



Salud
Secretaría de Salud



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

TEMAS SELECTOS 2025





GOBIERNO DEL
ESTADO DE
MÉXICO



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

ISEM



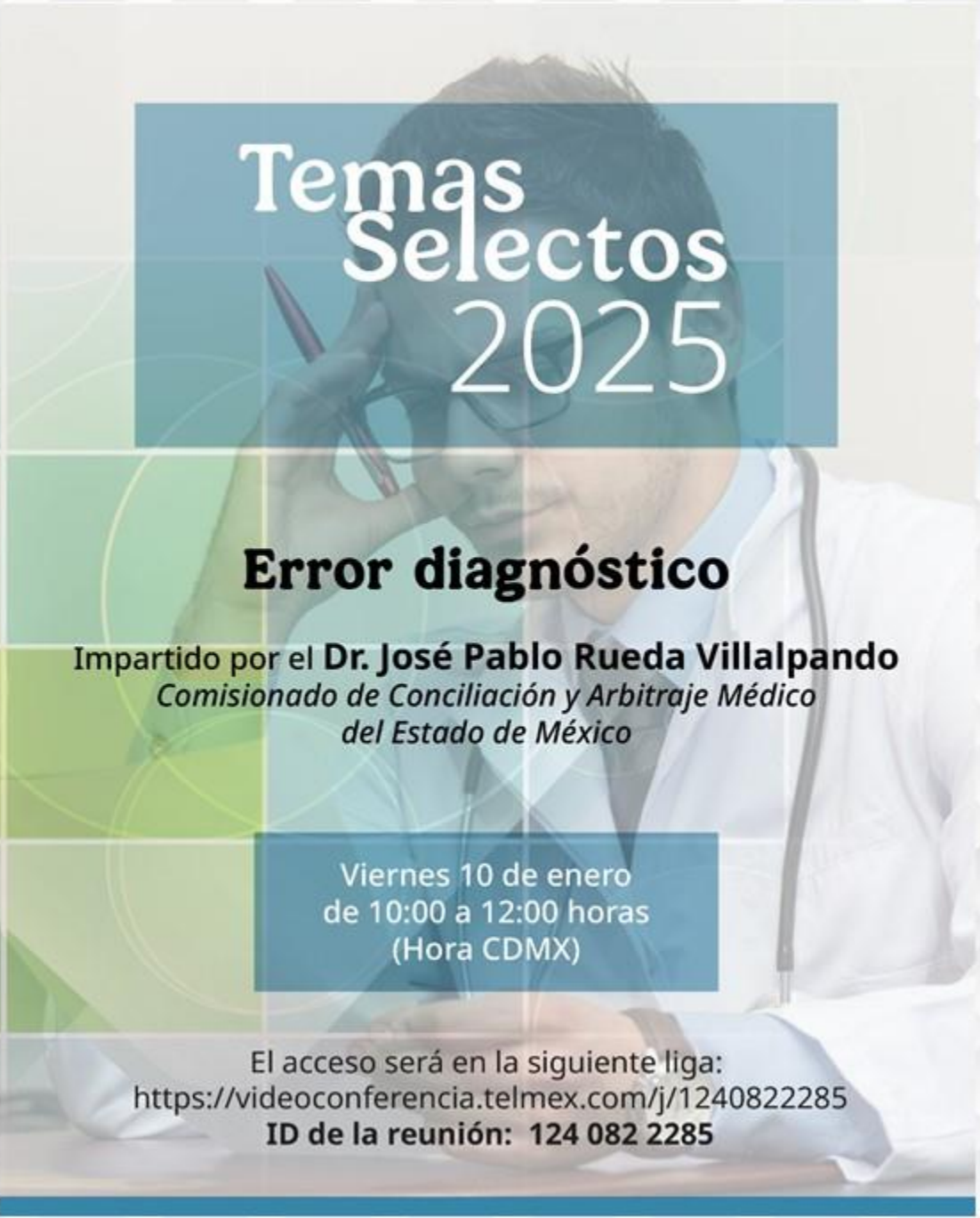
Dr. José Pablo Rueda Villalpando
Comisionado de la CCAMEM



**Secretaría de
Salud**

**Comisión de Conciliación y Arbitraje
Médico del Estado de México.**





Temas Selectos 2025

Error diagnóstico

Impartido por el **Dr. José Pablo Rueda Villalpando**
*Comisionado de Conciliación y Arbitraje Médico
del Estado de México*

Viernes 10 de enero
de 10:00 a 12:00 horas
(Hora CDMX)

El acceso será en la siguiente liga:
<https://videoconferencia.telmex.com/j/1240822285>
ID de la reunión: 124 082 2285

IMPLICACIONES MÉDICO LEGALES DE LOS ERRORES EN EL DIAGNÓSTICO

EJEMPLOS DE CASOS

ERRORES DIAGNÓSTICOS

CASO CLÍNICO 1



- ☐ Femenino de 49 años de edad, acude con ginecólogo-oncólogo, por la detección de una masa en mama izq. Ultrasonido con diagnóstico bi-rads 4, y laboratorio preoperatorio hgb 6.8, htc 25.3. el médico en el afán de descubrir porque de la anemia le manda usg: miomatosis uterina.
- ☐ La programa para biopsia escisional de mama izquierda, e histerectomía. Solo elabora consentimiento informado para biopsia de mama y no incluye histerectomía.
- ☐ No existe valoración preoperatoria de internista, ni de anestesiólogo.
- ☐ Se programa para la cirugía entrando con esa anemia y preparando 2 paquetes globulares, la sangre estaba en otro hospital.
- ☐ Entra a quirófano, el anestesiólogo escribe a posterior en su nota que la biopsia se realiza con anestesia local.

CASO CLÍNICO 1



- ❑ Sin embargo, la nota de enfermería de quirófano, relata que anestesia, inicia con bloqueo epidural, lográndolo hasta un tercer intento;
- ❑ Después de este bloqueo la paciente presenta bradicardia, 28 latidos x', inician maniobras de reanimación, según enfermería, el anesthesiólogo realiza 5 intentos fallidos de intubación orotraqueal, lográndolo hasta el sexto intento, le da anestesia general.
- ❑ Se realiza la biopsia de mama, se manda a patología, sé diagnostica lesión benigna.
- ❑ La paciente cae en paro cardiorrespiratorio, y se dan cuenta de que sigue mal entubada, el anesthesiólogo cae en pánico y le da respiración boca a boca.

CASO CLÍNICO 1



- ☐ Decide re intubar en séptimo intento, y hasta este momento, con una inestabilidad hemodinámica y respiratoria, canalizan para pasar sangre que traen familiares de otro hospital, a quienes mandó el médico tratante, porque su paciente estaba grave.
- ☐ Con una gran inestabilidad, solicitan traslado al IMSS, porque la clínica no tiene UTI, ni banco de sangre.
- ☐ Es admitida en la clínica DE SEGUNDO NIVEL IMSS.
- ☐ Al llegar a esta unidad le realizan TAC, que demuestra Neumoencéfalo, y encefalopatía anoxo-isquémica severa y muerte cerebral.
- ☐ Se mantiene en esta unidad 78 días y se da de alta a domicilio en estado vegetativo por "máximo beneficio."

CASO CLÍNICO 2



- ☐ Femenino de 31 años, atendida en urgencias por traumatólogo y ortopedista de un hospital público de Edo. Mex., 31 de marzo de 2023 por caída desde su plano de sustentación sobre hemicuerpo izq., trauma contuso, muñeca, cadera, rodilla y tobillo, izq., dolor local y limitación funcional.
- ☐ Exploración: mano izquierda: dermoabrasión, abrasión en tobillo, según sin datos anormales osteomusculares de rodilla, tobillo y cadera.
- ☐ Radiografías de: tobillo izq. rodilla izq., muñeca izq., simple de pelvis anteroposterior.
- ☐ Señala en la nota: ninguna radiografía se evidencia: solución de continuidad del tejido óseo (NO HAY FRACTURA) ni incongruencia articular, sin ameritar tratamiento quirúrgico.
- ☐ Dx: traumatismos superficiales de miembros superiores e inferiores.
- ☐ Dosis única de dexametasona y ketorolaco.

CASO CLÍNICO 2



- ☐ Otorga incapacidad por 1 día, la remite al médico familiar.
- ☐ El ortopedista no hace ningún otro comentario radiológico en su nota.
- ☐ 21 de abril de 2023 (21 días después), acude a consulta familiar, por persistir con dolor en cadera izq. con aumento a la deambulaci3n. En la nota se destaca marcha claudicante, hematoma cara lateral externa muslo izq., dolor intenso a la palpaci3n. signos de las3gue y bragard negativos.
- ☐ Se hace alusi3n a la rx del 31 de marzo de 2023: sin perdida de continuidad 3sea a todos niveles del trauma.
- ☐ Dx: contusi3n en muslo, izq. diclofenaco, paracetamol, pregabalina, hidroxicobalamina, cita abierta.
- ☐ 1 de septiembre de 2023 (5 meses despu3s) dolor persistente, parestesias en mp izq. Dx: lumbago con ciática.

CASO CLÍNICO 2



- ❑ 26 de septiembre de 2023 (Casi 6 meses después), tercera consulta médico familiar; sin presentar mejoría del dolor y la claudicación, parestesias. Dx: coxartrosis. Y da referencia al tercer nivel de atención en centro médico estatal.
- ❑ 16 de octubre de 2023. (7 meses después), valorada por traumatólogo y ortopedista en tercer nivel, la describe: deambulando sin apoyo, dolor a la exploración en cadera izquierda.
- ❑ Este ortopedista revisa el archivo radiológico y describe fractura consolidada de cuello de fémur izq. No siendo ya candidata a cirugía. Etiricoxib, no hacer ejercicio, no levantar pesado, EVITAR CORRER, sugiere yoga, pilates, natación, la regresa a su médico familiar y requiere nuevo tac y radiografías de control.

CASO CLÍNICO 2



CASO CLÍNICO 3



- ❑ 6 de agosto de 2019, paciente femenino de 9 meses de edad, inicia con dolor abdominal, anorexia y fiebre, acuden con médico general (dx: enfermedad del estómago). Tx con ampicilina, paracetamol.
- ❑ 7 de agosto 2019, continuando con irritabilidad, dolor abdominal tipo cólico intenso, se solicita la interconsulta de cirujano general: 24 horas con dolor abdominal, cólico intenso, intolerancia a la vía oral, fiebre de 39 grados, ataque al edo. gral. 9.8 kg, FC 120 x', abdomen distendido, resistencia muscular generalizada, hgb 11.2; leucos: 11,600. linfos 25 bandas 3
- ❑ Concluye dx. Abdomen agudo por apendicitis aguda. En su nota preoperatoria, diagnósticos diferenciales: diverticulitis, perforación de visera hueca y adenitis mesentérica.
- ❑ Se firma consentimiento informado, pero no el de anestesia. En su exploración física; sólo menciona distensión abdominal y resistencia muscular generalizada.
- ❑ No se realizaron otros protocolos diagnósticos, como tac, usg, radiografías simples, no se tomaron labs. ES, QS.

CASO CLÍNICO 3



- ❑ La somete a cirugía, incisión infraumbilical, encuentra líquido libre, claro, no fétido, asas intestinales distendidas, realiza apendicetomía, y durante el cierre de pared realiza plastia umbilical.
- ❑ Una vez concluida la cirugía. al momento de extubar presenta paro cardiaco, se inician maniobras de reanimación, atropina, masaje cardiaco, ventilación asistida, reporta anesthesiologo, ritmo idioventricular, se dan descargas de 400 y 100 joules.
- ❑ Nota de anestesiología transop, y pop. inicia anestesia 19:10 pm, T/A 100/50, fc 160x', anestesia general con sevorane, intubación orotraqueal con globo, vecuronio, fentanil 0.20 microgramos 19:25 pm. agrega 0.10 microgramos 20:05 horas, a las 20:35 pm, termina cirugía, la extuba 20:36 pm, se especifica ventilación espontánea, se coloca mascarilla facial.
- ❑ 20:55 pm. bradicardia sinusal 40 latidos/ min. atropina 200 mcg, sube fc a 80/min.

CASO CLÍNICO 3



- ❑ 20:56 pm repite dosis de atropina 200 mcg, y 100 mcg de adrenalina. Presentándose "taquicardia supraventricular", 197x', se desfibrila dos veces con descargas de 50 y 100 j, logrando 170-180 x'.
- ❑ Lidocaína i.v. a las 21 hrs , no especifica dosis y reintuba, sonda 3.5. a las 23 horas agrega midazolam 1.5 mg y 500 mg de vecuronio.
- ❑ Solicitan el traslado a un hospital público de tercer nivel, porque en esa clínica privada donde se efectuó la atención no había UTI pediátrica ni equipo para atención pediátrica.
- ❑ Llega una ambulancia en la madrugada, se llevan los paramédicos a la niña, sin acompañamiento médico.
- ❑ Llega a hospital infantil 3er nivel, donde se aprecia que la niña estaba descanulada, se ingresa, se reanima, se protocoliza, dura hospitalizada casi dos meses.
- ❑ Dx final, encefalopatía anoxo-isquémica severa, ahora tiene 5 años de edad, con estado vegetativo. carpeta en ministerio público, solicitaron a CCAMEM, dictamen pericial del caso.

CASO CLÍNICO 4



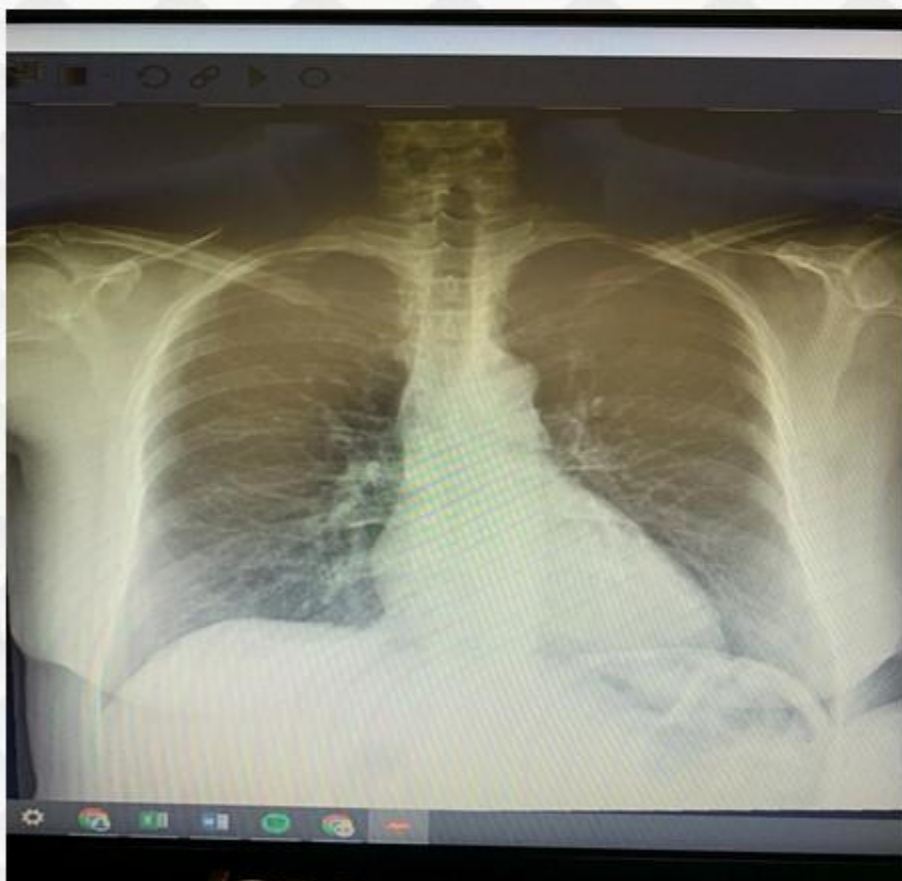
- ☐ Femenino de 57 años, acude a consulta externa de hospital público, para control de HAS, con médico familiar, y sin adecuado control, acude a cardiólogo privado, (valsartán).
- ☐ Posteriormente, acude con internista privado quien realiza labs en general, rx de tórax e indica enalapril y diurético, controla HAS.
- ☐ Regresa con médico familiar y lleva todos los estudios para registrarlos en su expediente del hospital público.
- ☐ Al médico familiar le preocupan imágenes en arcos costales 8.º, 9.º Y 10.º, bilateral. Las describe como lesiones líticas. La explora, refiere dolor a la palpación y asienta en su nota: tumor maligno de costillas, esternón, clavícula e HAS.

CASO CLÍNICO 4



- ❑ La refiere de urgencia a tercer nivel a traumatología y ortopedia. La interpretación radiológica fue: estudio rx tórax de características normales.
- ❑ Se le da cita en 2 meses en tercer nivel. La señora acude a un juez, donde levanta una denuncia y amparo, por la dilación de su valoración especializada, el juez ordena su rápida revisión.
- ❑ Ella acude a esa instancia judicial, por su gran preocupación por ser diagnosticada por tumor maligno de las partes óseas mencionadas y ser dilatada su valoración, esto ocasionó mucha ansiedad, depresión grave.

CASO CLÍNICO 4



- ☐ El juez ordena por medio del Órgano Interno de Control, dictamen pericial a esta comisión de conciliación y arbitraje, concluimos:
- ☐ Si bien es cierto que el médico familiar hizo un diagnóstico imprudente aventurado sin una base protocolaria especializada, no hubo un daño ni lesión directa a la integridad física de la paciente, aunque es cierto que provoco un estado de ansiedad y depresión que fue abordado para tratamiento psiquiátrico.
- ☐ Sin mala práctica médica. El OIC, decidirá una recomendación administrativa.

ERRORES EN EL DIAGNÓSTICO



SI NO SE TIENE UN DIAGNÓSTICO PRECISO

- Todo lo que ocurre después es potencialmente pérdida de dinero.
- Es potencialmente dañino por efectos colaterales incluso la muerte.
- Y por procedimientos innecesarios.
- Mientras tanto el problema subyacente empeora porque no esta siendo tratado.

ERROR MÉDICO



- ❖ 1999. Cambio dramático de la percepción del público sobre la medicina y los médicos. Institute of Medicine USA.
- ❖ En Hospitales Americanos ocurrían más muertes por errores médicos al año que, por accidentes de tránsito, cáncer de mama y SIDA. FRECUENCIA ESTIMADA 44-98 MIL MUERTES EN HOSPITALIZADOS.
- ❖ 2013. Revisión de varios estudios en hospitalizados 210 mil muertes prevenibles por año.
- ❖ 2016. Error Médico tercera causa de muerte en USA MÁS 250,000 muertes por año prevenibles EM no registrado en certificado de defunción.
- ❖ Si el EM fuera catalogado como enfermedad 1/6 del total de muertes. Por arriba de enf. Respiratorias y por debajo de enf. Cardiovasculares y Cáncer.

ERROR MÉDICO



- ❖ Han pasado 25 años “to Err is Human”.
- ❖ Son más frecuentes en ambulatorios que hospitalizados.
- ❖ Gran variedad de errores, inimaginables, hasta de identidad, **EN DIAGNÓSTICO**, en tratamiento (prescripción, administración de drogas), cirugías, pruebas de laboratorio, etcétera.
- ❖
- ❖ A pesar de esfuerzos: prevención, sistemas de calidad, insistencia de educación y capacitación de personal y organizaciones de salud, Instituciones de Enseñanza.
- ❖ **NOS SEGUIMOS EQUIVOCANDO.**

ERROR DIAGNÓSTICO



- ❖ Se ha dado más atención en los últimos años.
- ❖ Pasan inadvertidos, ignorados o no discutidos por médicos.
- ❖ A pesar de su ocurrencia cotidiana y el daño que pueden causar.
- ❖ Número uno en 2018: agency for healthcare research and quality.
- ❖ De las miles de muertes en USA por EM la mayoría es EDx.
- ❖ En 25 años de reclamos compensados por mala praxis, en USA, 80 a 160 mil casos con daño permanente o muerte el mayor % fueron **ERRORES EN EL DIAGNÓSTICO**.

ERROR DIAGNÓSTICO



- ❖ El ED es el mayor problema de seguridad del paciente y de mala práctica.
- ❖ Su impacto en salud pública es mayor de lo que se creía.
- ❖ Más comunes, costosos y dañinos que errores de medicación y cirugía.
- ❖ Ocurre por no diagnosticar la enfermedad de base.
- ❖ Se supone que son mucho más de lo que se analizan.
- ❖ La razón es subestimada por lo difícil de medir.
- ❖ Por el tiempo del incidente y su descubrimiento puede ser largo (dx tardío).

ERROR DIAGNÓSTICO



- ❖ Por décadas el ED; por dx inexactos o retardados han sido un punto ciego en la oferta de atención médica de calidad.
- ❖ Los ED persisten en todos los sitios de atención y continúan lesionando un número inaceptable de pacientes.
- ❖ Mejorar el proceso dx es imperativo moral profesional y de salud pública.

ERROR DIAGNÓSTICO



- ❖ La mayoría de los seres humanos experimentará al menos 1 ED en su vida.
- ❖ 5% de los adultos ambulatorios sufrirá un ED al año (12 millones por año en USA).
- ❖ En autopsias 10% de muertes son causadas por ED.
- ❖ 6 a 17% de eventos adversos en hospitales (lo asentado en expedientes).
- ❖ ED : principal causa de reclamos pagados por mala práctica.
- ❖ ED : dos veces mayor de probabilidad de resultar en muerte.

ERROR DIAGNÓSTICO



DEFINICIÓN:

1. Fallo en la explicación precisa y oportuna del problema de salud del paciente.
2. Fallo en comunicar esa explicación al paciente.

ERROR DIAGNÓSTICO



TIPOS DE ERROR DIAGNÓSTICO

- **Diagnóstico perdido o ausente:** (exámenes diagnósticos no muestran explicación para la queja del paciente).
- **Diagnóstico equivocado:** (diagnóstico inicial incorrecto, la verdadera causa se descubre más tarde).
- **Diagnóstico retardado:** (es el tipo más común, el que debería haberse hecho más temprano).

ERROR DIAGNÓSTICO



CAUSAS

1. **Multifactoriales**, (mezcla de problemas individuales con problemas del sistema de salud).
2. **Factores individuales o cognitivos del médico**, (hacer diagnóstico por experiencias pasadas, quedarse con la Ix Dx inicial a pesar de información que indica otra cosa).
3. **Decisión Dx por pistas sutiles e información colateral**; confianza exagerada en resultados de labs o imagen u opinión de expertos virtual.
4. **Factores del sistema de salud**, (problemas de comunicación inadecuada entre clínicos, pacientes y familia, sistema mal diseñado, retroalimentación limitada de los médicos, cultura que desestima transparencia y reporte de errores).

ERROR DIAGNÓSTICO



CAUSAS

5. Desestimar la relación médico-paciente.
6. Basar el dx en la tecnología.
7. Fallar en recoger datos por no conocer al paciente.
8. No oír su historia y no examinarlo.
9. **NO COMUNICACIÓN ADECUADA, NO INFORMAR, NO CALMAR, NO HACER EMPATÍA, NO TENER HABILIDADES.**
10. ***EL NO TENER BUENA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: es importante causa de errores***

ERROR DIAGNÓSTICO



ACCIONES CORRECTIVAS

1. Informar la ocurrencia del ED.
2. Promover el razonamiento cognitivo para el dx: estudiantes, residentes, médicos adscritos.
3. Los médicos e instituciones subestiman el ED.
4. No hay retroalimentación sobre el ED.
5. No se hacen dx diferenciales.
6. En la relación médico paciente (se recomienda hacer un esfuerzo en convertir a los pacientes en sus pares en el px dx. (El decir que uno no está seguro del dx el paciente puede aportar algunas posibilidades.

ERROR DIAGNÓSTICO



1. Una comunicación distorsionada con familia y equipo de salud es fuente de quejas y demandas.
2. Por no hacer bien el proceso dx, a tiempo, mala información clara y precisa.
3. Las demandas no son por dinero, sino por daño o el sufrimiento ocasionado.
4. Por no haber demostrado compasión.
5. La mayoría de demandas no ocurre por enfermedades raras, sino por las más comunes (infartos, cáncer, EVC, apendicitis, etc.).
6. 1 de cada 10 personas con enfermedad grave es mal diagnosticada.

!CUANDO OIGAS CASCOS!



PIENSA EN



PERO NO TE OLVIDES DE LAS



ERROR DIAGNÓSTICO



IMPLICACIONES MÉDICO-LEGALES DE LOS ERRORES EN EL DIAGNÓSTICO

ERROR DIAGNÓSTICO



MALA PRAXIS MÉDICA

TODA ACCIÓN MÉDICA ERRADA (definir la culpabilidad de la mala práctica y la magnitud del resarcimiento del perjudicado).

OMISIÓN

- De prestar apropiadamente el servicio a que está obligado.
- Omisión que da por resultado cierto perjuicio al paciente.
- No cumplir con su deber al que está obligado → daño al paciente.

COMISIÓN

- Efectuar una acción que está prohibida por la norma.

ERROR DIAGNÓSTICO



MALA PRAXIS MÉDICA

1. Defectuoso examen del paciente
2. Errores de diagnóstico
3. Errores de tratamiento
4. Daños causados por uso indebido objetos (aparatos , instrumental) o medicamentos
5. Omisión de pautas esenciales para el diagnóstico
6. Cirugía sin diagnóstico ni pronóstico establecido
7. Cirugía sin planeación ni evaluación preoperatoria
8. Descuido y falta de vigilancia postoperatoria
9. Cirugía innecesaria
10. Cirujano no capacitado (imprudencia)
11. Codicia, práctica quirúrgica inescrupulosa

ERROR DIAGNÓSTICO

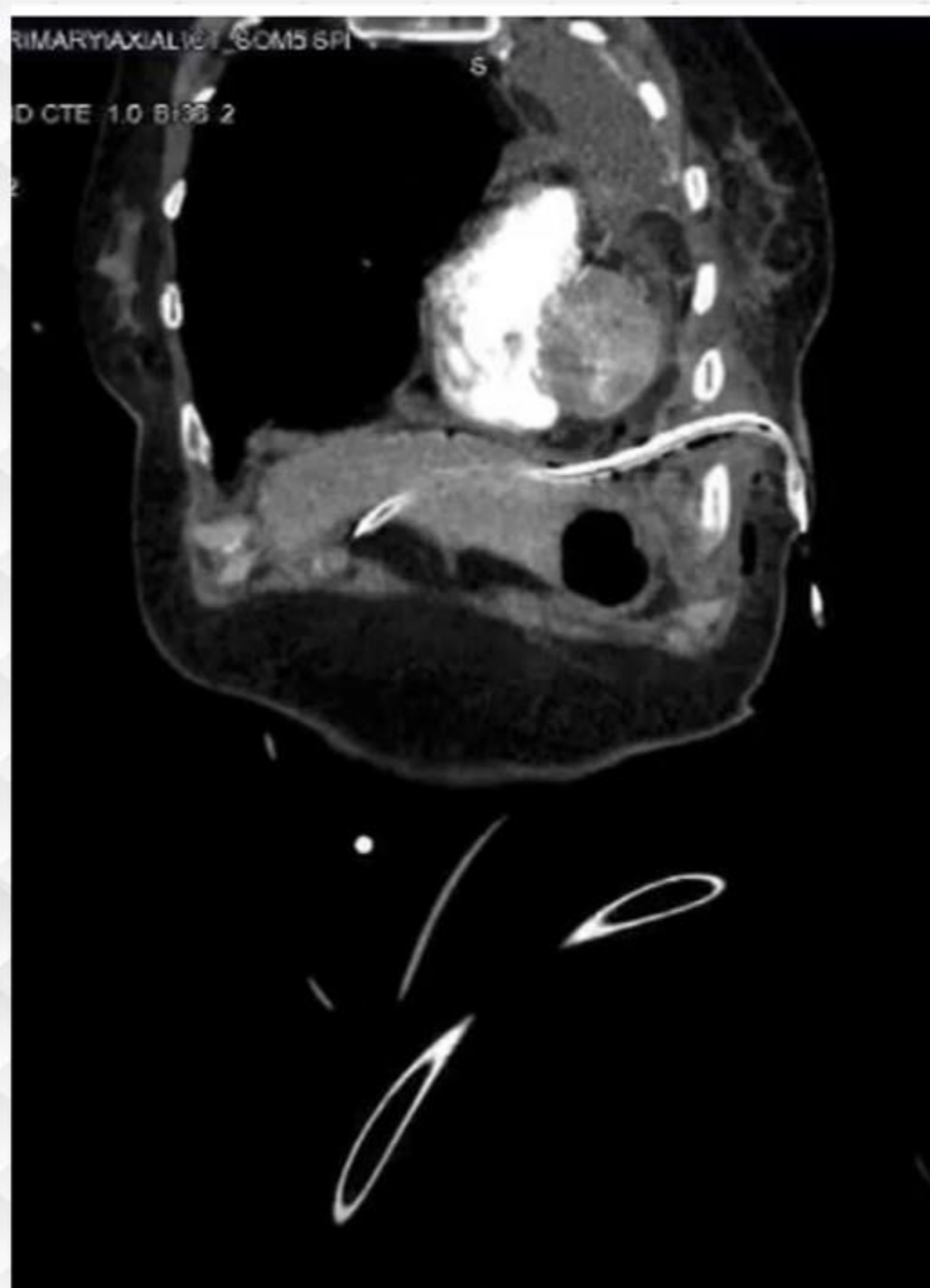


MALA PRAXIS MÉDICA

TIPOS

- **Negligencia médica**, (incumplir los principios de la profesión) no hacer lo que se debe hacer o sabiendo lo que no se debe hacer, se hace.
- **Impericia**, falta total o parcial de conocimientos técnicos, experiencia o habilidad, ineptitud.
- **Imprudencia**, acto médico sin precauciones ni medir consecuencias.

ERROR DIAGNÓSTICO



RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL MÉDICO



Obligación que tienen los médicos de reparar o satisfacer las CONSECUENCIAS de sus actos, omisiones y errores

1. El **ACTOR** es el médico con título habilitado.
2. El **ACTO** es el accionar médico, quirúrgico etc.
3. El elemento objetivo: es el **DAÑO** en el cuerpo o en la salud, desde una lesión hasta la muerte.
4. El elemento subjetivo: es la **CULPA** por **impericia, imprudencia o negligencia**, inobservancia de normas y reglamentos.
5. **La relación de causalidad entre el acto médico y el daño es una línea recta sin interferencia.**

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL MÉDICO



TIPOS DE RESPONSABILIDAD MÉDICA U ODONTOLÓGICA

1. **RESPONSABILIDAD CIVIL, OBLIGA INDEMNIZACIÓN DE DAÑOS Y PERJUICIOS**, si se daña se debe reparar, afectación al patrimonio.
2. **RESPONSABILIDAD PENAL, PENAS QUE IMPONE EL CÓDIGO PENAL**, (Prisión, reclusión, multa).
3. **ADMINISTRATIVA**, se aplica apercibimiento ó la inhabilitación.

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL MÉDICO



CULPA MÉDICA

- ❖ Infracción a una obligación preexistente.
- ❖ Falta necesariamente la intención de dañar.
- ❖ Pero hay falta de idoneidad, negligencia, desidia, impericia, falta de precaución o de diligencia, descuido o imprudencia.
- ❖ Que produce un daño al otro que frustra el incumplimiento de una obligación y debe ser imputada a quien la causa.
- ❖ El acto médico no se hizo con intención de daño, pero se produjo por falta de previsión, negligencia, impericia e imprudencia.

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL MÉDICO



DOLO

Intención deliberada

- ❖ Cuando la previsión del resultado como no seguro, no detiene al autor.
- ❖ Aborto, certificado falso; la responsabilidad es plena.

DOLO



“Un ejemplo claro de los mismos son: el aborto criminal, la charlatanería, la inducción del suicidio; cirugías simuladas o innecesarias o tratamientos médicos no justificados con fines de lucro. Se debe ser sumamente escrupuloso con un supuesto de este tipo, y deben ser probados plenamente...”.

FORMAS DE CULPA MÉDICA



- IMPERICIA
- IMPRUDENCIA
- NEGLIGENCIA
- IATROGENIA
- MALA CONDUCTA PROFESIONAL

FORMAS DE CULPA MÉDICA



ERRORES DE DIAGNÓSTICO

- IGNORANCIA
- ERRORES GROSEROS DE APRECIACIÓN
- EXAMEN INSUFICIENTE DEL ENFERMO
- ERRORES DE TRATAMIENTO, administración de un producto que no es de elección.
- DOSIS O VÍAS INADECUADAS O INDEBIDAS

CULPAS O FALTA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA



- **Error de diagnóstico o elección de terapéutica.** Es fundamental considerar el sitio donde se presta la atención médica, las circunstancias personales del profesional, las causas o hechos que pudieron influir en el resultado.
- **Faltas instrumentales o de técnica.** Las lesiones o daños surgidos con el uso de equipos por fallas técnicas del operador o del propio equipo utilizado. Incapacidad para poder realizar una técnica que haya contribuido al daño o muerte del paciente.
- **Falta, producto de confusión en la identificación del paciente o bien del órgano enfermo.** En este tipo de faltas deben delimitarse las responsabilidades de cada uno de los integrantes del equipo de salud.

CAUSAS POR LAS QUE UN PROFESIONAL DE LA SALUD QUEDA LIBERADO DE LA RESPONSABILIDAD



Caso fortuito o fuerza mayor

- Imprevisible
- Inevitable

Un error excusable

- Padecimientos de evolución atípica
- Síntomas y padecimientos clínicos cambiantes
- Enfermedades que dificultan el diagnóstico

Conducta del enfermo

- El paciente cambia o no cumple con la prescripción
- El paciente no obedece las indicaciones médicas

Fracaso de tratamiento

- El diagnóstico correcto y el tratamiento preciso no produce los efectos deseados

Estado de necesidad y prescindencia del consentimiento del paciente.

- En caso de urgencia y ante imposibilidad de otorgar consentimiento, el profesional de la salud determina actuar para salvar la vida

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS



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

La responsabilidad no solo es de los médicos, sino de todo el personal que tiene que ver con la atención del paciente (LEY GENERAL DE SALUD):

- Enfermería
- Intendentes
- Camilleros
- Nutriólogos
- Personal de laboratorios, banco de sangre, imagenología
- Personal administrativo, Psicólogos, Trabajadoras sociales, Etc.

RESPONSABILIDAD MORAL



“Para la responsabilidad moral no hay más tribunal que el propio tribunal de la conciencia. Es una responsabilidad innata y natural. Aunque la justicia humana absuelva...”

“...la responsabilidad moral médica es la obligación de todo médico de responder ante el fuero espiritual de su interior, recondita intimidad; después de señalarle su deber y obligación, le compensa con satisfacciones o le castiga con remordimientos...”

RESPONSABILIDAD SOCIAL



- La responsabilidad social del prestador de servicios de salud, es lo que la sociedad, su comunidad, espera como respuesta a sus actuaciones. Si hay aprobación, satisfacción y aceptación, le darán “el buen nombre”.
- Si hay reprobación de su actuación, el castigo será el “reproche social”, el desprestigio, o mala fama.

RESPONSABILIDAD MÉDICA PROFESIONAL



Al respecto la Ministra Olga María Sánchez Cordero señala que “cuando el galeno en el ejercicio de su actividad profesional cause un resultado negativo en la salud de algún paciente, o como se conoce en el lenguaje médico, provoque una iatropatogenia, en ese momento surge la obligación de responder civil, administrativa y/o penalmente por el daño producido.

PRINCIPALES ORDENAMIENTOS JURÍDICOS QUE REGULAN EL DERECHO A LA SALUD, SU PROTECCIÓN Y LAS RESPONSABILIDADES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD



- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;
- La Ley General de Educación;
- La Ley de Profesiones;
- La Ley General de Salud;
- Códigos Penal y Civil;
- Normas Oficiales Mexicanas.

PROCEDIMIENTOS LEGALES



Acciones que pueden ejercitar en contra del médico:

ÁREAS

- ❖ PENAL
- ❖ CIVIL
- ❖ ADMINISTRATIVA
- ❖ LABORAL

PENAL



Artículo 228. Los profesionales serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, además de lo contenido en la LGS.

- I. Además de las sanciones para los delitos cometidos, suspensión de 1 mes a 2 años en el ejercicio de su profesión o definitiva en reincidencia.
- II. Estarán obligados a la reparación del daño y los perjuicios ocasionados

RESPONSABILIDAD



Penal **Delitos**

Lesiones
Homicidio

Civil

Reparación del Daño

Art. 2108 Código Civil

Perjuicio

Art. 2019 Código Civil

Administrativa

Queja

Conciliación

CONCLUSIONES



El error diagnóstico es la principal causa de error médico:

- ✓ Es minimizado y subestimado por la mayoría de los médicos e instituciones.
- ✓ No es medido, porque muchas veces no se asienta.
- ✓ Es un problema de salud pública.
- ✓ Es el mayor problema de morbi-mortalidad mundial.
- ✓ Es el número uno en reclamos de mala práctica.
- ✓ Es un error que es prevenible.

RECOMENDACIONES Px Dx

Mass Gral Hosp



CONCLUSIONES

- ✓ Discusión de casos en las sesiones clínicas con especial énfasis en los aspectos del proceso diagnóstico, incluyendo las incertidumbres de cada paso y la naturaleza probabilística del razonamiento clínico.
- ✓ Análisis de las causas de los reingresos.
- ✓ Fomento de las sesiones clínico-patológicas y autopsias
- ✓ Discusiones sinceras sobre los errores diagnósticos y de las estrategias que se deberán llevar a cabo para evitar repetirlos.

RECOMENDACIONES Px Dx

Mass Gral Hosp



CONCLUSIONES

- ✓ En los casos complejos, aprender a trabajar con hipótesis diagnósticas, dado que captan mejor las incertidumbres inherentes al razonamiento clínico.
- ✓ Los tutores deberían organizar seminarios de residentes donde se debería instaurar un clima propicio para analizar las alternativas del proceso diagnóstico con flexibilidad profesional de las sesiones.
- ✓ Proveer planes formativos a los residentes sobre proceso diagnóstico, fortalezas y debilidades de la medicina basada en la evidencia, teorema de Bayes, sensibilidad, especificidad, valor predictivo de las pruebas, errores diagnósticos, decisiones compartidas y gestión de la incertidumbre, entre otros temas de interés para potenciar el razonamiento clínico.

REQUISITOS Y OBLIGACIONES



- ☐ Documentos en regla (título, cédula, consejo)
- ☐ Expediente clínico
- ☐ Consentimiento informado
- ☐ Relación médico-paciente
- ☐ Conducta ética, moral y cariño por el paciente



**Práctica médica
segura**

CONCLUSIONES Y OBLIGACIONES DE LOS MÉDICOS



- ✓ La identificación y valoración oportuna para la atención del paciente de acuerdo a los síntomas que refiera; abordar todo nuestro interés, recursos, referencias, ética, en el intento del **diagnóstico lo más preciso posible**.
- ✓ La indicación de un tratamiento adecuado según las mejores evidencias médicas.
- ✓ Apegarse a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Lo anterior con el objeto de:

- ✓ No incurrir en acciones o conductas consideradas como obstinación terapéutica.
- ✓ No tener como finalidad terminar con la vida del paciente.

MUCHAS GRACIAS