

# Conocimiento sobre responsabilidad profesional en la atención médica: ¿falta de actitud, interés o educación?

## Knowledge on professional responsibility in medical attention: lack of attitude, interest or education?

Raúl Tachiquín-Sandoval,<sup>1</sup> Ana Cecilia Romero-Escobedo<sup>1</sup>  
Luis Alejandro Padilla-Villalobos<sup>1</sup>

### RESUMEN

**Introducción.** En la mayor parte de las decisiones de la atención médica la responsabilidad recae principalmente sobre el personal médico. Todos los involucrados tenemos derechos y obligaciones, administrativos ante las instituciones, y sobre nuestro actuar ante la ley. Los perfiles permiten definir los alcances de las denuncias en el constante y cada vez más elevado índice de quejas, apreciar si éstas son o no procedentes, y qué parte de la cadena de atención médica es la responsable de dicha denuncia. El objetivo del estudio fue determinar el grado de conocimiento que tiene el personal de salud sobre responsabilidad profesional.

**Material y Métodos.** Se realizó un estudio transversal, tipo encuesta, con muestreo no probabilístico por conveniencia, durante el período de mayo del 2008 a agosto del 2011, en 861 personas de cualquier categoría de contratación, de ambos sexos, eliminando 120 encuestas. El instrumento consta de 20 reactivos de respuesta abierta, incluyendo como indicadores términos básicos sobre responsabilidad profesional y marco jurídico; realizando el mismo procedimiento a dos grupos control.

**Resultados.** Contestaron de forma completa el 86%. El mínimo de respuestas fue 0(54%), el máximo de 17(0.13%); la calificación promedio de las 741 en-

cuestas fue de 0.4%. No hubo predominio en cuanto al género. El mayor número de encuestados entró en el rango de 20-40 años de edad (82%), y de 1-20 años de antigüedad (96%); no hubo diferencia significativa entre los grupos.

**Conclusiones.** La aplicación de esta encuesta nos permitió determinar que el grado de conocimiento sobre responsabilidad profesional es malo (0.1%); es necesario organizar actividades informativas y concientizar al personal de salud.

**Palabras clave:** conocimiento de responsabilidad profesional, atención médica, quejas.

### ABSTRACT

**Introduction.** Responsibility in most decisions of medical attention falls mainly on the medical staff. All the staff involved has rights and obligations, administrative towards institutions and concerning our behaviour before the law. The profiles allow to define the denunciations reach in the constant and ever-growing complaints index, see whether they should proceed or not, and what part of the medical attention chain is responsible for such suit.

**Material and Methods.** A transversal survey study

<sup>1</sup> Hospital Comunitario Nochistlán. Servicios de Salud de Zacatecas, MÉXICO.

Folio 259/2014 Artículo recibido: 15-01-2014 Artículo reenviado: 02-02-2014 Artículo aceptado: 21-02-2014

Correspondencia: Dr. Raúl Tachiquín Sandoval. Departamento de Gestión de Calidad. Hospital Comunitario Nochistlán, Servicios de Salud de Zacatecas. Josefa Ortiz de Domínguez No. 11, Col. Centro, C.P. 99900, Nochistlán, Zacatecas. México. Correo electrónico: tachirurgia@hotmail.com.

was made, with non-probabilistic sampling for convenience, during the period of May 2008 to August 2011, on 861 people of any contract category, both sexes, removing 120 surveys. The instrument consists of 20 open-ended questions, including as indicators the basic terms on professional responsibility and legal framework; applying the same procedure to two control groups.

**Results.** The 86% answered in completeness. Minimum of answers were zero (54%), while the maximum was 17(0.13%); average grade of the 741 surveys was of 0.4%. there was no predominance on the matter of gender. Most respondents were in the 20 to 40 years old

(82%) range, and 1-20 years of seniority (96%), there was no meaningful difference between the groups.

**Conclusions.** Applying this surveyed allowed us to determine that the level of knowledge on professional responsibility is low (0.1%); it is necessary to organize informative activities and create conscience o the matter among the healthcare providers.

**Key words:** professional responsibility knowledge, medical attention, complaints.

## INTRODUCCIÓN

Posiblemente el cariz legal más antiguo que implica el castigo material sea el Talión (del latín *talio*), pena en hacer sufrir al infractor un daño igual al que causó. Esto es “ojo por ojo, diente por diente” o dicho de otra manera “tal harás, tal hallarás”. Uno de los primeros códigos legales en los cuales se hace referencia a la responsabilidad profesional y castigo al infractor, es el de Hammurabi, 2000 años a.C. dentro de las profesiones mencionaba a los médicos y especificaba los castigos a los incumplidores, algunos tan drásticos como pérdida de manos e incluso la vida. Los códigos legales mejor elaborados y de los cuales derivan las leyes actuales en casi todo el mundo, con pequeñas variaciones en cada país, son el código Romano y las reformas que se le hicieron después de la Revolución Francesa. Actualmente las leyes de todos los países tipifican y penalizan los delitos a las desviaciones de las normas legales profesionales, incluida desde luego la medicina, en México se encuentra reglado por disposiciones plasmadas en las distintas leyes y códigos, que pueden ser estatales o federales y si el fuero es común o federal.<sup>1 2</sup>

Se define como responsabilidad médica profesional “al delito en que puede incurrir un médico durante el ejercicio de la profesión al infringir alguna de las leyes civiles o penales que norman su conducta profesional”. Esto es, cuando un médico desacata consciente o inconscientemente las normas legales que rigen su profesión, incurrirá en un delito y se hará acreedor al castigo que las propias leyes fijen.<sup>1 2 3</sup>

A través del tiempo se han conjuntado códigos de ética médica, con el objetivo de referir obligaciones y deberes, para organismos de la federación, de la sociedad, de los médicos y los propios pacientes (Cuadro 1). La expansión del conocimiento ha generado el surgimiento

de subespecialidades que han obligado al médico a referir al paciente a un colega para valoración, siendo hasta 80% de fallas interinstitucionales y un 20% por errores médicos evidenciados.<sup>3</sup>

Cuadro 1. Derechos de los Pacientes.

1	Recibir atención médica adecuada.
2	Recibir trato digno y respetuoso.
3	Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4	Decidir libremente sobre su atención.
5	Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
6	Ser tratado con confidencialidad.
7	Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8	Recibir atención médica en caso de urgencia.
9	Contar con un expediente clínico.
10	Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Fuente: CONAMED

En México, se cuenta con una carta de los Derechos Generales de los Médicos (Cuadro 2), misma que se deriva del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, del Programa Nacional de Salud y la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, consensuada por coordinación

de la CONAMED, siendo aceptada después de su análisis y algunas modificaciones por 2,089 colegios médicos, escuelas de medicina, secretarías gubernamentales, en la cual se citan 10 derechos del profesional médico; fundamentados tanto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud y el Código Penal Federal vigentes (2005).<sup>4</sup>

Cuadro 2. Derechos de los Médicos.

1	Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza.
2	Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional.
3	Tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional.
4	Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica.
5	Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional.
6	Tener acceso a educación médica continua y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional.
7	Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión.
8	Asociarse para promover sus intereses profesionales.
9	Salvaguardar su prestigio profesional.
10	Percibir remuneración por los servicios prestados.

Fuente: CONAMED

Por definición, la responsabilidad médica implica el compromiso moral de responder de los actos propios –incluso, en algunos casos de los ajenos– y la obligación de reparar o indemnizar las consecuencias de actos perjudiciales para terceros. Dos vertientes de un concepto que contiene elementos tan antiguos y complejos como el acto médico mismo. La primera vertiente invoca la convicción vocacional y moral del profesional y su capacidad científico-técnica; se basa en principios éticos generalmente establecidos por los propios médicos. La segunda surge del Derecho, es coercitiva y se rige por leyes emitidas por el Estado; tiene como principal objetivo, calificar y castigar los actos del médico que perjudiquen al enfermo, física, moral y económicamente.<sup>5</sup>

Los principios éticos surgen con el inicio de la medicina racional (400 años a.C.) con el *Juramento Hipocrático*, el cual contiene los fundamentos del ser y del hacer del médico:

1. Favorecer, no perjudicar.
2. Voto de la total entrega a la profesión.
3. Dedicación y fidelidad al enfermo buscando hacer el bien.
4. Hacer sólo lo que se sabe hacer.
5. Conducta honesta con el enfermo, su familia y la sociedad.
6. No divulgar las condiciones del enfermo ni las intimidades de su familia.
7. Fidelidad al maestro y compromiso de transmitir los conocimientos.

Los rasgos esenciales de estas sentencias son, por una parte, la búsqueda del bien para el enfermo, lo que desde la Edad Media se ha llamado “principio de beneficencia”; por la otra, el voto, casi religioso, que obliga al médico a la absoluta dedicación al enfermo y le exige una conducta recta, casi ascética, dentro de lo que se incluye el compromiso de guardar la intimidad del enfermo y la familia. Condiciones que le otorgan cierta superioridad ante el enfermo y ante sus conciudadanos. En consecuencia, el acto médico es claramente paternalista y benevolente, pero al enfermo se le niega la autonomía y capacidad de decisión. Desde el siglo V a.C. hasta bien entrado el siglo XX, esta forma de ética médica fue la base de la medicina occidental.<sup>5</sup>

Los principios legales son consecuencia de la organización de los Estados y desde las primeras leyes escritas que se conocen en el *Código de Hammurabi*, ya se mencionan algunas normas para la práctica de la medicina, que sólo consideran los castigos por errores o negligencia del médico, pero dadas las características autoritarias de las sociedades sumerias que fundaron el Estado, nada se menciona acerca de los derechos de los enfermos. A partir del siglo XVII se acepta que el estado natural del hombre es la plena libertad y la soberanía individual, regido por un “contrato social” con leyes que enseñan: “siendo iguales e independientes, nadie debe dañar a otro en su vida, salud, libertad y posesiones”. Esta filosofía liberal se incorpora a las leyes fundamentales de la mayoría de los países como derechos naturales del ser humano, válidos aun en la enfermedad. Surge así el concepto de “los derechos de los enfermos”, que suprime la relación médico-paciente basada en el paternalismo y cambia la legislación sobre la responsabilidad del médico en su ejercicio profesional. En la “Declaración de Lisboa” de 1981 se expresan los “derechos que deben reconocerse en los enfermos” (Cuadro 1).<sup>5</sup>

En México, en una encuesta entre cirujanos mostró que el 81% de los profesionistas practican la medicina defensiva por temor a ser demandados.<sup>6</sup> Sin embargo, como dice el Dr. Laín Entralgo, “la conducta moral del individuo está dictada por una ética, antes que por una ley. Es necesario que el hombre tenga una normativa propia que lo impulse a la acción moral y le motive para lograr la identificación y reconciliación consigo mismo, fomentando la idea de la propia estimación”. La conducta moral del individuo está dictada por su ética antes que por la ley; la moral individual es mucho más que la simple obediencia a las leyes.<sup>5</sup>

En 1978 en Estados Unidos, en el informe “Belmont” se consagran los tres principios que orientan a la ética médica: Autonomía, beneficencia y justicia:

- a) *Respeto a la autonomía.* Definida como la decisión deliberada para pensar, decidir y actuar en forma independiente, contiene las siguientes importantes implicaciones base de los derechos de los enfermos: el principio del consentimiento informado, el principio de la máxima capacidad técnica y el principio de la autenticidad del bien.
- b) *Función benéfica y función no perjudicial.* El acto médico obliga al médico a asumir la obligación personal y profesional de buscar el bien del enfermo. Este compromiso especial es reconocido por la sociedad y por el enfermo como parte de un contrato entre el médico y el paciente. La responsabilidad del médico es cumplir con el contrato tácitamente adquirido, para lo cual debe estar capacitado técnicamente, de lo contrario, recomendar al enfermo con el médico adecuado. Al decidir los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, es necesario asegurarse, hasta donde la información y la experiencia lo permiten, de que el posible efecto secundario es mejor para el enfermo si se logra el beneficio que se pretende.
- c) *Justicia.* Este principio exige que las personas se traten mutuamente con equidad, respetando sus derechos, lo que obliga al médico a dedicar el mismo tiempo, interés y solicitud para todos sus enfermos. Igualmente, el principio de justicia requiere la distribución equitativa de los recursos disponibles.<sup>5</sup>

Como se ha comentado la responsabilidad médica implica el compromiso moral de responder a los actos propios y la obligación de reparar o indemnizar las consecuencias de los actos perjudiciales para terceros. Y obedece a situaciones que podemos encuadrarlas en:

- *Negligencia:* se refiere al incumplimiento de los principios del arte o profesión, sabiendo lo que se debe de hacer y no se hace o viceversa;
- *Impericia:* falta de habilidades o conocimientos básicos

que debe tener un profesional; e

- *Imprudencia:* afrontar riesgos sin haber tomado las debidas precauciones, es ir o llegar más allá de donde se debe.<sup>4</sup>

Las reclamaciones más comunes según la CONAMED menciona: mala atención, negligencia, diagnóstico insuficiente, alta prematura, impericia y deficiencia administrativa y cuyos servicios más afectados fueron: obstetricia, medicina familiar, cardiología, urgencias, ortopedia, cirugía general, oftalmología, etc., de ellos el 50% de las resoluciones fue favorable al médico, 25% conlleva reparación del daño y 25% alcanza convenio; cuando el costo de la indemnización oscila entre \$30,000.00 y \$300,000.00, más los honorarios de los abogados. Este fenómeno no es privativo de instituciones de seguridad social sino también afecta a establecimientos privados.<sup>6</sup>

Comenta el Dr. Ruelas Barajas: “Hay que subrayar, que así como se exige responsabilidad médica en la atención, también el paciente tiene responsabilidad, ya que se trata de una corresponsabilidad y es imposible que el médico pueda garantizar un alto nivel de calidad si el paciente decide no tomarse el medicamento, o si no asiste a la consulta a la que fue citado, asimismo, cuando se hable de calidad en la atención de un paciente se involucran muchos factores médicos, de diagnóstico, pronóstico, rehabilitación, relación médico-paciente, ambiente que rodea esta interacción y las comodidades existentes. Hoy, gracias al conocimiento que hemos adquirido, sabemos que las cadenas se rompen por los eslabones más débiles, no hay que buscar un culpable, hay que buscar qué fue lo que ocurrió en la institución, muchos de esos actos de aparente negligencia son resultado del sistema. No es culpa de una persona sino de un sistema, el tema de los indicadores es muy importante para emitir un juicio”.<sup>6</sup>

La opción que hoy se tiene de poner en contacto al médico con las personas que están presentando la queja, ha permitido que en un gran número de casos, las explicaciones dadas por el primero y la comprensión del problema por los afectados, conduzcan a un desistimiento de la queja.<sup>7</sup> Cuando se analizan las controversias la mayoría son el resultado de una falta de comunicación entre el médico y el paciente,<sup>8</sup> comentarios negativos o injustos de médicos acerca de la actuación de sus colegas, burocratismo, costos excesivos, intereses de terceros e inconformidades por los resultados de la atención médica, principalmente por impericia y negligencia.<sup>9</sup> Asimismo las tendencias en cuanto a incremento de la participación y ampliación del concepto preventivo de los profesionales tanto en seguridad en el trabajo como su proyección hacia el usuario.<sup>10</sup> Se ha considerado a la iatrogenia como una situación generada por la acción errónea de un individuo,

aunque algunos autores han propuesto que ésta sea aceptada como una omisión colectiva de naturaleza muy compleja, en la que los elementos de gasto social, la formación de todos los profesionales de la medicina, la capacitación a los administradores e incluso la educación al público; considerando por tanto la participación del médico sólo como parte de todo un sistema.<sup>11</sup> Incluso algunas propuestas al órgano legislativo por parte de la Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C. y Colegio de Postgraduados en Cirugía General, A.C., incluyen en sus puntos las obligaciones del usuario y el consentimiento informado como excluyente de responsabilidad.<sup>12</sup> Así como en otras ramas de la medicina como la odontología se ha observado la misma problemática,<sup>13</sup> y la rama de enfermería ha normado también sus derechos para tratar de objetivamente contrarrestar una parte importante de las quejas (Cuadro 3).<sup>14</sup>

Cuadro 3. Derechos de los y las enfermeras (os).

1	Ejercer la enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.
2	Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.
3	Contar con los recursos necesarios que les permitan el óptimo desempeño de sus funciones.
4	Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
5	Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como de personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.
6	Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud.
7	Tener acceso a las actividades de gestión, docencia e investigación de acuerdo a sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales.
8	Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.
9	Acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo a sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna.
10	Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados.

Fuente: CONAMED

Los estudios regionales y locales sobre la temática mencionada y la importancia de crear conciencia al enfrentar el desconocimiento de la responsabilidad profesional y el marco jurídico que nos rige, para tomarlo en cuenta como punta de lanza ante la evidencia descrita en el ámbito de no influir en la medicina defensiva sino en la medicina responsable, institucional y privada, con el consecuente crecimiento personal y el decremento de inconformidades verbales o escritas sobre la atención médica;<sup>15 16</sup> con la aplicación de las metas de seguridad principalmente en el paciente quirúrgico,<sup>17 18</sup> el fortalecimiento de la relación médico-paciente con el modelo de responsabilidad compartida,<sup>19</sup> conociendo las obligaciones que como prestador de servicios de salud tenemos para con los usuarios del mismo,<sup>20</sup> hermanando la medicina y el derecho mediante una visión más comprensiva y más justa en el abnegado quehacer profesional en beneficio de la humanidad entera, para que sea menos vulnerable a las crecientes acciones jurídico-legales que en su contra se han instaurado tantas veces motivadas por sentimientos y emociones carentes de objetividad y buen juicio;<sup>21</sup> ésto no significa, por supuesto, encubrir o justificar los errores, las irresponsabilidades o la negligencia; nuevamente la prioridad se centra en el paciente, pero tampoco es válido desprestigiar o desmentir a un colega para apropiarse del paciente o para aparecer como el salvador<sup>22</sup> o incluso, ser parte fomentadora de la demanda o inconformidad.<sup>23</sup>

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, tipo encuesta con muestreo no probabilístico por conveniencia, se llevó a cabo en las siete Jurisdicciones Sanitarias, ocho de los once Hospitales Comunitarios, y seis Hospitales Generales y de Especialidad de los Servicios de Salud de Zacatecas, así como a personal de Centros de Salud "C", Caravanas de la Salud y de Extensión de Cobertura, del mes de Junio del 2008 hasta Octubre del 2011. Se incluyeron médicos especialistas de cualquier rama, médicos generales, médicos pasantes en servicio social, enfermeras generales, auxiliares de enfermería y otras áreas (técnicos laboratoristas, auxiliares administrativos, limpieza, etc.); activos, de ambos géneros (masculino o femenino), con cualquier tipo de contratación: confianza, base, contratos eventuales, que aceptaron participar en el estudio. Se eliminaron las encuestas que no fueron contestadas al 100%. El instrumento estuvo estructurado por 20 reactivos de respuesta abierta, dividido en variables demográficas y laborales que no califican y en aspectos de responsabilidad profesional (12) y referentes al marco jurídico de la práctica médica (8), validado por consenso

de expertos (personal miembro del Comité de Asuntos Médico-legales de la AMCG y CPCG y expertos en investigación del Depto. de Enseñanza e Investigación de los Servicios de Salud de Zacatecas). Se aplicaron 861 encuestas, con eliminación de 120 de ellas por estar contestadas en forma incompleta (14%) de un total de 4435 personas en nómina. Asimismo se realizó la encuesta a dos grupos control: 1) grupo perteneciente a una Jurisdicción Sanitaria a la cual se le otorga capacitación y al mes se les aplica el instrumento y 2) a un grupo de personal de salud de una institución pública diferente a la nuestra (73 encuestas).

Se realiza el instrumento con respuestas abiertas para conocer si en propias palabras o con las palabras correctas el interrogado puede definir de manera adecuada los conceptos básicos o principales que se vierten en esa definición para evaluar la capacidad del entendimiento de ese cuestionamiento, ya que el no comprenderlo o conocerlo no exime de tener un evento de responsabilidad profesional por desconocimiento del mismo, realizando en forma comparativa un instrumento donde existe la posibilidad de correlacionar estos mismos conceptos (opción múltiple y correlación de columnas) con definiciones y/o respuestas correctas realizadas a las mismas personas en diferentes tiempos sin significancia alguna en la variación de respuestas correctas, pero que en otros encuestados por lógica la correlación es más sencilla y más alto el puntaje, siendo en las mismas personas encuestadas de inicio con la respuesta abierta aciertos de 0 a 3 y en la segunda opción la variación de 7 hasta 14 aciertos, por lo que se considera que dado el objetivo de este estudio que es el de saber el nivel de conocimiento sobre el tema de responsabilidad profesional y marco jurídico que rige este actuar, el instrumento de respuesta abierta es mejor y se calificó como acertada de la siguiente manera: cuando se vierten los puntos principales y objetivos en las definiciones, cuando es más de una respuesta se toma el anotar el 50% o más de la misma.

El conocimiento sobre responsabilidad profesional y el marco jurídico se midió de acuerdo al número de reactivos contestados correctamente. Cuando el número de respuestas correctas fue de 17 a 20, el conocimiento se consideró excelente; de 13 a 16, muy bueno; de 9 a 12, bueno; de 5 a 8, regular; menos de 5, malo. La escala de medición fue ordinal. Las mediciones estadísticas aplicadas fueron las propias de la estadística descriptiva.

## RESULTADOS

De un total de 4435 personas en nómina de los Servicios de Salud de Zacatecas, se calificaron 741 encuestas correspondientes al 86% del total de encuestas realizadas

(861), contestando en forma completa el 100% de las mismas. Cuatrocientos setenta y uno (471) personas correspondieron al sexo femenino (63.5%) y doscientos setenta (270) al masculino (36.5%), sin predominio significativo respecto al género de encuestados.

La edad de los encuestados tuvo un rango de 19 a 58 años; divididos en cuatro grupos (19 a 30, 31 a 40, 41 a 50 y 51 o más); encontrándose en el primer grupo 384 personas (52%), en el segundo representó 219 personas (30%), el tercer grupo de 104 personas (14%) y el cuarto grupo de 34 personas (4%); entre 20 y 40 años de edad se encontró el mayor número de personas con un 82%.

El 100% de los encuestados trabajan en la parte institucional, y de ellos sólo 9% también laboran en la parte privada de la medicina (médicos especialistas, generales y licenciatura en enfermería); siendo seis Hospitales Generales y de Especialidad, 134 personas laboran en estos (18%); correspondientes a un 2º y 1er nivel Unidades Híbridas (Hospitales Comunitarios) siendo ocho con un número de encuestados de 185 (25%) y 422 personas laboran en 1er nivel de atención (57%).

En los años de ejercer la profesión, se tuvo un rango de 1 a 30 años; dividiéndose en tres grupos, dependiendo de los años de antigüedad, en el primer grupo (menos de 10 años) se tuvieron 529 personas (71.4%), el segundo grupo (de 10 a 20 años de antigüedad) se contabilizaron 186 personas (25%), el tercer grupo (de 21 a 30 años de antigüedad) fueron 23 personas (3.5%) y el cuarto grupo (de más de 30 años de antigüedad) sólo 3 personas (0.5%). Siendo hasta los 20 años de antigüedad el grueso de la población encuestada con 715 personas (96%).

De los cuales se dividieron en 65 médicos especialistas, 202 médicos generales, 295 personal de enfermería (152 enfermeras generales, 83 licenciadas en enfermería, 10 enfermeras especialistas, 37 auxiliares de enfermería y 13 enfermeras pasantes en servicio social) y 99 de otros y su relación con la plantilla institucional. Siendo la rama médica la más encuestada con 347 personas (47%), seguida por enfermería con 295 personas (40%) y otros con 99 personas (13%).

Los resultados correspondientes al conocimiento de la responsabilidad profesional se describen en el Cuadro 4. Los resultados correspondientes al conocimiento del *marco jurídico* se describen en el Cuadro 5. Los resultados de la aplicación de la encuesta mostraron que se encuestó al 19.4% del total de la población en nómina de nivel operativo de los Servicios de Salud de Zacatecas; contestando de forma completa la encuesta el 100%, teniendo como rango mínimo de 0 (54%) respuestas correctas y un máximo de 17 (0.13%). La calificación

obtenida con mayor frecuencia fue de 0 reactivos (54%) en 401 encuestas, continuando la de 1 acierto con 227 (31%), la calificación promedio del total de las 741 encuestas fue de 0.4 (malo).

Los encuestados se catalogaron por género en 471 femeninos (63%) y 270 masculinos (37%); así como por grado de complejidad de la Unidad de Adscripción con 422 (57%) de 1er Nivel de Atención, 185 (25%) perteneciente a Unidades Híbridas como son los Hospitales Comunitarios y 134 (18%) a Unidades de 2º a 3er Nivel de Atención de la Entidad.

La calificación promedio total se encontró muy por debajo de la media (10 de 20). Del total de preguntas, se revisó que el apartado de responsabilidad profesional fue el que más reactivos correctos tuvo con 445 y el de marco jurídico sólo 171.

Se concluyó que los entrevistados no fueron capaces de puntualizar, en respuestas abiertas, los conceptos de las definiciones solicitadas sobre responsabilidad profesional y el marco jurídico que rige el actuar en la atención médica.

Cuadro 4. Responsabilidad Profesional.

PREGUNTA	CORRECTO	%	INCORRECTO	%	TOTAL	% TOTAL
1. Definición responsabilidad profesional	25	3.4	716	96.6	741	100
2. Derechos de los pacientes	252	34	489	66	741	100
3. Derechos de los médicos y/o enfermeras	40	5.4	701	94.6	741	100
4. Delitos médicos en el ejercicio profesional	21	2.8	720	97.2	741	100
5. Tipos de sanciones y quién las aplica	5	0.6	736	99.4	741	100
6. Cuántos son en número los derechos de médicos, pacientes y enfermeras	80	11	661	89	741	100
7. Definición de Calidad en la atención médica	0	0	741	100	741	100
8. Defina el término "error médico"	0	0	741	100	741	100
9. Quién rige el marco jurídico de la práctica médica	0	0	741	100	741	100
12. Defina "criterio médico"	0	0	741	100	741	100
16. Defina "evento adverso"	12	1.6	729	98.4	741	100
17. Defina "evento centinela"	10	1.3	731	98.7	741	100

Cuadro 5. Marco Jurídico.

PREGUNTA	CORRECTO	%	INCORRECTO	%	TOTAL	% TOTAL
10. Artículo que refiere el derecho a la salud	101	13.6	640	86.4	741	100
11. Artículo que reza que toda persona tiene derecho a dedicarse a la actividad, trabajo u oficio que le agrade siempre y cuando sea lícito	15	2	726	98	741	100
13. Artículo que reza que el médico está obligado a poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio del paciente	0	0	741	100	741	100
14. Artículo que define la atención médica	20	2.7	721	97.3	741	100
15. Artículo que define la "lex artis"	15	2	726	98	741	100
18. Artículo que refiere que todo profesional está obligado a proporcionar al usuario y/o familiares, el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondiente	0	0	741	100	741	100
19. Artículo que menciona el derecho de los usuarios a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea	0	0	741	100	741	100
20. Artículo que refiere que la actividad profesional relativa a la enfermería, enfermera-partera y médico debe de contar con título y cédula profesional para su ejercicio	20	2.7	721	97.3	741	100

## DISCUSIÓN

Fuera de las personas que han estado inmersas en el tema del conocimiento sobre la responsabilidad profesional y el marco jurídico de la práctica médica, ya sea en forma voluntaria o involuntaria como peritos o asesores de asuntos médico-legales en instituciones o asociaciones regionales o nacionales es malo; es muy variable en toda la población como servidores públicos o privados de la

atención médica, el desinterés hacia este tipo de temas y aunque podemos decir que pudo ser al azar la contestación de este instrumento, no hay diferencia significativa entre las diferentes categorías estudiadas respecto al tipo de contratación. Esto permitió conocer que el conocimiento del personal involucrado en la atención médica sobre responsabilidad profesional es malo (0.4%), pero pese a ello, los comentarios de los participantes acerca de mayor información con pláticas o cursos sobre este



tema son prometedores, aunque es conveniente hacer mención que las definiciones principalmente solicitadas en lo referente a responsabilidad profesional se han visto en pláticas sobre Calidad y Seguridad del Paciente, ya que desde el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, del Programa Nacional de Salud y la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se han llevado a cabo en todos y cada uno de los Centros de Atención Médica de los Institutos de seguridad social (SSA, IMSS, ISSSTE, etc.). Existen muchos reportes teóricos nacionales y extranjeros, en libros y revistas, en los últimos años; teniendo un gran impulso en Asociaciones y Colegios, Nacionales y Estatales este tipo de información mediante Talleres, así como en la Formación de Peritos para las listas de los Colegios, existiendo un instrumento utilizado en el 2006 por López-Almejo y cols., sobre este tema para la especialidad de Ortopedia y Traumatología de la UMAE Magdalena de las Salinas del IMSS, en el cual es comparable los resultados obtenidos en donde ellos sólo lo aplican a los Especialistas en Ortopedia y Traumatología por el alto índice de demandas en dicha Unidad, así como lo realizan con el instrumento de opción múltiple; que son los mencionados en nuestra encuesta en opción múltiple y correlación de columnas con aciertos de 7 a 14 en médicos especialistas, médicos generales y enfermería.

### Conclusiones

Consideramos de sumo interés el hecho de apreciar que es un gran porcentaje el del personal que aún le falta por lo menos 10 años de trabajo por edad (82%) y antigüedad (96%) y que se debe concientizar sobre esta problemática para aumentar el conocimiento sobre el tema de este artículo como medio para prevenir y disminuir las cada vez más frecuentes, demandas o inconformidades en la atención médica, secundarias al desconocimiento de derechos y obligaciones de todas y cada una de las partes que la conforman. El reporte regional dado por Tachiquín-Sandoval en donde se encuesta a uno de los Hospitales Comunitarios y cuyo reporte es malo en cuanto al conocimiento sobre este tema en particular se generaliza a nivel Jurisdiccional y Estatal y se compara con otro Hospital del mismo nivel, así como de otras instituciones públicas que manejan el mismo nivel de atención. También es importante comentar el hecho de que se encuestó al 50% de Médicos Pasantes en Servicio Social de la Entidad cuyo resultado malo es conducente de hacer un llamado a las instancias educativas pertinentes locales y de otros Estados para manejar la temática de bioética y/o responsabilidad profesional dentro de su programa curricular o, al menos, una inducción durante su curso preparatorio de inicio de actividades del Servicio Social.

### REFERENCIAS

1. Dobler-López IF. La Responsabilidad en el ejercicio médico. 2ª ed. México: Manual Moderno; 1999. p. IX, 1-32.
2. Gispert-Cruells J. Conceptos de bioética y responsabilidad médica. 3ª ed. México: Manual Moderno; 2005. p. 277-320.
3. Cote-Estrada L, García Torres PO. La práctica médica y sus controversias jurídicas. México: Científica Médica Latinoamericana; 2002. p. 12-34.
4. López-Almejo L, Palapa-García LR, Bueno-Olmos ME. Conocimiento de la responsabilidad profesional en la práctica médica. Acta Ortop Mex. 2006; 20(3):132-138.
5. Tenorio-González F. Responsabilidad profesional del médico. Cir Cir. 2004; 72(6):443-445.
6. Vargas-Domínguez A. La responsabilidad en la atención médica. Bol Asoc Mex Cir Gen. 2006; XII (2):1-8.
7. Aguirre-Gas HG, Vázquez-Estupiñán F. El error médico. Eventos adversos. Cir Cir. 2006;74:495-503.
8. Cote-Estrada L, García Torres PO. La práctica médica y sus controversias jurídicas. Cir Gen. 2002; 24(3):237-238.
9. Valle-González A. El arbitraje médico en quejas de cirugía general. Análisis de 18 casos. Cir Gen. 2001; 23(1): 9-20.
10. Campos Rodríguez I. Tendencias actuales en la gestión del riesgo profesional. Rev Latinoam Salud Trab. 2001;1(1): 35-36.
11. Vázquez-Valdez E, Vázquez-Rossainz E, Barradas-Guevara MC. Iatrogenia ¿error individual?, ¿falla de sistema? Cir Cir. 2003; 71:397-401.
12. Cote-Estrada L, Mariñelarena-Mariñelarena JL, Dávila A. Proyecto Enlace. Propuestas al órgano legislativo. Bol Asoc Mex Cir Gen. 2008; (ene-mar): 20-24.
13. Ruiz-Piñero R. La carta de los derechos generales de las y los enfermeros. Rev Mex Enferm Cardiol. 2006; 14(1): 33-35.
14. Briseño-Cerda JM. La responsabilidad profesional en odontología. Revista ADM 2006; LXIII (3). 111-118.
15. Tachiquín-Sandoval R. Conocimiento sobre responsabilidad profesional en la atención médica en un hospital comunitario de los Servicios de Salud de Zacatecas. Gac Med Zacatecas. 2008; 1(20):3-7.
16. Tachiquín-Sandoval R. Conocimiento sobre responsabilidad profesional en la atención médica en una jurisdicción sanitaria de los Servicios de Salud de Zacatecas. Gac Med Zacatecas. 2011; 21: 15-23.
17. Campos-Castillo C, Hurtado-López LM, Basurto-Kuba E, Zaldívar-Ramírez R. Prevención de quejas y demandas al aplicar las metas de seguridad en el paciente quirúrgico. Cir Gen. 2011; 33(3): 170-174.
18. Baridó ME, Hernández PA, Menjivar RA, Torres RF, Miranda NG. Retención de cuerpos extraños en cirugía: la seguridad del enfermo en riesgo. Cir Gen. 2011; 33(3):175-179.
19. Arrubarrena-Aragón VM. La relación médico-paciente. Cir Gen. 2011; 33 (Supl 2): S122-S125.
20. Mariñelarena-Mariñelarena JL. Responsabilidad profesional médica. Cir Gen. 2011; 33 (Supl 2):S160-S163.
21. López-Gavito E. Actualidades en derecho médico. Concepto, visión ética, jurídica y humanística del ejercicio de la medicina y la responsabilidad de los profesionales de la salud. Cir Gen. 2011;33(Supl 2):S164-S167.
22. Lifshitz A. Relación del médico con el personal de salud. Cir Gen. 2011; 33 (Supl 2); S139-S140.
23. Zurita-Navarrete GR. Estado actual de las demandas. Cir Gen. 2011;33(Supl 2):S141-S146.