENDO, J. M. (s/f). Peritaje judicial farmacéutico. Recuperado el 4 de noviembre de 2023 de: <https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2021/05/2020-webinar-peritaje-judicial-arbitraje-resumen-presentacion.pdf>
- COLEGIO NACIONAL DE QUÍMICO FARMACÉUTICOS BIÓLOGOS MÉXICO (2021). Las Funciones del Profesional Farmacéutico en México. Farmakeuz. Recuperado el 4 de noviembre de 2023 de: <https://colegioqfb.org.mx/las-funciones-del-profesional-farmacéutico-en-mexico/>
- CONGRESO DE LA UNIÓN (2023). Código Federal de Procedimientos Civiles. Recuperado el 4 de noviembre de 2023 de: <https://mexico.>

- justia.com/federales/codigos/codigo-federal-de-procedimientos-civiles/libro-primero/titulo-cuarto/capitulo-iv/
- CONGRESO DE LA UNIÓN (s.f.). Dictamen de la Comisión de Salud, sobre las iniciativas que reforman el artículo 79 de la Ley General de Salud, en materia de farmacéutica. Recuperado el 4 de noviembre de 2023 de: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/iniclave/CD-LXIII-III-2P-365/02_dictamen_08feb18.pdf
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS FARMACÉUTICOS (2018). Código de Deontología de la Profesión Farmacéutica – 2018. Recuperado el 4 de noviembre de 2023 de: <https://www.farmaceuticos.com/el-consejo-general/portal-transparencia/informacion-de-gestion-y-sobre-cumplimiento-normativo/deontologia/>
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS FARMACÉUTICOS (2020). La Organización Mundial de la Salud destaca el papel de los farmacéuticos comunitarios en la crisis del Covid-19. Recuperado el 4 de noviembre de 2023 de: <https://www.farmaceuticos.com/noticias/la-organizacion-mundial-de-la-salud-destaca-el-papel-de-los-farmaceuticos-comunitarios-en-la-tesis-del-covid-19/>
- ENRIQUE, G. V. (2003). Médicos y farmacéuticos. Recuperado el 4 de noviembre de 2023 de: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-medicos-farmaceuticos-13044500>
- FARMACOPEA MEXICANA (s/f). Día Mundial del Farmacéutico y XXXI Aniversario de la CPFEUM. Recuperado el 4 de noviembre de 2023, de <https://www.farmacopea.org.mx/noticia-detalle.php?pid=4>.
- FORO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA-FARMACIA COMUNITARIA (2021). Competencias profesionales para la prestación de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. Recuperado el 4 de noviembre de 2023 de: <https://www.sefac.org/system/files/2022-03/DocumentoCompetencias%20%281%29.pdf>
- GRUP CONSULTORIA TÉCNICA INTEGRAL (2020). Perito Farmacéutico. Recuperado el 4 de noviembre de 2023 de: <https://www.gp-grup.com/peritos-judiciales/perito-farmaceutico/>
- HARO, H. D. P., & CUMBE, M. A. B. (2022). Toxicología aplicada a la medicina legal y forense. Dominio de las Ciencias, 8(3), 54. Recuperado el 4 de noviembre de 2023 de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8635231>
- JACOBI, J. (2016). Farmacéuticos clínicos: profesionales esenciales del equipo de atención clínica. Revista médica Clínica Las Condes, 27(5), 578–584. Recuperado el 4 de noviembre de 2023 de: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.09.004>

- ROCÍO, Q. F. B., VÁZQUEZ, M., TOMÁS, M. F., CRUZ, D., HÉCTOR, Q. F. B., SCHOELLY, S., ANTONIO, J., FORZÁN, K., & NAVA, J. (s/f). Errores de medicación con medicamentos. Recuperado el 4 de noviembre de 2023 de: <https://www.salud.cdmx.gob.mx/storage/app/media/2018-2024/medicamentos/FICHAS%20TECNICAS/BOLETINES%20USO%20RACIONAL%20MEDICAMENTOS/2018/Boletin%201%202018%20LASA.pdf>
- SAIZ CALDERÓN GÓMEZ, M. (2023). Abordaje de un dilema bioético. En Derechos Humanos y Justicia. Recuperado el 4 de noviembre de 2023 de: <https://www.foneia.org/omp/index.php/foneia/catalog/view/dhyjusticia/dhjcap2/381>

El tiraje digital de esta obra: “Medicina Legal” se realizó posterior a un riguroso proceso de arbitraje doble ciego, llevado a cabo por dos expertos miembros del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII) del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) en México, así como revisión anti plagio y aval del Consejo Editorial del Fondo Editorial para la Investigación Académica (FONEIA). Primera edición digital de distribución gratuita, abril de 2024.

El Fondo Editorial para la Investigación Académica es titular de los derechos de esta edición conforme licencia Creative Commons de Reconocimiento – No Comercial – Compartir Igual (by-nc-sa). Las coordinadoras Rosa María Cuellar Gutierrez e Hilda Guadalupe Preciado, así como cada una de las coautoras y coautores son titulares y responsables únicos del contenido.

Diseño editorial: Williams David López Marcelo

Diseño de portada: Maximiliano Bautista Camacho

Requerimientos técnicos: Windows XP o superior, Mac OS, Adobe Acrobat Reader.

Editorial: Fondo Editorial para la Investigación Académica (FONEIA). www.foneia.org
consejoeditorial@foneia.org, 52 (228)1383728, Paseo de la Reforma Col. Centro, Cuauhtémoc,
Ciudad de México

ISBN: 978-607-69529-4-8



9 786076 952948

MEDICINA LEGAL



ROSA MARIA CUELLAR GUTIERREZ
HILDA GUADALUPE PRECIADO

DIRECCIÓN



FONEIA

Fondo
Editorial para la
**Investigación
Académica**

Sinopsis

El libro Medicina legal es una obra que aborda de manera exhaustiva el aspecto jurídico-legal de la Ciencia médica. A través de siete capítulos, se exploran diferentes temáticas relacionadas con la documentación oficial para certificar la muerte, la ética médica, la responsabilidad profesional, los servicios de salud pública, la bioética, el internado médico de pregrado, el derecho a la salud de las personas que viven con VIH, el peritaje quiropráctico, la enfermería legal y el rol de los profesionales de la salud en la Medicina legal. El primer capítulo se centra en los desafíos y procedimientos asociados con la expedición de Certificados de Defunción en México, abordando su naturaleza médico-legal y las responsabilidades involucradas. En el segundo capítulo, se examina la interacción entre la conducta profesional de los trabajadores de la salud y el marco jurídico mexicano que la regula, enfatizando la ética médica y las normativas legales pertinentes. El tercer capítulo explora la evolución histórica del internado de pregrado en medicina en México, desde sus orígenes hasta su institucionalización, abordando las modalidades, retos y la creación de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. El cuarto capítulo analiza el derecho de las personas con VIH a recibir un tratamiento integral, destacando la falta de una normativa específica y enfocándose en la necesidad de garantizar los derechos humanos y el acceso a la atención médica adecuada para este grupo vulnerable. El quinto capítulo explora la evolución de la medicina, delineando la distinción entre medicina clínica y pública, e introduciendo la medicina legal con el perito como figura central en el ámbito judicial. El Capítulo VI se enfoca en la transformación y regulación de la enfermería en México, resaltando la incorporación de la ética profesional en la formación académica. Finalmente, el Capítulo VII analiza la evolución histórica y la importancia contemporánea de la Farmacia como ciencia y profesión.

