

Riesgo inherente y residual como herramientas legales ante complicaciones médicas

Inherent and residual risk as legal tools in the face of medical complications



Tovar-Velasco JJ^{1*}

1. Investigador, Dirección Médico legal, Voces Por la Dignidad, Centro de Derechos Humanos, Santiago de Querétaro, Querétaro, México.

RESUMEN

La práctica médica es una actividad compleja que, al no constituir una ciencia exacta, implica un margen inevitable de incertidumbre y la posibilidad de complicaciones. En este contexto, los conceptos de riesgo inherente y riesgo residual representan herramientas fundamentales para la gestión de la atención en salud y para la adecuada interpretación de la lex artis frente a eventos adversos.

El manuscrito analiza de qué manera estos tipos de riesgo influyen en la determinación de responsabilidades y en la defensa de las y los profesionales de la salud dentro del marco jurídico mexicano, especialmente ante señalamientos de negligencia o mala práctica en un entorno donde han aumentado las acciones judiciales contra el personal sanitario. Asimismo, subraya la importancia de aplicar el principio de presunción de inocencia en los casos en que surgen complicaciones médicas.

La revisión identifica que, tanto en la literatura médica como en la jurídica, no se dispone de un método sistemático para analizar los riesgos inherentes y residuales ni sus controles conforme a las normativas aplicables, con el fin de delimitar con claridad el alcance de las responsabilidades del personal de salud durante el acto médico.

Finalmente, se propone una herramienta metodológica cualitativa orientada a evaluar los controles de riesgo en el acto médico.

Palabras clave: riesgo; gestión del riesgo; jurisprudencia médica; práctica médica; práctica profesional; mala práctica.

ABSTRACT

Medical practice is a complex activity which, as it is not an exact science, inherently involves uncertainty and the possibility of complications. Within this context, the concepts of inherent risk and residual risk are essential tools for healthcare risk management and for the appropriate interpretation of the lex artis when adverse events occur.

This review examines how these types of risk influence the determination of professional responsibility and the legal defense of healthcare providers within the Mexican judicial framework, particularly in cases involving allegations of negligence or malpractice amid

Autor(a) de Correspondencia:

Tovar-Velasco, JJ
Investigador, Dirección Médico legal, voces por la dignidad, Centro de Derechos Humanos, Santiago de Querétaro, Querétaro, México.
correo electrónico: tovarcocos@gmail.com

Citar como:

Tovar-Velasco JJ.
Riesgo inherente y residual como herramientas legales ante complicaciones médicas
Rev CONAMED.
2025;30(4): 230-243.

Fecha de recepción:

04 de agosto de 2025

Fecha de aceptación:

23 de octubre de 2025

an increasing number of legal actions against medical personnel. It also underscores the importance of upholding the principle of presumption of innocence when medical complications arise.

The analysis reveals that neither the medical nor the legal literature currently provides a systematic method for assessing inherent and residual risks or their corresponding controls in accordance with applicable regulations, with the aim of clarifying the scope of professional responsibility in the medical act.

Finally, this article proposes a qualitative methodological tool for evaluating risk controls in the medical act.

Keywords: risk; risk management; medical jurisprudence; medical practice; professional practice; malpractice.

INTRODUCCIÓN

La práctica médica es compleja y está lejos de considerarse una ciencia exacta; esta es desafiada constantemente por la incertidumbre de los resultados obtenidos en su aplicación, así como por las múltiples variables que rodean e inciden en la evolución de los pacientes.¹

En este tenor, los conceptos tanto del riesgo inherente como el riesgo residual, así como sus controles, se convierten en herramientas relevantes, tanto para la gestión de la calidad de atención en salud prestada, así como para la correcta interpretación de la *lex artis* y la *lex artis ad hoc* ante posibles complicaciones.

Este documento explora la relevancia de estos conceptos en el marco jurídico mexicano, analizando cómo pueden influir en la determinación de responsabilidades, así como en la defensa de los profesionales de la salud frente a señalamientos de negligencia o mala práctica médica.

Además, propone una herramienta cualitativa de verificación de los puntos relevantes por analizar de manera metodológica ante un conflicto médico legal y que puede ser de trascendencia para los juristas encargados de llevar estos casos.

No hay referentes en la literatura médica y jurídica de alguna herramienta o método de análisis

específico de los riesgos inherentes, residuales y sus controles para poder delimitar el alcance de las responsabilidades o no del prestador de servicios de salud en el acto médico. Así, la ponderación por los juristas para el análisis de estos casos a través del método de análisis propuesto podría facilitarles la evaluación del caso concreto para determinar el grado de responsabilidad profesional ejercitado

También podría ayudar al personal de salud a contemplar todos los pasos requeridos para poder determinar el cumplimiento de su deber profesional apegado al marco legal vigente, así como a la *lex artis* relacionada a su actividad cotidiana. Por lo cual en este trabajo se propone una herramienta metodológica cualitativa para la evaluación de los controles de riesgo en el acto médico.

DESARROLLO

La práctica de la medicina es dependiente de múltiples variables, por lo que diversos autores manifiestan que es imposible pronosticar ni asegurar resultados favorables en todos los casos, ya que las variables que pueden influir en la evolución de estos son múltiples y, en muchas ocasiones, relacionadas a las propias características de los pacientes y ambiente externo.¹

También es una disciplina compleja que cada vez se ve más ensombrecida por acciones judiciales y quejas en contra del personal de salud.^{2,3}

Es sabido que se han incrementado en nuestro país los actos judiciales en contra del personal médico, por lo que cada vez es más común que los pacientes acudan al aparato judicial para resolver conflictos derivados de la atención en salud, ya sea por problemas reales, mala práctica médica o simples malentendidos. Esto ha fomentado la práctica de la medicina defensiva por temor a acciones judiciales, refiriendo que entre 2018 y 2024, se registraron 97,976 quejas o solicitudes de atención ante la comisión nacional de arbitraje médico.⁴

Los tribunales colegiados de circuito en México, en la tesis 2004722 (SCJN, octubre 2013, tesis aislada) han referido de manera textual que "la medicina no es una ciencia exacta, por lo que no puede pronosticar ni asegurar resultados favorables en todos los casos, dado que hay limitaciones propias del profesional en la interpretación de los hechos,

como cuando el cuadro clínico no se manifiesta completamente, el paciente no comprende los riesgos y beneficios de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, o entrega información incompleta de sus síntomas; además, las circunstancias en que se da una relación clínica pueden limitar la certeza del diagnóstico y la eficacia de medidas terapéuticas. En estas condiciones, dada la gran variabilidad y complejidad que rodean a una condición clínica concreta, algunas dependientes del profesional, otras de las condiciones particulares del paciente, de los recursos o infraestructura que se disponga y, finalmente, por las circunstancias que la rodean, es imposible aplicar la misma normativa en todos los casos, sino que éstas deben adecuarse al caso concreto".⁵

Por otro lado, es importante considerar que la medicina es considerada en México como una obligación de medios mas no de resultados como refieren las tesis judiciales 160354 (SCJN, enero 2012, Tesis aislada) y 2024514 (SCJN, abril 2022, Tesis aislada), se manifiesta que *"dentro de las obligaciones supone que el profesionista no se obliga al logro de un concreto resultado, sino al despliegue de una conducta diligente, cuya apreciación está en función de la denominada lex artis ad hoc, entendida como el criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos, estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida, según informa la doctrina"*.^{6,7}

En México, un principio constitucional que debe considerarse dentro del concepto del riesgos en la atención médica, es la presunción de inocencia de las personas mientras no se declare su responsabilidad mediante sentencia emitida por un juez, como lo expresa el artículo 20 en su apartado B fracción I, de tal manera que, este principio constitucional aplica también a la práctica de la medicina y es salvaguardado por diversos tratados, convenciones e instrumentos internacionales de los cuales México es parte y tiene la obligación de aplicar, basados en los principios de constitucionalidad y convencionalidad concatenados a los puntos referidos previamente en este texto.^{8,9}

En general se acepta el riesgo como un evento que puede acontecer en el futuro en

cualquier actividad que se realice y que puede tener efectos negativos al presentarse. También se define como la contingencia o proximidad de un daño, otros autores lo definen como aquello que puede acontecer en un futuro, más o menos cercano, que está presente en cualquier actividad que se realice, y que causa preocupación por sus consecuencias.^{10,11}

Los riesgos en la práctica médica pueden dividirse en dos tipos principales; los riesgos inherentes y los riesgos residuales, en el entendido de que estos términos originalmente fueron aplicados en materia de seguros, en la actualidad se aplican a muchos ramos de la actividad profesional de diversas ramas, no siendo la excepción la materia médica.¹²

Así, se describe el riesgo inherente como el riesgo que existiría hipotéticamente sin tomarse ninguna medida de mitigación o prevención, es decir; es el riesgo bruto y natural asociado con cualquier actividad o situación particular, en la práctica médica se referiría a cualquier riesgo intrínseco a los procedimientos y tratamientos que existen, por el simple hecho de la naturaleza del acto médico, por ejemplo; en una intervención quirúrgica siempre hay riesgo de infección por el simple hecho de incidir los tejidos de la piel y exponer los tejidos debajo de esta al medio ambiente.¹²

Por otro lado, el riesgo residual es el nivel de riesgo futuro previsto después de implementar todas las medidas de mitigación o contención, suponiendo que sean efectivas para evitar dicho riesgo, como ejemplo podríamos decir que para realizar una cirugía el médico toma todas las precauciones en cuanto a valoraciones preoperatorias, asepsia, antisepsia, profilaxis antimicrobiana pre y postoperatoria, vigilancia de la herida y a pesar de todos estos cuidados, la herida se infecta.^{12,13}

La relevancia de estos riesgos centra su atención en la práctica médica en el punto de que cualquier actividad relacionada al acto médico conlleva un riesgo potencial, desde que el paciente ingiere un medicamento prescrito por su médico, hasta cualquier intervención quirúrgica independientemente de la magnitud de esta, considerando por supuesto, que no existe el riesgo cero a pesar de tomarse todas las medidas para intentar prevenirlo o atenuarlo.

En la búsqueda de literatura de algún método que facilite al jurista el análisis de los casos

de responsabilidad profesional en materia médica, no hemos encontrado alguno que sea de aplicación práctica para su uso relacionado a estos casos como posible guía para determinar los pasos seguidos por el profesional de la salud en cuanto a los controles para reducción de riesgos inherentes y residuales y, sobre esta base poder determinar el nivel de responsabilidad en su actuar.

El asumir que al realizarse una intervención médica de cualquier índole no existe un riesgo, sería un desacierto ya que, hace posible que individuos no relacionados con el ámbito del ejercicio profesional de la salud, puedan inferir situaciones inexistentes o supuestos irreales que puedan derivar en inconformidades, por situaciones que no necesariamente podrían ser atribuibles de manera exclusiva al personal de salud.

Estas situaciones son cada vez es más frecuentes, pueden generarle a estos problemas legales, económicos, y de salud mental como traumas psicológicos, angustia, agotamiento, así como deterioro en su capacidad profesional y de su prestigio profesional, llegando en casos extremos al suicidio.^{14,15}

Como se ha comentado, el riesgo residual es aquel que permanece de manera inevitable, a pesar de haberse tomado todas las medidas de control necesarias para evitarlo, reducirlo o mitigarlo, en el caso concreto de la medicina estas medidas de control recaen en el apego a la *lex artis* que se refiere a las reglas y estándares que rigen la actuación correcta de la atención médica y a la *lex artis ad hoc* que se refiere a la aplicación de dichos estándares a un caso en concreto, considerando las circunstancias de modo, tiempo, lugar y consecuencias concretas del caso y debe ser materializado documentalmente el actuar del profesional de la salud en los consentimientos informados y notas médicas.

La comprensión del jurista de los pasos a evaluar en cuanto al caso en concreto en materia médica le hará comprender que, realizarlo bajo el lente de un método concreto puede facilitar su actuar profesional y tener una visión más amplia y concreta del caso en cuestión para generar mejores argumentos en el análisis de este, encaminándose a encuadrar mediante una perspectiva diferente y más precisa los señalamientos del actuar del profesional en salud que pueden generarse por parte de los juristas relacionados a estos. Es así como, el objetivo primordial de este trabajo es

proponer una herramienta metodológica cualitativa para la evaluación de los controles de riesgo en el acto médico.

Este método además de facilitar al jurista el análisis del caso, también lleva a la necesidad y posibilidad de que el profesional de la salud haga hincapié que, bajo la óptica del método propuesto considere los medios necesarios mínimos a tener en cuenta para aplicar las medidas de seguridad y control para la protección legal de su práctica profesional, más aún en el entendido de que en la actualidad la medicina defensiva ya es una práctica común debido a la cultura punitiva en que vivimos, así como por el incremento de las demandas y denuncias por actos médicos.¹⁶

La relevancia de lo anterior es que, para que puedan fincarse elementos de responsabilidad civil, en materia médica derivado de un riesgo inherente o uno residual y posterior a alguna complicación, se deben considerar tanto los elementos objetivos como subjetivos de la responsabilidad.

Así, los elementos objetivos se refieren a los aspectos materiales y externos del hecho, dentro de los cuales se encuentran tres situaciones principales: 1- el acto u omisión realizada, 2- el daño causado y 3- el nexo causal entre las dos previas.

Los elementos subjetivos, por otro lado, se centran en la intención o la culpa del agente, es decir, si actuó con dolo (intención de causar daño) o culpa (falta de diligencia de un deber de cuidado, negligencia o imprudencia), por otro lado para determinar que la complicación de un acto médico sea considerada como un delito, tendría que categorizarse en función a los siguientes cuatro elementos; 1- tipicidad; si se ajusta a la descripción de un delito según el código penal, 2- antijuricidad; si la acción es contraria al derecho, 3- culpabilidad; si el autor es responsable de la misma y 4- punibilidad; si es meritorio de aplicarse una sanción.^{17,18}

Si no se demuestran por la parte actora las pruebas que determinen con toda claridad todos estos elementos mencionados en los párrafos previos y el personal de salud y su representante jurídico pueden demostrar que actuó de la manera diligente y correcta como está en la normatividad legal, y como refieren algunos autores, considerando y demostrando las excluyentes de incriminación que pueden cancelar alguno de los elementos del delito, es factible que a pesar de la posibilidad y

complejidades de un litigio, este pueda librarse del señalamiento de responsabilidad profesional.¹⁷

Según el código penal federal en sus artículos 15 al 17 se refieren las excluyentes de delitos aplicables al acto médico como son; 1- la falta de voluntad; 2- la inexistencia del tipo penal; 3- el consentimiento informado del titular, cuando el bien jurídico afectado sea disponible para quien lo otorga; 4- el cumplimiento de un deber jurídico, que implica la obligación de proporcionar tratamiento; 5- el estado de necesidad o error invencible, cuando se sacrifica el bien inferior por otro superior como la vida y 6- la no exigibilidad de otra conducta, cuando por las circunstancias que concurren en una conducta ilícita, no permiten actuar conforme a derecho.^{17,18}

Si hay un actuar diligente por parte del médico y se siguieron a cabalidad los pasos de la atención médica apegados a la *lex artis* y *la lex artis ad hoc*, y está adecuadamente sustentado en los documentos llenados por el personal de salud, sería posible para el médico (o enfermera) demostrar que no hubo intención de daño, que se siguieron los pasos requeridos dentro del actuar profesional por la ley general en salud, por la *lex artis* y *lex artis ad hoc*, que dichos pasos están sustentados en los documentos conforme a la NOM 004 SSA3 2012 del expediente clínico, e idealmente apegado a las guías de práctica clínica vigentes que, aunque no son de observancia obligatoria en su cumplimiento, desde el punto de vista jurídico, otorgan al médico cierto amparo para justificar su actuación y cumple un enorme valor orientativo para el juez, aun cuando no le vincula, ni le obliga a su aplicación forzosa.^{19,20}

En cuanto al riesgo residual, algunos autores mencionan que se puede considerar como aquel que no se puede eliminar ni reducir en su totalidad (lo cual aplica a cualquier acto médico), lo que podría deberse a que no existen medidas de control absolutas para prevenirlo, a que para reducirlo podrían introducirse otros riesgos o a que sería extremadamente desproporcionado controlarlo, asimismo mencionan que para controlar el riesgo residual a su nivel más bajo posible, es necesario elegir las mejores medidas de control para una tarea determinada.²¹

El entendimiento de los riesgos potenciales en cualquier intervención por su propia naturaleza; deriva en que el personal de salud y el personal jurídico que lleva estos casos, tiene la responsabilidad

de conocer los riesgos inherentes y residuales en el área de salud así como sus controles, los cuales, en general el personal médico conoce y aplica rutinariamente, (no así el personal jurídico a menos que esté capacitado en esta área para el análisis de los casos), pero no bajo una metodología determinada, ya que estos los va adquiriendo de forma mezclada entre el conocimiento empírico-intuitivo, los usos y costumbres de las áreas donde se entrena y capacita, y sobre el conocimiento académico de su propia práctica profesional.

Sin embargo, al no tener sistematizado el concepto del riesgo inherente, residual y sus controles, es probable que estos no queden completa ni claramente asentados ni descritos en los documentos necesarios para poder ejercer su actividad con mayor seguridad y que, en un caso determinado, el jurista pueda con un mejor enfoque determinar el actuar del profesional de la salud.

El método de evaluación propuesto de los controles en la práctica médica, sería recomendable para su aplicación de manera rutinaria para mitigar los riesgos inherentes y residuales en el ejercicio de la medicina, teniendo que aplicarse como medidas preventivas para disminuir la posibilidad de incurrir en fallas procedimentales, riesgos en la atención médica del paciente e incluso de quejas por falta de información en los expedientes y/o por falta de información en la actividad profesional a los pacientes o sus familiares.

METODOLOGÍA DE HERRAMIENTA DE ANÁLISIS DE CONTROLES PROPUESTA (ANEXOS 1, 2, 3 y 4)

El personal de salud está sujeto a una regulación jurídica robusta y compleja y dentro de su práctica tiene el deber de conocerla independientemente de su campo de acción, así, tenemos que dentro del método de análisis propuesto tanto para médicos como para juristas se determinen los controles que generalmente deben realizarse ante la práctica médica habitual, y según considera el autor del presente documento, pueden dividirse en 4 áreas principales; La herramienta propuesta se estructura en cuatro apartados principales que combinan los controles propuestos con los documentos obligatorios de la NOM 004 SSA3 2012 y en la NOM 019 SSA3 2013.^{19,22}

Estas secciones se dividen en las siguientes 1. Criterios de riesgo que involucren la diligencia en el manejo de la información; 2. Análisis de controles del acto médico (prevención de negligencias); 3. Ponderación de los controles en el actuar de enfermería y 4. Ponderación de la responsabilidad profesional.

Estas cuatro secciones propuestas, engloban los medios de control de los riesgos inherentes y residuales bajo el apego de las normas referidas en cuanto al control documental de notas de valoraciones iniciales, los controles documentales de evaluación de laboratorio y gabinete, los controles documentales de procedimientos preventivos dentro de la atención médica, los controles documentales de medios de valoración y seguimiento de los pacientes, y los controles documentales de apego al tratamiento médico por parte del paciente.

Controles documentales de valoración inicial y de autorización de procedimientos médicos y hospitalarios; Son los documentos que se refieren a las condiciones del paciente en su valoración inicial ya sea en una consulta, hospitalización o a una unidad de urgencias, estos incluyen las notas de consulta inicial, en caso de ingreso a urgencias y hospitalización, las notas de valoración inicial, la historia clínica, los consentimientos informados de hospital y sobre la atención médica por realizarse en caso de ser requeridos, entre otros.

Controles de evaluación de laboratorio y gabinete; estos normalmente son todos los estudios solicitados en las consultas médicas o al ingreso hospitalario de los pacientes requeridos para integrar diagnósticos sindrómicos, presuncionales y definitivos, así como para determinación de parámetros de laboratorios preoperatorios, y para el seguimiento y monitorización del control de los pacientes posterior a una atención médica en los casos que lo ameritan ya sea que estén hospitalizados o como ambulatorios con seguimiento en consulta externa.

Controles documentales sobre procedimientos preventivos realizados en la atención médica; En algunos actos médicos como las intervenciones quirúrgicas o pacientes en situaciones delicadas requieren ciertos cuidados y medidas especiales, como ejemplos; aplicación de medicamentos antimicrobianos para mitigar riesgos de infección en heridas y sean quirúrgicas o de otra índole; prevención de casos de tromboembolia o hipercoagulabilidad

mediante anticoagulación en casos de pacientes encamados de manera prolongada o posteriores a cirugías mayores ortopédicas o cardiovasculares; las planeaciones quirúrgicas, los tiempos de asepsia y antisepsia ante una intervención quirúrgica, los "tiempos fuera" (tiempos de verificación) aplicados por el personal de enfermería previos a la intervención quirúrgica; medidas de control en prevención de caídas del paciente hospitalizado, entre muchos otros.

Controles de medios de valoración y seguimiento de los pacientes: Son todas las notas médicas de seguimiento de los pacientes que deben apegarse a la Norma Oficial Mexicana NOM 004 SSA3 2012,¹⁹ entre algunas destacan las solicitudes de interconsultas, las notas de valoraciones médicas periódicas ya sean del médico tratante o de Interconsultantes, hojas de indicaciones médicas, notas de valoraciones preoperatorias y preanestésicas en los casos requeridos, consentimientos informados de cirugía y anestesia, notas postoperatorias y posanestésicas, notas de seguimiento y evolución, notas de alta o traslado, notas de referencia a otros especialistas, notas de alta, constancias de incapacidad o justificantes médicos y notas de control de medicamentos por las áreas de enfermería, sujetas a la NOM 019 SSA3 2013,²² así como el asentamiento de lo prescrito y la adecuada redacción de recetas médicas conforme a lo estipulado en el Reglamento de Insumos para la Salud en sus artículos 28 al 32 entre otros.²³

Controles sobre los tratamientos realizados: Aquí se aplican los conceptos de *lex artis* y *lex artis ad hoc*, ya que es en el tratamiento, donde entra la experiencia del médico y su apego a la medicina basada en la evidencia, en el apego a las guías de práctica clínica (cuando aplique), así como en la pericia del profesional de la salud en el desarrollo de cada uno de los pasos para dar tratamiento correcto al paciente. Este punto puede ser complejo de evaluar por los juristas y es donde estos pueden requerir de apoyo de terceros experimentados en el campo de la salud para determinar si los pasos realizados se consideran los más indicados para cada caso, este es el caso de los peritajes en materia médica especializada.

Controles de apego del paciente al tratamiento médico: Este punto es complejo de analizar dado a que su certeza depende de la palabra del paciente contra lo observado clínicamente, debe asentarse en las notas médicas la evolución de este, tratando de indagar el apego del paciente al

tratamiento prescrito, los cuidados que este ha tenido con respecto a su atención, en especial en lo relativo a cirugías, medicamentos especializados, rehabilitación o dietas recomendadas, entre otros, o en dado caso, si este está tomando medicamentos no prescritos por el médico a cargo, por ejemplo; si se le ha indicado a un paciente bajar de peso por una enfermedad cardiovascular como hipertensión y hay un incremento de este, o si a un paciente diabético se le indican medicamentos hipoglucemiantes, pero este decide cambiarlos por medios empíricos o modifica su ingesta indicada por su voluntad alejada de lo prescrito, se revelaría una falta de apego a las indicaciones médicas, que sale de las manos del personal de salud a cargo, lo cual debe quedar claramente asentado en el expediente clínico del paciente.

Hay que tener en cuenta que estos parámetros de control son interdependientes e indivisibles, es decir, siempre actúan unos con otros y no hay forma de dividirlos dado a que por la misma razón del tratamiento en conjunto, estos controles provienen de una acción continua, y no hay forma de realizar algunos y no realizar otros para el correcto control de los riesgos dentro de la práctica médica, es justo en este punto que nacen los riesgos residuales, donde ya se consideraron los riesgos inherentes y los controles en relación a estos y es a partir de este punto donde el riesgo residual puede manifestarse como una complicación a pesar de haber aplicado todas las reglas de seguridad para prevenirlos.

Por otro lado, en materia de respuesta biológica ante las enfermedades, cada individuo responde de manera distinta, y aun cuando se espera que un tratamiento específico para una enfermedad determinada, en general, dé una respuesta adecuada, en ocasiones es posible que las propias características de los pacientes y sus enfermedades de fondo, así como su estilo de vida, las reacciones idiosincráticas, efectos secundarios o adversos de los pacientes a medicamentos, implantes o insumos médicos diversos requeridos para su atención, e incluso, el nivel educativo de estos influya en los resultados de la atención médica.²⁴

Este último punto es relevante ya que, para poder comprender la información dada por el médico, así como para seguir las instrucciones médicas sin modificarlas apegándose a los tratamientos es complicado, lo cual es referido por algunos autores que reportan que la falta de adherencia a los

tratamientos por parte de los pacientes es un grave problema de salud pública a nivel mundial.²⁵

Con lo referido no se pretende afirmar que toda consecuencia negativa de un acto médico deriva exclusivamente de los riesgos inherentes o residuales, ni tampoco se pretende negar que seguramente habrá casos en los cuales en el acto médico efectivamente pudo haber un error o una complicación por posibles negligencias, imprudencias o impericias con consecuencias negativas e incluso permanentes para el paciente, ante los cuales el médico deberá demostrar su adecuado proceder basado en lo manifestado en el expediente clínico, teniendo el derecho a defenderse de estas acusaciones en audiencia pública y probar su inocencia ante los recursos legales que considere necesarios siendo que, en caso de no poder demostrarla, deberá asumir las consecuencias de su actuar.

CONCLUSIONES

No existe alguna herramienta jurídica concreta de cotejo de los controles de los riesgos inherentes y residuales en la práctica de la medicina, la cual podría facilitar a los juristas que llevan estos casos el análisis de manera más precisa de todos los pasos realizados por el personal de salud señalado como responsable en su actuar.

La herramienta metodológica cualitativa de cotejo sugerida por el autor, se basa en los conceptos de riesgo inherente, residual y sus controles, y pretende simplificar a los abogados, el análisis de los casos en cuestión, buscando puntos concretos dentro de las documentales de la actividad médica, ya que, en ocasiones los expedientes por analizar pueden derivar en un verdadero laberinto y reto para el jurista que lleva el caso, al tratar de indagar cada paso realizado durante el proceso de la atención médica, siendo que esta no puede analizarse ni juzgarse de manera simplista.

Así una herramienta que de una visión más clara y amplia de lo que debe buscarse en los expedientes y notas relativas a la atención médica, podría agilizar en gran medida el análisis de los casos y sobre esto, puede tenerse una visión más concreta del proceder del médico que se encuentra ante un caso legal, facilitando al jurista la posterior teoría y argumentación del caso en estudio y podría facilitar al juzgador la decisión del asunto en cuestión.

En nuestro país la práctica de la medicina tiene una obligación de medios mas no de resultados, dentro de la complejidad del acto médico puede haber complicaciones y ante estas siempre debe aplicarse de manera obligada la presunción de inocencia, dentro del actuar médico siempre hay riesgos inherentes y residuales inevitables que lo circundan y que pueden llegar a ser incontrolables a pesar de las mejores prácticas en el entendido que el riesgo cero, es inexistente.

RECOMENDACIONES

Dentro de las medidas preventivas para el prestador de servicios de salud recomendables, ante los incontables riesgos inherentes y residuales que rodean el acto médico, las alternativas para su defensa efectiva son:

1. Intentar mantener una adecuada relación médico paciente en el entendido que esta puede ser fluctuante y voluble dependiendo de los resultados obtenidos y propias características del paciente.
2. El apego riguroso a la *lex artis* y *lex artis ad hoc* de su especialidad por defecto y a la medicina basada en la evidencia.
3. Consultar las guías de práctica clínica vigentes para su práctica clínica.
4. Adherirse de manera exigente a lo establecido en la ley general en salud en lo concerniente a la atención médica y la NOM-004-SSA3-2012 del manejo del expediente clínico en cuanto al registro de notas médicas de evolución, interconsultas, quirúrgicas, de enfermería bajo la NOM 019 SSA3 2013 para enfermería, consentimientos informados, valoraciones preoperatorias, entre los otros muchos documentos, en los cuales debe quedar absolutamente claro y puntual, el actuar del médico o profesional de la salud en cada uno de los pasos dados para la diligente atención del paciente y
5. Respaldarse de un seguro de responsabilidad civil médica o un despacho jurídico con experiencia en materia médica, en el entendido de que, para una adecuada defensa, se requiere de documentos lo más impecables, detallados y claros en la descripción del acto médico realizado, ya que, sin estos, la defensa se vuelve absolutamente vulnerable.
6. Algunos autores refieren que cada vez más se requiere del desarrollo de áreas de aplicación de la gestión de riesgos clínicos, con la intención de crear enfoques integrados en la gestión del riesgo clínico en el que la seguridad de la atención solo pueda lograrse garantizando la seguridad de los pacientes, de los profesionales de la salud y de los hospitales, tratando de acercar a los países alejados de la cultura de “no culpar”, a la práctica de esta.²⁶
7. Se recomienda la capacitación y actualización continua de los juristas que toman estos casos así como de los juzgadores para evaluarlos y juzgarlos con perspectiva de derecho médico, consideramos de suma importancia tomar en consideración por parte de estos, la ponderación de los riesgos inherentes, residuales y sus controles dentro de los actos médicos realizados por el profesional de la salud ya que, como sabemos, estos son de alta complejidad, con una diversidad de variables inmiscuidas en ellos, en el entendido de que la medicina no es una ciencia exacta y en la cual no puede ni debe determinarse una responsabilidad del personal de salud bajo una lupa meramente simplista e ingenua de la actividad médica sin considerar todos los pormenores relacionados a esta.

REFERENCIAS

1. Brenes MM, Padron MM. LEX ARTIS AD HOC. SU CONCEPTO EN MATERIA MÉDICA. La medicina no es una ciencia exacta, por lo que no puede pronosticar ni asegurar resultados favorables en todos los casos [Internet]. 2024. https://www.researchgate.net/publication/324217963_LEX_ARTIS_AD_HOC_SU_CONCEPTO_EN_MATERIA_MEDICA_La_medicina_no_es_una_ciencia_exacta_por_lo_que_no_puede_pronosticar_ni_asegurar_resultados_favorables_en_todos_los_casos
2. OEM [Internet]. Oem.com.mx. 2025. <https://oem.com.mx/elsoldemexico/mexico/aumentan-41-las-quejas-ante-la-cndh-por-fallas-en-el-sector-salud-16694687>
3. Ponce de León R S, Macías H AE. La toma de decisiones en medicina [Internet]. Ciudad de México: Facultad de Medicina UNAM; 2006 Sep 1 [citado 2025 Nov 13]. https://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2006/sep_01_ponencia.html
4. Artículo de revista (PDF): (S/f-e). [Título del artículo, si disponible] [Internet]. Gob.mx; [citado 27 de julio de 2025]. http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/pdf/vol_30_2025/art_7.pdf
5. Semanario Judicial de la Federación [Internet]. sjf.scjn.gob.mx. 2013 <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2004722>
6. Semanario Judicial de la Federación [Internet]. Scjn.gob.mx. 2020. <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/160354>
7. Semanario Judicial de la Federación [Internet]. Scjn.gob.mx. 2020. <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2024514>
8. 8. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. Diputados.gob.mx. 2021. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum.htm>
9. StackPath [Internet]. Corteidh.or.cr. 2021. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r37682.pdf>
10. ASALE R -, RAE. riesgo | Diccionario de la lengua española [Internet]. "Diccionario de la lengua española" - Edición del Tricentenario. <https://dle.rae.es/riesgo>
11. ¿Qué es el riesgo? [Internet]. Fundación MAPFRE MEXICO. <https://www.fundacionmapfre.mx/educacion-divulgacion/educacion-financiera/seguros/que-es-el-seguro/que-es-el-riesgo/>
12. Guía sobre el riesgo inherente y residual Blog de RISK-ACADEMY [Internet]. Riskacademy.blog. 2024. Available from: <https://riskacademy.blog/es/download/guide-to-inherent-and-residual-risk/>
13. Atlassystems.com. Atlas Systems Pvt. Ltd; 2025. <https://www.atlassystems.com/blog/inherent-risk-vs-residual-risk>
14. Sarmiento M. How a Lawsuit Can Break a Doctor — and What to Do About It [Internet]. Medscape. 2025 [cited 2025 Jul 27]. <https://www.medscape.com/viewarticle/how-lawsuit-can-break-doctor-and-what-do-about-it-2025a1000f6j>
15. Madan R, Das N, Patley R, Nagpal N, Malik Y, Math SB. Consequences of medical negligence and litigations on health care providers – A narrative review. Indian Journal of Psychiatry/Indian journal of psychiatry. 2024 Apr 1;66(4):317–25
16. Miziara ID, Miziara CSMG. Medical errors, medical negligence and defensive medicine: A narrative review. Clinics. 2022 Jan;77(100053):100053
17. Fernández-Varela Mejía H, Sotelo Monroy GE. El deber del cuidado médico en México. Revista de la Facultad de Medicina [Internet]. 2019 May 1;62(3):40–9. <https://www.medicgraphic.com/pdfs/facmed/un-2019/un193g.pdf>
18. De Diputados C, Congreso De D, Unión L. CÓDIGO PENAL FEDERAL [Internet]. 2024. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPF.pdf>
19. Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. [Internet]. Dof.gob.mx. 2012. https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
20. García-Villarreal OA. Responsabilidad médica profesional, guías para la práctica clínica y lex artis. La importancia de seguir las recomendaciones de las guías clínicas. Gaceta de Mexico. 2022 Oct 20; 158(6)

21. Residual Risk, How You Can Calculate And Control It [Internet]. www.haspod.com. 2023. <https://www.haspod.com/blog/management/residual-risk>
22. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Gob.mx. [citado el 1 de agosto de 2025]. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523
23. México. Poder Ejecutivo Federal. Reglamento de Insumos para la Salud [Internet]. México, D.F.: Diario Oficial de la Federación; 1998 Feb 4 [citado 2025 Nov 13]. <https://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfArticuladoFast.aspx?q=s6n2if7Uv7A+Z8I0w3ky6ar9IMKBIZ62VEU-OhliZ2Gx6lthJOGFI9Nu+mqX1g34ZgURiZrRFM-FL0vITc6pcTqQ=>
24. Uetrecht J, Naisbitt DJ. Idiosyncratic Adverse Drug Reactions: Current Concepts. Pharmacological Reviews [Internet]. 2013 Apr 1;65(2):779–808. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3639727/>
25. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda OA, Ortega Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta médica Grupo Ángeles. 2018; 16(3):226–32
26. Ferorelli D, Bolcato M, Aprile A, Dell’Erba A. Editorial: Medico-legal aspects of clinical risk management and patient safety. Frontiers in Public Health. 2022 Sep. 5;10

Conflicto de intereses:

El autor declara que no existen conflictos de interés personales, comerciales, financieros ni de otro índole que puedan influir en el contenido, resultados o interpretación del presente artículo.

Financiamiento: Este trabajo no recibió apoyo financiero de ninguna fuente pública, privada ni institucional.



ANEXO 1. CRITERIOS DE RIESGO (DILIGENCIA DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTAL)

Evalúa el cumplimiento formal del médico y su apego a la NOM 004 SSA3 2012, la cual es elemento fundamental como prueba preconstituida en un

juicio. La documentación detallada e impecable es clave para la defensa del profesional de la salud.

CONTROL POR VERIFICAR APEGADO A LA NOM 004- SSA3-2012	REQUISITO/NUMERAL DE LA NOM 004-SSA3-2012	CRITERIO DE CUMPLIMIENTO (CONTROL DE RIESGO)	RELEVANCIA JURÍDICA
Identificación y confidencialidad	Numerales 5.1, 5.3, 5.4, 6.2	¿El expediente cumple con conservación mínima de 5 años, es propiedad de la institución y se manejó de forma confidencial?	Validez legal, titularidad y cumplimiento del secreto profesional.
Voluntad y consentimiento informado	Numerales 4.2, 10.1, 10.2	¿Existe carta de consentimiento informado para procedimientos mayores como cirugía y anestesia y especifica riesgos y beneficios y cumple con el contenido requerido en el numeral 10.2 ?	Excluyente de delito, (consentimiento del titular), demuestra que el riesgo inherente le fue informado al paciente, siempre y cuando cumpla con el numeral 10.2 de la NOM-004-SSA3-2012.
Registro del actuar profesional	Numeral 6.2 de las notas médicas y 8.3 de la nota de evolución	¿Todas las notas son legibles, contienen firma autógrafa del médico, están fechadas y con registro de hora?	Permite determinar la autoría del acto médico y la cronología de la atención.
Cumplimiento del deber jurídico	Numeral 6.2, 8.3 de la nota de evolución y NOM 019-SSA3-2013 de enfermería.	¿Las notas de evolución tienen diagnóstico, tratamiento e indicaciones médicas completas en cuanto a dosis, vía y periodicidad?	Excluyente de delito (cumplimiento de un deber de cuidado) Demuestra la aplicación de la lex artis en las decisiones terapéuticas. Verificación en hojas de indicaciones médicas y en notas de enfermería que sustenten estas acciones (NOM 019-SSA3-2013).

ANEXO 2. ANÁLISIS DE CONTROLES DEL ACTO MÉDICO (PREVENCIÓN DE ERRORES O NEGLIGENCIAS MÉDICAS)

Esta sección verifica que los controles (medios preventivos para mitigar riesgos inherentes) se

hayan documentado; la falta de registros puede indicar inobservancia de las normas o negligencia.

ÁREA DE CONTROL	PREGUNTA CLAVE PARA EL JURISTA	RESULTADO DOCUMENTAL VERIFICACION DE LA NOM 004-SSA3-2012
Valoración inicial y diagnóstico	¿Se realizó una historia clínica completa y se integraron los diagnósticos sindromáticos, presuncionales o definitivos apegados a la NOM 004 SSA3 2012?	Numerales 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 7, 8, NOM-004-SSA3-2012. Búsqueda de la historia clínica y notas de valoración inicial. ¿El registro justifica las decisiones del tratamiento?
Laboratorio y gabinete	¿Se solicitaron y documentaron los estudios auxiliares necesarios para integrar el diagnóstico y se interpretaron correctamente en las notas?	Numeral 6.2.3, 8.3. Verificación de resultados y mención explícita de estos en las notas médicas.
Procedimientos preventivos	¿Consta en las notas médicas si se aplicaron medidas de mitigación de riesgos específicas (e.g. profilaxis antimicrobiana, prevención de tromboembolia, tiempos fuera en sala quirúrgica, procesos de prevención de caídas, entre otros) y se registraron?	Numeral 6.1, 6.2, 7.1, 8, 8.1, 8.3 8.4, 8.5, 8.7, 8.8, 8.9, 8.9.11, 9, 9.1, 9.2, 10. NOM-004-SSA3-2012. Verificación en hojas de indicaciones médicas y en notas de enfermería que sustenten estas acciones (NOM 019-SSA3-2013).
Valoración y seguimiento	¿Se realizaron y documentaron las notas de evolución con la periodicidad requerida reflejando cambios en el cuadro clínico?	Numerales 6.1, 6.2, 7.1, 8, 8.1, 8.4, 8.5, 8.7, 8.8, 8.9, 8.9.11, 9, 9.1, 9.2, 10 y 10.1 NOM-004-SSA3-2012. Cotejar la frecuencia y apego de las notas de evolución en urgencias, en hospitalización, su contenido congruente con el diagnóstico, así como la existencia de notas postoperatorias, de alta, traslado y referencia entre otras.

ANEXO 3. PONDERACIÓN DE LOS CONTROLES EN EL ACTUAR DE ENFERMERÍA.

Esta sección verifica el cumplimiento de los deberes del personal de enfermería encuadrados en la NOM 019-SSA3_2013, los cuales son controles preventivos

de riesgos inherentes y residuales demostrando la diligencia en el manejo del paciente.

ÁREA DE CONTROL (RIESGO INHERENTE)	FUNDAMENTO LEGAL (NOM 019-SSA3-2013)	CRITERIO DE VERIFICACIÓN (ACTUAR DILIGENTE)	RELEVANCIA JURÍDICA
Administración de medicamentos y tratamientos	Numeral 5.2.1.2 y 5.2.1.3 de administración de medicamentos	¿El personal de enfermería verificó la prescripción médica (dosis, vía, horario) registró la hora y cantidad del medicamento aplicado y verificó el uso de medicamentos de alto riesgo en caso de haberlos?	La omisión de verificación puede constituir prueba de impericia o imprudencia y puede derivar en un nexo causal de responsabilidad entre el actuar y el daño causado.
Control del expediente clínico	Numeral 5.2.1.1 y 5.2.1.2 de registro de notas y registro de acciones	¿Las notas de enfermería son legibles, completas, están fechadas con hora de elaboración y firma de quien la realiza? (incluyendo notas de balance hídrico y signos vitales).	Prueba de cumplimiento del deber jurídico y de diligencia, así como de la cronología de la atención. En caso de no cumplirse puede orientar a una negligencia o falta de diligencia.
Procedimientos de seguridad y prevención	Numeral 5.2.2.4 y 5.2.2.5 de bioseguridad y vigilancia del paciente	¿Se registraron medidas de prevención como tiempos fuera, en cirugía, prevención de caídas, úlceras de presión, manejo de material estéril o medidas profilácticas con medicamentos?	Demuestra la lex artis ad hoc en el cuidado e implementación de controles contra riesgos específicos. El no contar con estas medidas orienta a considerar falta de diligencia, y negligencia.
Vigilancia y detección de complicaciones	Numerales 5.2.1.1 y 5.2.1.2 del seguimiento del plan de cuidados	¿Se refleja en las notas la valoración continua del paciente y la comunicación inmediata al médico ante cualquier imprevisto, complicación o efecto adverso?	Demuestra el apego a la lex artis, de no contarse con evidencia de esta comunicación y valoración continua, puede considerarse negligencia o imprudencia generándose un nexo causal.
Educación para la salud y alta	Numeral 5.2.2.3 de la orientación al paciente	¿Quedó documentada la orientación al paciente y/o familiar sobre el tratamiento, cuidados y signos de alarma al alta o traslado?	Revela el esfuerzo del personal de salud por mitigar el riesgo de incumplimiento o falta de apego al tratamiento por parte del paciente incrementando el riesgo residual.

ANEXO 4. PONDERACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD.

Esta sección permite al jurista aplicar la presunción de inocencia y analizar si el daño pudo derivar un

riesgo residual inevitable o como resultado de una falta de diligencia.

ELEMENTO DE RESPONSABILIDAD	CONCLUSIÓN JURÍDICO MÉDICA	CRITERIO DE PONDERACIÓN (RIESGO RESIDUAL)
EXPEDIENTE INCOMPLETO O MUTILADO	Ausencia de expediente, presencia de notas alteradas o mutiladas. Numerales 5,6,7,8,9 de la NOM 004-SSA3-2012.	Genera dificultad para demostrar el acto médico y su apego a la lex artis. Podría considerarse como prueba preconstituida.
FALTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	No hay consentimiento informado, o es ilegible o incomprensible para el paciente y no cumple con formalidades. Numeral 10.1 de la NOM 004-SSA3-2012 para procedimientos quirúrgicos o de alto riesgo.	Invalidez del acto médico, en términos legales generando responsabilidad civil y administrativa.
FALTA DE FIRMA Y DATOS ESSENCIALES	No se cumplen con las formalidades esenciales en notas médicas. Numeral 6.1 de la NOM 004-SSA3-2012. Fecha, nombre, hora, firmas en todas las notas del expediente.	Anulación o disminución del valor probatorio de la nota causando dificultad para atribuir responsabilidades.
VIOLACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD	Falta de confidencialidad y de discreción, así como divulgación no autorizada de información. Numeral 5.3 de la NOM 004-SSA3-2012.	Responsabilidad civil y administrativas por violación del secreto profesional.
CONSERVACIÓN INCORRECTA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	No se conservó el expediente por 5 años. Numeral 5.4. de la NOM 004-SSA3-2012.	Incumplimiento de deberes del prestador de servicios con la consecuente pérdida de prueba legal.
DOLO O CULPA	¿La omisión o el acto médico deriva de una culpa (negligencia, imprudencia, impericia) o de un evento que a pesar de la diligencia y los controles no se pudo evitar?	Si se demuestra el cumplimiento de los controles documentales referidos en el anexo 2, podría argumentarse que la complicación deriva de un riesgo residual incontrolable.
NEXO CAUSAL	¿La falta de documentación e incumplimiento de la NOM 004-SSA3-2012 o la falla en la aplicación de la lex artis contribuyó directamente al daño (nexo causal)?	Si el registro documental es completo y diligente, se dificulta el establecimiento de un nexo causal entre el actuar médico y el daño causado como resultado negativo, apuntando a la posibilidad factores inherentes o reacciones idiosincráticas del paciente, riesgos residuales inevitables.
EXCLUYENTES DEL DELITO	¿El expediente contiene elementos que comprueben la falta de voluntad de dañar o el cumplimiento de un deber jurídico?	El consentimiento informado y las notas médicas diligentes y apegadas a la lex artis, son la base documental para demostrar las excluyentes del delito.