

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**CONDICIONES MÉDICAS RELACIONADAS EN CASOS DE RESPONSABILIDAD
PROFESIONAL DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA**

MONOGRAFIA

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Francisco Javier Figueroa Alvarez

Médico y Cirujano

Guatemala, octubre de 2022



El infrascrito Decano y la Coordinadora de la Coordinación de Trabajos de Graduación -COTRAG-, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que el estudiante:

- 1. FRANCISCO JAVIER FIGUEROA ALVAREZ 201500524 3042473670114

Cumplió con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al título de Médico y Cirujano en el grado de licenciatura, habiendo presentado el trabajo de graduación, en modalidad de monografía titulada:

**CONDICIONES MÉDICAS RELACIONADAS
EN CASOS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL
DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA**

Trabajo asesorado por el Dr. Edwin Marino Salazar Díaz y, revisado por el Dr. Alberto García González, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el siete de octubre del año dos mil veintidós



Dra. Magda Francisca Velásquez Tohom
Coordinadora



Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva. PhD
Decano



**COORDINACIÓN DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN
-COTRAG-**



La infrascrita Coordinadora de la COTRAG de la **Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala**, HACE CONSTAR que el estudiante:

1. FRANCISCO JAVIER FIGUEROA ALVAREZ 201500524 3042473670114

Presentó el trabajo de graduación en modalidad de monografía, titulada:

**CONDICIONES MÉDICAS RELACIONADAS
EN CASOS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL
DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA**

El cuál ha sido revisado y aprobado por la **Dra. Bremily Kenelma Chinchilla Menéndez**, profesora de la COTRAG y, al establecer que cumple con los requisitos solicitados, se le **AUTORIZA** continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el siete de octubre del año dos mil veintidós.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Dra. Magda Francisca Velásquez Tohom
Coordinadora



COORDINACIÓN DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN
-COTRAG-



Guatemala, 7 de octubre del 2022

Doctora
Magda Francisca Velásquez Tohom
Coordinadora de la COTRAG
Presente

Le informamos que nosotros:

- 1. FRANCISCO JAVIER FIGUEROA ALVAREZ

Presentamos el trabajo de graduación titulado:

**CONDICIONES MÉDICAS RELACIONADAS
EN CASOS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL
DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA**

Del cual el asesor y el revisor se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

FIRMAS Y SELLOS PROFESIONALES

Asesor:
Dr. Edwin Marino Salazar Díaz

Dr. Edwin Marino Salazar Díaz
P.E. Justicia Criminal y Ciencias Forenses.
M.A. Ciencias Forenses.
Criminalista.

Revisor:
Dr. Alberto García González
Registro de personal: 951035

Dr. Alberto García González
MÉDICO Y PSICÓLOGO
COLEGIADO No. 7835



FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación.

Su aprobación en ningún momento o de manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación -COTRAG-, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala -USAC-.

Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes involucradas.

Dedicatoria

A todos los pacientes, a quienes nos debemos y nos dan su confianza. El error puede ser una fuente de aprendizaje y retroalimentación en la experiencia humana. Debemos convertir los errores en oportunidades de avance y mejoría para garantizar la seguridad de nuestros pacientes.

A toda mi familia por ser el cimiento de mis valores y el pilar de mis logros. Han hecho de mí lo que soy.

Sin ellos, esta meta no sería posible.

Francisco Javier Figueroa Alvarez

Agradecimiento

A mi familia; mi papá, por ser el ejemplo de profesional y de ética, que me ha enseñado no solo de medicina, también, de la vida. A mi mamá, por ser la persona que estuvo detrás de cada madrugada, cuidando de mí y apoyándose en este camino. A ambos, muchas gracias por su amor incondicional. A mis hermanas, por sus consejos en cada etapa de mi vida y el amor a su hermano menor. Jamás podré agradecerles, por tanto.

A mis maestros, por ser fuente de inspiración y darme las herramientas para continuar con la profesión más noble y humanitaria.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala, quien me abrió las puertas a la academia y a las amistades que se forman dentro. Gracias por haber forjado los conocimientos y la disciplina que nos hace san carlistas.

A mi revisor, Dr. Alberto García, mi admiración por su pasión por la enseñanza y la confianza que da como maestro, no solo dentro de las aulas, también, como profesional.

A mi asesor, Dr. Marino Salazar, mi admiración por su experiencia y trayectoria profesional, lo cual agradezco, por llevarme por el camino adecuado para la realización de esta investigación.

Francisco Javier Figueroa Alvarez

Índice general

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Prólogo | i |
| Introducción | iii |
| Planteamiento del problema | v |
| Objetivos | ix |
| Métodos y técnicas | xi |
| Contenido temático | |
| Capítulo 1. Responsabilidad profesional en medicina | 1 |
| Capítulo 2. Características de los involucrados en casos de responsabilidad profesional | 13 |
| Capítulo 3. Marco legal del médico en Guatemala | 18 |
| Capítulo 4. Análisis | 25 |
| Conclusiones | 30 |
| Recomendaciones | 32 |
| Referencias bibliográficas | 34 |
| Apéndices y anexos | 45 |
| Índice de tablas y figuras | 54 |

PRÓLOGO

La aplicación de la justicia está aunada al ser humano desde tiempos históricos, sea cual sea la forma en que fue aplicada y la época. Siempre se ha cumplido con la misma. Hay muchos conceptos de justicia, pero uno muy simple y sencillo es el de dar a cada uno lo que le corresponde o a lo que se ha hecho merecedor; y en esto entra a la justicia jurídica.

Pero para la aplicación de la justicia hay muchas ciencias que contribuyen con ella y entre ellas se encuentra la medicina forense. La que, dentro de muchas definiciones, ésta me parece una de las más sencillas y claras: “es la rama de la medicina que ayuda a la aplicación de la justicia.”

La medicina es una ciencia que previene, trata y cura a las enfermedades, el que ejerce dicha profesión es un perito en medicina y perito es lo que es experto en un arte, materia, oficio o profesión. Por lo tanto, sólo existe una forma de ejercer esta arte y es de forma perfecta. Pero lamentablemente esto no siempre se da y por consiguiente se puede producir un daño en la persona que recibe el tratamiento médico y la ley dice que todo daño que se produce debe de tener un resarcimiento.

Y ¿cómo sabemos si el tratamiento médico quirúrgico recibido por una persona fue el adecuado? o si ¿el paciente o la familia están inconformes con lo actuado por el médico? La respuesta es simple, el o los afectados ponen una denuncia ante el ministerio público, que es el ente investigador, después de los trámites del proceso iniciado se pide una auditoría médica del expediente, donde un médico forense o perito en esa área efectúa la auditoría médica y como consecuencia de ello emite un peritaje.

Se entiende por auditoría médica como la evaluación e investigación de un tratamiento médico y la calidad de éste proporcionado a una persona. Esto se hace sobre el expediente clínico del paciente en donde se investiga todo lo actuado, estudios requeridos y los resultados de estos, así como el tratamiento recibido y el resultado de ello.

Ahora bien, la legislación guatemalteca no se encuentra tipificada la mala práctica médica. Pero al médico y personal paramédico sí se le puede demandar por 3 causas que a continuación citamos: negligencia, imprudencia e impericia. En pocas palabras se dice que la negligencia es el descuido, la desatención a una norma que no se atiende oportunamente y que como consecuencia de ello se provoca un daño. La imprudencia no es más que cuando una persona

actúa de forma irreflexiva al efectuar una acción y como consecuencia de ello también se ocasiona un daño; y finalmente la impericia es cuando una persona no es experta en un oficio arte o materia y aun así lo lleva a cabo, ocasionando un daño como producto de dicha acción.

En Guatemala, las demandas medicolegales han ido en aumento, pero muchas de ellas no se completan porque en muchas ocasiones el médico prefiere llegar a un acuerdo extrajudicial (aunque no tenga ninguna culpa), con el afectado o la familia, para no pasar por un juicio que es por demás desgastante, largo, engorroso, costoso y verse sometido a un juzgamiento anticipado por la prensa y la comunidad.

Dr. Edwin Marino Salazar Díaz
PhD. Justicia Criminal y CC. Forenses
Médico y Cirujano / Ginecólogo y Obstetra

INTRODUCCIÓN

Las condiciones médicas relacionadas con casos de responsabilidad profesional han cambiado a través del tiempo, desde sus orígenes en el siglo XVII hasta la actualidad. Se ha establecido que las causas han evolucionado; al inicio fueron actos de omisión, las cuales los médicos han solucionado a través de la tecnología; ahora son actos de comisión, en las cuales no se ha dado el diagnóstico o tratamiento adecuado. La responsabilidad profesional en medicina, como obligación de la persona que ejerce la medicina para responder con justicia por los eventos adversos asociados a su práctica, ha planteado diversas crisis que no se han llegado a resolver.

Por lo que, que se plantea con base en esta problemática, ¿cuáles son las condiciones médicas que se han relacionado en casos de responsabilidad profesional durante la última década? Para lograr responder esta coyuntura, se explica sobre la responsabilidad profesional en medicina, se identifican las características de los involucrados en casos de responsabilidad profesional: paciente y médico. Además, se expone el marco legal del médico en Guatemala.

Los procedimientos metodológicos aplicados en esta monografía se fundamentan en un estudio de tipo compilatorio con diseño descriptivo. Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos, tesis y leyes de Guatemala. Los motores de búsqueda utilizados fueron: la Biblioteca Central de la Universidad de San Carlos de Guatemala, la Biblioteca y Centro de Documentación “Dr. Julio de León Méndez” de la Facultad de Ciencias Médicas; además de PubMed, Chochrane, SciELO, ScienceDirect, DOAJ y Google académico. También, se presentan las leyes de Guatemala, específicamente, los artículos del Código Civil y el Código Penal. En esta revisión se incluyen artículos de revisión sistemática, serie de casos, documentos y libros publicados entre 2010 y 2022 para posteriormente dar un análisis interpretativo.

La organización de los apartados, para dar respuesta a la pregunta de investigación, se estructura en cuatro capítulos, ubicando la responsabilidad profesional en medicina en el capítulo 1, en donde se plantea de forma general la definición, los conceptos de un evento adverso y la clasificación según las acciones del médico con las que se puede determinar su implicación en la responsabilidad profesional, como la impericia, imprudencia y negligencia. Además, se presenta el contexto histórico y actual de la situación, en la que se identifica la medicina defensiva y las causas de la responsabilidad profesional en medicina.

Las características de los involucrados en casos de responsabilidad profesional son abordadas en el capítulo 2, en donde se contextualiza el dualismo de las partes en los casos de responsabilidad profesional; la parte afectada, el paciente, y la parte denunciada, el médico. Se

abarcen las características sociodemográficas y clínicas, el estado psicoemocional, la experiencia y la especialidad. Además, en el capítulo 3 se detalla el marco legal del médico en Guatemala, describiendo el contexto jurídico del médico en la sociedad guatemalteca, representado por el Código Deontológico y el Colegio de Médicos, el Código Civil y el Código Penal de Guatemala; también, se establece cuál es el proceso de los casos de presunta responsabilidad profesional en Guatemala. Por último, en el capítulo 4, se desarrolla un análisis interpretativo y comparativo con la información consultada para obtener respuestas a los objetivos de la investigación.

Se estableció que los casos de responsabilidad profesional analizados por una autoridad científica competente, pueden ser un indicador objetivo del error clínico. Se ha reportado en la literatura que ha persistido la tendencia de la responsabilidad profesional durante la última década. Los médicos, ante el temor a ser demandados, han vuelto constante el uso de la medicina defensiva, una solución poca efectiva. Se han analizado otras medidas que han aplicado en otros países que han ayudado a prevenir o mitigar los efectos de la responsabilidad profesional.

Por medio de la literatura se determinó que una paciente entre 35 y 50 años, de sexo femenino, atendida en un hospital metropolitano, en el que se le dio un diagnóstico erróneo de cáncer, infección o enfermedad cardiovascular, es más probable que demande por responsabilidad profesional. Los médicos de sexo masculino, que trabajan más horas, con especialidad quirúrgica o de alto riesgo, que laboran en hospitales de alta referencia y mayores de 45 años, tienen más probabilidades de ser demandados por responsabilidad profesional.

En un profundo análisis del marco legal del médico en Guatemala, se identificó que existe un vacío teórico en la legislación, por lo cual la responsabilidad profesional no puede ser regulada adecuadamente. Así mismo, se plantean las recomendaciones, en las cuales se describen las limitaciones y cuestiones pendientes de resolver ante la coyuntura de la responsabilidad profesional en medicina.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La responsabilidad profesional médica se describe como la obligación que tiene la persona que ejerce medicina para responder con justicia por los daños que se hayan ocasionado durante el ejercicio de su profesión.^{1,2} Las fallas que se relacionan con el actuar profesional pueden impactar de manera negativa a los pacientes. Por lo que, las denuncias de responsabilidad profesional constituyen un mecanismo al que acuden los pacientes y sus familiares para expresar su insatisfacción. Según Mello, el sistema de responsabilidad médica cumple tres funciones: compensar a los pacientes lesionados por negligencia, promover la justicia correctiva al proporcionar un mecanismo para reparar las pérdidas y disuadir la negligencia.³

Se sabe que la frecuencia de las denuncias por responsabilidad profesional secundarias a mala praxis aumentó casi un 10 % cada año durante 1970 y 1980, desde entonces, ha sido moderadamente estable.⁴ En un estudio de riesgo acumulativo por negligencia profesional se describió que el 88 % y 99 % de los médicos con especialidades de alto riesgo enfrentarían su primer reclamo a la edad de 45 y 65 años respectivamente.⁵

La frecuencia con la que los médicos son demandados es alarmante y los estudios estiman que aproximadamente del 2.3 % al 5 % de médicos en Estados Unidos fueron demandados por mala práctica médica en los últimos 12 meses.^{5,6} Acorde a la Asociación Americana de Médicos (AMA), para el 2010 la media era de 1.6 reclamaciones por médico.⁷ En 2014 se publicó que la tasa general y anual de reclamaciones pagadas por negligencia media fue de 14.1 por cada 1000 médicos en Estados Unidos y 1 de cada 98 médicos en China.^{8,9}

Aunque las complicaciones no sugieren la existencia de un error médico, aun así, no se pueden obviar. Una revisión de casos de responsabilidad profesional que analizó la prevalencia, las características, los resultados de los litigios y los costos de las reclamaciones que carecían de evidencia de error, mostró que no se habían producido lesiones en el 3 % de los casos y que en el 37 % no había habido error demostrable.¹⁰

En México, en el año 2020, se recibieron 804 denuncias por servicios de salud, de las cuales el 75 % (563/804) fueron resueltas en una etapa conciliatoria y el 3 % (24/804) llegaron a una resolución judicial. En Perú, el 16.8 % (138/821) de las denuncias por responsabilidad profesional médica fueron valoradas como no acuerdo a la *lex artis* o ley del arte (*lex = ley, artis = arte*), término para definir los estándares que establecen la práctica médica habitual.¹¹

En España, se determinó en los informes médico-forenses que solo en un 13.5 % (10/74) si se evidenció la existencia de mala praxis.¹² En Brasil, se realizó un estudio similar de denuncias,

en el que concluyeron que el 23.9 % (38/139) de los médicos fueron considerados culpables de los cargos.¹³ Estos estudios determinan que al menos una cuarta parte de las denuncias concluyen con cargos de culpabilidad legal, lo que hace este un fenómeno social donde la opinión pública se ha percatado de que existen formas de procesar legalmente contra los profesionales de la salud ante sus errores.

Los estudiantes de medicina, también, están en riesgo de tener litigios por responsabilidad profesional. Un estudio en Estados Unidos caracterizó 240 casos de negligencia en médicos en formación, donde los residentes estuvieron involucrados en el 87 % (192/240), el resto fueron estudiantes de pregrado. En este mismo estudio se estableció que los resultados adversos fueron generalmente graves: un tercio resultó en lesiones físicas significativas y un tercio adicional en la muerte.¹⁴

El proceso para llegar a una resolución puede ser largo y desgastante, así concluyó un estudio en el que se examinaron los reclamos en donde el tiempo promedio entre la lesión y la resolución fue de cinco años.¹⁰ Estos largos periodos resultan extremadamente estresantes y sobrelleva una respuesta fisiológica, emocional y conductual inevitable en los facultativos, debido a que existe un daño moral, económico y psicosocial en su ámbito. En la literatura médica se le llama a este fenómeno el síndrome clínico judicial.¹⁵

La severidad de las lesiones provocadas al afectado por una complicación médica puede determinar su relación con la denuncia. Varios estudios que analizaron la mala práctica médica utilizaron la escala de NAIC (The National Association of Insurance Commissioners), la cual es una escala de 9 puntos, que categoriza la lesiones en temporales y permanentes. Las temporales son emocional, insignificante, menor o mayor. Las permanentes son menor, significativa, mayor, grave o muerte.¹⁶ Schaffer et al., analizaron las demandas medicolegales desde 1994 al 2014 y su relación con la gravedad de la lesión, que indicó que, dentro de las demandas pagadas, el 32.1 % implicó la muerte del paciente.⁸

En Guatemala, es difícil establecer con qué frecuencia ocurren estos casos, ya que, la mala práctica médica no está tipificada como un delito en el Código Penal o Civil de Guatemala; por lo que, las denuncias terminan siendo tipificadas como homicidio o lesiones culposas imputadas desde la incapacidad funcional, laboral, reproductiva o de comunicación de la persona afectada.^{17,18} Esto ocasiona una complejidad en la búsqueda de artículos sobre casos de responsabilidad profesional en médicos, lo que genera un subregistro de datos.

En el debate actual sobre el agravio en un paciente, no se puede descartar la acusación a médicos en litigios con o sin méritos para ser denunciados. Por lo que, se precisa argumentar: ¿cuáles son las condiciones médicas que se han relacionado en casos de responsabilidad profesional durante la última década? Esto con el fin de comprender los factores causales subyacentes. Para responderlo, se analizarán las interrogantes: ¿qué es la responsabilidad profesional en medicina?, y ¿cuáles son las características de los involucrados en casos de responsabilidad profesional en medicina? Y dentro de este ámbito, se expondrá: ¿cuál es el marco legal del médico en Guatemala?

OBJETIVOS

General

- Describir las condiciones médicas que se han relacionado en casos de responsabilidad profesional durante la última década.

Específicos

1. Explicar las principales definiciones y el contexto de la responsabilidad profesional en medicina.
2. Identificar las características de los involucrados en casos de responsabilidad profesional.
3. Exponer el marco legal del médico en Guatemala.

MÉTODOS Y TÉCNICAS

Se realizó una monografía de tipo compilatoria con diseño descriptivo, por medio de una revisión bibliográfica de artículos científicos, tesis y leyes de Guatemala. Se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): mala praxis, impericia, mala práctica, negligencia, negligencia profesional, responsabilidad médica, medicina defensiva, seguridad del paciente, con sus equivalentes en idioma inglés por Encabezados de Temas Médicos (MeSH): malpractice, medical liability, negligence, professional negligence, professional misconduct, defensive medicine, patient safety.

Para la recolección de información se utilizaron los motores de búsqueda de la Universidad de San Carlos de Guatemala de la Biblioteca Central, la Biblioteca y el Centro de Documentación “Dr. Julio de León Méndez” de la Facultad de Ciencias Médicas, además de PubMed, Chochrane, SciELO, ScienceDirect, DOAJ y Google académico. Se consultaron las leyes de Guatemala, específicamente los artículos del Código Civil y Código Penal, de los cuales pueden ser imputados al ejercicio médico. Los operadores lógicos que se utilizarán en los motores de búsqueda son “AND”, “OR” y “NOT”, además, se incluirán los artículos en idioma español e inglés.

Se incluyeron los artículos científicos que cumplieron con los criterios de selección, siendo estos artículos de revisión sistemática, serie de casos, documentos y libros publicados entre 2010 y 2022. Los artículos fueron publicados por instituciones y revistas confiables con validez científica. Se evitaron los estudios con sesgo y sin validez interna. Además, se utilizaron consolidados de datos de denuncias por responsabilidad profesional proporcionados por instituciones gubernamentales desde sus páginas web oficiales. La variable de interés fue “denuncias por responsabilidad profesional médica” (“medical liability”, “malpractice claims”). Las unidades de estudio fueron: paciente afectado y médico inculcado, además, los grupos de comparación fueron: estudiantes de medicina y residentes de especialidades médicas.

Una vez obtenida la información de las fuentes de búsqueda, se procedió a un plan de análisis. Las fuentes de información se filtraron acorde a los operadores y términos establecidos, posteriormente se realizó la revisión y selección de los estudios más relevantes que cumplieron con los criterios de selección. Las fuentes se organizaron en una tabla de matriz de artículos en la que se ordenan los artículos según el tipo de estudio (apéndices A-D). Durante el proceso de investigación, se utilizó el gestor de referencias bibliográficas Zotero®, con el cual se etiquetaron

los artículos para agruparlos según su información e incorporarlos en el capítulo de la monografía más acorde a su propósito.

Se realizó un análisis interpretativo para dar respuesta a las preguntas de investigación y así plantear las conclusiones. Las referencias se utilizaron en formato Vancouver, revisadas y aprobadas por la normativa de la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas.

CAPÍTULO 1. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN MEDICINA

Sumario

- **Definición**
- **Contexto histórico**
- **Contexto actual**
- **Causas de las denuncias de responsabilidad profesional en medicina**

El presente capítulo abordará las generalidades de la responsabilidad profesional en medicina, desde sus antecedentes históricos, cómo surgieron y cómo ha evolucionado en la actualidad. Además, se describirán, de una manera concisa, las condiciones causales que conllevaron a una denuncia de responsabilidad profesional según la bibliografía de diferentes países.

1.1 Definición

La responsabilidad en el sistema judicial es la obligación que tiene una persona de soportar la reacción del ordenamiento jurídico frente al hecho dañoso producido por un ilícito o por la condición objetiva de otra persona.¹⁹ La responsabilidad profesional es siempre personal y responde de sus acciones u omisiones, en el ámbito de sus competencias. Se encuentra constituida por la necesidad jurídica y social de que todo profesional responda ante las autoridades humanas competentes y legalmente constituidas, de los perjuicios causados por los daños cometidos con sus actos u omisiones voluntarios o involuntarios en el ejercicio de su arte, ciencia, oficio y profesión, contra las reglas legalmente establecidas.¹⁹

La responsabilidad profesional médica se describe como la obligación que tiene la persona que ejerce medicina para responder con justicia por los daños que se hayan ocasionado durante el ejercicio de su profesión.^{1,2} Las fallas que se relacionan con el actuar profesional pueden impactar de manera negativa a los pacientes. Por lo que, las denuncias de responsabilidad profesional constituyen un mecanismo al que acuden los pacientes y sus familiares para expresar su insatisfacción. Según Mello, el sistema de responsabilidad médica cumple tres funciones: compensar a los pacientes lesionados por negligencia, promover la justicia correctiva al proporcionar un mecanismo para reparar las pérdidas y disuadir la negligencia.³

La mala práctica podría definirse como el error profesional que produce un perjuicio al paciente, que puede generar responsabilidad civil, administrativa y penal.²⁰ La *lex artis* (ley del arte) es el criterio clave para definir la existencia o no de responsabilidad médica, siendo el centro

argumental y probatorio de la pesquisa de responsabilidad médica situándose en su cumplimiento o si se ha apartado de esta.²

El actuar médico puede estar determinado por términos que clasifican las acciones en el ejercicio de la profesión, entre las cuales se encuentran:

1.1.1 Impericia

La impericia es la falta parcial o total sobre el conocimiento o la habilidad para ejecutar determinadas cosas. También, definida como ineptitud para el desempeño profesional.^{21,22} Se trata de la incapacidad técnica para el ejercicio de la profesión médica. Esta puede ser cuando quien la comete no tiene la condición profesional que se requiere pese a estar capacitado para el desempeño de la profesión o no se utilizan los conocimientos científicos y técnicos requeridos en el procedimiento que ejecuta, lo que provoca lesiones o la muerte del paciente.²³ Por ejemplo, cuando un cirujano general realiza un procedimiento de mayor complejidad ajeno a su especialidad.

1.1.2 Imprudencia

La imprudencia es la falta de precaución que abarca la omisión en las diligencias requeridas.^{21,22} Es clasificado en el sentido genérico que acopla todos los matices y expresiones de la acción delictiva no intencional. Consiste en una conducta positiva al realizar un hecho que había que abstenerse de hacer por la posibilidad de producir un daño o peligro. En esta se incluye la falta de previsión y se aplica a médicos cuando provocan un mal como consecuencia de actuar precipitadamente, sin el cuidado de la ciencia y la experiencia médica que debe tener en cuenta al tratar a un enfermo.²³ Por ejemplo, cuando un cirujano realiza una apendicetomía durante una colecistectomía sin una indicación específica.

1.1.3 Negligencia

La negligencia está descrita como la falta de cuidado o aplicación diligente de una persona con relación a su qué hacer, en especial en lo referente a lo que es de su obligación.^{21,22} Se comprende como una especie de conducta omisa que se contrapone a las normas que exige una determinada actuación solícita, atenta y capaz. Se entiende, también, como no hacer lo debido y como resultado de lo cual se perjudica la salud del paciente²³. Por ejemplo, un médico que tiene la historia clínica incompleta de su paciente.

1.1.4 Evento adverso

Un evento adverso es un tipo de lesión que con mayor frecuencia se debe a un error en el tratamiento médico o quirúrgico más que a la condición médica subyacente del paciente. Los eventos adversos pueden prevenirse cuando no se siguen las prácticas aceptadas a nivel de sistema o individual. Estos eventos pueden provocar lesiones no deseadas, hospitalización prolongada o discapacidad física que resulte del manejo médico o quirúrgico del paciente. No todos los resultados adversos son el resultado de un error, por lo tanto, solo los eventos adversos prevenibles se atribuyen al error médico.²⁴

Según Rodziewicz et. al., existen dos tipos de errores durante el evento adverso, el error latente y el error médico. El primero hace referencia inherente al diseño del sistema, mobiliario médico o a una estructura organizativa ineficaz. Cuando se presenta un error latente en combinación con un error humano activo, algún tipo de evento se manifiesta en el paciente. El error humano activo desencadena el error latente oculto, lo que resulta en un evento adverso.²⁴

El error médico o clínico, según el informe *“To Err Is Human: Building a Safer Health System”*, se definió como “el hecho de que una acción planificada no se complete según lo previsto o el uso de un plan incorrecto para lograr un objetivo” o como un acto no intencionado que no logra el resultado deseado. Los errores clínicos pueden surgir durante la planificación de las acciones o durante la ejecución.^{24,25}

Entre los ejemplos de eventos adversos se pueden mencionar los efectos secundarios por medicamentos o por transfusiones, lesiones quirúrgicas, cirugías en el lugar equivocado, suicidios, lesiones o muertes asociadas a la inmovilización, caídas, quemaduras, úlceras por presión y diagnósticos erróneos de pacientes. Los lugares más probable que ocurran errores clínicos con consecuencias graves son en unidades de cuidados intensivos, quirófanos y departamentos de emergencia. Según el informe *“To Err is Human”*, el error de medicación es la causa más común y prevenible de lesión del paciente.^{25,26}

1.2 Contexto histórico

Desde el siglo XVIII empieza a usarse el término de *“mala praxis”* como resultado del manejo inapropiado de un médico o un cirujano. El jurista británico Sir William Blackstone es el primero en adjudicar el término en un compendio de principios legales titulado *“Commentaries on the Laws of England”* en 1765.²⁷ Desde entonces, fue hasta en 1794 que se registra la primera demanda por mala práctica médica en Connecticut, EE. UU., donde un paciente murió a causa de una complicación quirúrgica.²⁸

La mayoría de las demandas por negligencia estaban relacionadas con errores en el tratamiento de fracturas, dislocaciones y amputaciones. Luego de la creación de los rayos X por Roentgen a finales del siglo XIV, las radiografías se convirtieron en la fuente más abundantes de demandas por negligencia debido a las quemaduras por radiación. Por lo que, Berlín L., establece que en esa época las demandas por errores médicos eran errores de comisión: el médico hace algo incorrecto que provoca alguna lesión.²⁷

El análisis de las demandas por negligencia médica entre 1794 y 1956 reveló casos esporádicos centrados en radiografías que no se ordenaron para diagnosticar fracturas, pero ninguno alegaba retraso en el diagnóstico de neoplasia u otros problemas médicos graves. A medida que se desarrolla el siglo XX, los errores médicos experimentan una transición de errores de comisión a errores de omisión, lo que provocó una crisis de mala práctica médica en los años 70. El número de demandas por negligencia comienza a aumentar y la naturaleza de las acusaciones comienza a cambiar, en vez de ser demandados por hacer algo incorrecto, comenzaron a ser demandados por no hacer algo, o sea por omisión.²⁷

Este fenómeno originó que la frecuencia de demandas por negligencia médica aumentará casi un 10 % al año entre las décadas de 1975 y 1985.^{4,29} Durante esa época, la cantidad de demandas que alegan fallas en el diagnóstico del cáncer aumentó en un 50 %.²⁷ Un estudio de 1991 reveló que el 75 % de todos los eventos adversos debidos a negligencia cometidos en los hospitales de Nueva York involucraron percances de diagnóstico, generalmente por el resultado de que un médico no hiciera algo.³⁰ Por lo tanto, las experiencias de ser demandados fueron una motivación para que los médicos solicitaran más pruebas diagnósticas, lo que facilitó así el desarrollo de la medicina defensiva. Una encuesta nacional, en 2010 reveló que el 91 % de los médicos solicitan más pruebas y procedimientos de los necesarios para protegerse de demandas por negligencia, practicando así la medicina defensiva.³¹

De acuerdo con la OMS, cada año se producen 134 millones de eventos adversos por una atención poco segura en los hospitales de los países de ingresos bajos y medios, lo que provoca 2.6 millones de muertes evitables.³² En el informe *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (1999), concluyó que aproximadamente 44 000 y 98 000 personas mueren cada año a causa de errores médicos prevenibles, lo cual puede calificar a los médicos como más letales que el cáncer de mama o los accidentes automovilísticos.²⁵ Una revisión bibliográfica realizada por James en 2013, estimó los eventos adversos evitables mediante un análisis ponderado y describió un rango de incidencia de 210 000 a 400 000 muertes al año asociadas a errores médicos entre los pacientes de los hospitales.³³ Esto demuestra que la mala práctica médica puede ser un problema de salud pública a nivel internacional.

1.3 Contexto actual

El registro de reclamaciones de la Asociación de Aseguradores de Médicos de Estados Unidos (PIAA) recolectó de 1985 a 2013, 286 021 reclamaciones para todas las especialidades médicas.³⁴ Schaffer et al., realizó un estudio similar con datos del Banco Nacional de Datos Médicos (NPDB, por sus siglas en inglés) recolectando de 1992 a 2014, un total de 280 368 reclamos por mala praxis que involucraron a 175 667 médicos, mismas que recibieron compensación monetaria. Desde 1992 a 2014, la tasa general y anual de reclamaciones pagadas por negligencia médica fue de 14.1 por cada 1000 médicos.⁸ Acorde a la Investigación de Políticas Económicas y de Salud de AMA (Asociación Americana de Médicos), para el 2010 la media era de 1.6 reclamaciones por médico.⁷

Una revisión de las reclamaciones pagadas contra los médicos utilizando datos del National Practitioner Data Bank (NPDB) y el Physician Masterfile de la Asociación Médica Estadounidense (AMA) realizada en 2014 mostró tendencias decrecientes en el porcentaje de siniestros pagados. Demostraron que las reclamaciones pagadas disminuyeron de 18.6 a 9.9 por cada 1000 médicos entre 2002 y 2013.³⁵

Según un informe del anuario de la Comisión Nacional de Salud de la República Popular China en el 2016, hubo 9.88 millones de profesionales de la salud y 100 700 disputas médicas. Siendo así en promedio, 1 de cada 98 profesionales de la salud enfrentan una disputa médica cada año.⁹

En Italia, se reconocieron 567 denuncias de responsabilidad profesional en médicos durante 2010 a 2019, obteniendo el promedio de 59 de siniestros por año. El 23.1 % (131/567) de las reclamaciones llegaron a un pago de indemnización, de las cuales el 86 % (112/131) fueron pagadas antes de un juicio civil.³⁶

En Honduras, en el año 2019, se realizó una investigación que tuvo por objetivo caracterizar las denuncias por responsabilidad profesional médica dictaminadas en la Dirección de Medicina Forense de Tegucigalpa. El estudio fue descriptivo para 89 denuncias por responsabilidad profesional médica entre el 2010 y el 2015, los resultados mostraron que el 5.61 % (5/89) de las denuncias correspondieron a casos de responsabilidad profesional médica, el 20 % (1/5) fueron por desconocimiento inexcusable y el 80 % (4/5) por omisión de cuidados. Los médicos más denunciados (77.6 %) trabajaban en una institución pública.¹

En España se publicó un estudio en el año 2020 que tuvo como objetivo analizar retrospectivamente las denuncias por responsabilidad médica en los juzgados de Barcelona durante los años 2004-2009, evaluadas en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de

Cataluña. Los resultados demuestran que, en 257 casos, el 90.8 % (231/257) la reclamación fue penal, 6.36 % (18/257) fue procedimientos contencioso-administrativos, 1.77 % (5/257) fue civiles y 1.06 % (3/257) de Fiscalía.³⁷

En México, se ha descrito un aumento de la cultura de quejas médicas, de manera que se ha indicado un aumento según las estadísticas del Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). En 1996, existían 1158 reclamos, para el año 2007 ya se habían atendido 18 443 reclamos, con tendencia ascendente en cada año mayores a 1500.³⁸ Una revisión retrospectiva del 2008 al 2015 realizada en el mismo país, recolectó 4449 casos de las estadísticas de SAQMED. El 40 % (176/455) fueron debido a deficiencias en la prestación de servicios institucionales y el 28 % (125/455) en prestación de servicios en medicina privada.³⁹

1.3.1 Medicina defensiva

Se originó en la literatura de investigación médica estadounidense a fines de la década de 1960. Esta se define como “la desviación de los profesionales de la salud de la práctica médica ordinaria motivada por el deseo de reducir la exposición a litigios por mala praxis u otros motivos de autoprotección”.⁴⁰ Otros la han definido como toda la atención médica brindada por médicos sin aumentar los beneficios para el paciente, cuyo objetivo principal es prevenir los riesgos de litigio.⁴¹ En última instancia, la medicina defensiva puede surgir, también, por el temor de los médicos a las demandas por presunta mala práctica, que puede imponerles costos psicológicos y de reputación más allá de los costos pecuniarios directos.⁴²

Según Kakemam et al., los tipos de comportamientos defensivos que utilizan los profesionales pueden ser de seguridad o evitativos. Los comportamientos de seguridad que se reportan con mayor frecuencia son: prescripción de servicios innecesarios como medicamentos, pruebas de laboratorio e imágenes; referencia innecesaria de pacientes a otras especialidades y hospitales; realizar procedimientos invasivos innecesarios (biopsias o endoscopias); y pasar más tiempo con los pacientes y sus familias, que aumentaban el seguimiento más de lo necesario. Los tipos de comportamientos de evitación más frecuentes fueron: evitar la realización de procedimientos eficaces de alto riesgo y utilizar protocolos no invasivos; evitar la admisión y atención de pacientes de alto riesgo; y realizar intervenciones quirúrgicas innecesarias.⁴¹

Una revisión sistemática que exploraba la definición de medicina defensiva identifico los motivos expuestos a esta práctica. Además de los motivos de autoprotección, se identificaron distintos al miedo a la litigación por mala praxis, los cuales se agruparon en cuatro categorías: miedo a la insatisfacción del paciente, miedo a pasar por alto un diagnóstico grave, miedo a la publicidad negativa y medicina defensiva inconsciente.⁴³

De acuerdo con varios estudios durante la última década, las denuncias por daños durante la atención médica han aumentado en países de altos y bajos ingresos. Cada vez, son más los médicos que han sido involucrados en algún caso de responsabilidad profesional y esto ha llevado a que muchos practiquen la medicina defensiva. La incidencia de la práctica de la medicina defensiva se ha reportado entre el 6.7 % en un estudio realizado entre neurocirujanos en los Países Bajos y el 99.8 % entre un estudio de médicos generales en Irán.⁴¹ Esta práctica ha provocado el aumento del 15 % del total de la actividad diagnóstica, terapéutica y económica en los hospitales para evitar los eventos adversos.³²

Aunque el costo económico de la medicina defensiva no está claro, se estima que 1 de cada 4 dólares gastados en atención médica se puede atribuir a la medicina defensiva, alrededor de \$ 650 mil millones anuales en EE. UU.⁴⁴ En Italia, se estima que la medicina defensiva cuesta alrededor del 10 % del gasto sanitario nacional.⁴¹ Según Reschovsky y Saiontz, los especialistas que más contribuyen a la medicina defensiva son los médicos de atención primaria, en parte por sus decisiones clínicas rápidas y en virtud de evitar los riesgos de mala práctica.⁴² Además, del aumento de los costos en el sistema de salud, el sobretratamiento, el sobrediagnóstico de los pacientes y la disminución de la confianza en la relación médico-paciente, ha conllevado a los pacientes a desconfiar de las decisiones de los médicos y a los médicos a considerar a los pacientes como posibles demandantes.⁴⁰

1.4 Causas de los casos de responsabilidad profesional en medicina

Ningún procedimiento médico se encuentra exento de responsabilidad profesional por un evento adverso no esperado. Por lo que, los casos de responsabilidad profesional deben ser analizados considerándose los mecanismos involucrados que permitan afirmar o descartar la relación causal con un diagnóstico o con una conducta terapéutica inadecuada.

Hay múltiples bibliografías respecto a la relación causal de la responsabilidad profesional. La guía para la implementación de informes de reclamos de responsabilidad profesional médica de la NAIC clasifica las causas de estos eventos en 8 categorías, siendo estas: falta en la toma de la acción apropiada, retraso en el rendimiento, error en el rendimiento, procedimiento innecesario o inadecuado, comunicación, continuidad del cuidado, comportamiento inadecuado.

16

Según Schaffer et al., en todas las reclamaciones que concluyeron en compensación a los afectados, el 31.8 % (35 349/111 066) el tipo de alegación más común fue un error de diagnóstico, seguido de errores relacionados con la cirugía con un 26.9 % (29 861/111 066) y errores relacionados con medicación o tratamiento en un 24.5 % (27 153/111 066).⁸ El porcentaje

de reclamos pagados en los que se identificaron errores de diagnóstico fue mayor en patología 87.0 % (915/1 052) y radiología 83.9 % (4 972/5 923).⁸

Existen estudios donde se pueden clasificar las causas de los casos de responsabilidad profesional según el entorno del paciente. Así determinó Bishop en 2011, que en el entorno hospitalario los eventos adversos más comunes se clasificaron como quirúrgicos (34.1 %), diagnósticos (21.1 %) y de tratamiento (20.3 %). En contraste, en el entorno ambulatorio los tipos de eventos adversos más frecuentes se clasificaron como diagnósticos (45.9 %), de tratamiento (29.5 %) y quirúrgico (14.4 %). Las lesiones graves y la muerte fueron los 2 resultados más comunes en ambos contextos.³¹

Otro estudio que recolectó demandas durante 2006 a 2015 en Estados Unidos, confirmó que los errores de diagnóstico son los más comunes, catastróficos y costosos de la mayoría de los errores médicos graves. Según Newman, los diagnósticos erróneos son atribuibles a enfermedades en tres categorías principales ("Los tres grandes") siendo el cáncer 37.8 % (4382/11 592), eventos vasculares en 22.8 % (2643/11 592) e infecciones en 13.5 % (1563/11 592). El estudio concluyó que las "tres grandes" enfermedades representan alrededor de las tres cuartas partes de los daños graves relacionados con diagnósticos erróneos.⁴⁵

Schiff et al., enumeró los 10 errores diagnósticos más frecuentes de 836 casos de responsabilidad profesional. Los diagnósticos más frecuentes fueron cáncer colorrectal (5 %), cáncer de pulmón (4 %), cáncer de mama (2 %), infarto de miocardio (2 %), cáncer de próstata (2 %), accidente cerebrovascular (2 %), sepsis (2 %); cáncer de vejiga (1 %), embolia pulmonar (1 %) y hemorragia cerebral (1 %). Los diagnósticos más comunes por sistema fueron diagnósticos de oncología, neurología y cardiología. El dolor (abdominal, general y torácico), emesis, fiebre, cefalea y alteración del estado mental fueron los signos y síntomas de presentación más frecuentes.⁴⁶

Con base en el mismo estudio, se logró identificar en qué fase del proceso diagnóstico, desde la presentación del paciente hasta el seguimiento, cuál fue la etapa con mayor error diagnóstico. El 63 % de los 1208 errores se encontraban en las fases de pruebas de laboratorio o de imágenes (41.5 %; 503/1208) y en la fase de evaluación (21.5 %; 260/1208), fase donde se genera una interpretación o hipótesis del diagnóstico.⁴⁶ Un estudio en Irán, determinó que la causa más frecuente fue por falta de habilidad o impericia (30.4 %), seguido de negligencia (29.2 %) e imprudencia (26.3 %). El resto de los casos, su causa fue por el incumplimiento de los requisitos gubernamentales (14.1 %).⁴⁷

Múltiples factores complejos contribuyen a hacer un entorno de atención médica propenso para el error potencial, así determinó Brown et al. En dicho estudio epidemiológico de reclamos por negligencia médica en departamentos de emergencia en Estado Unidos, se identificaron 11 529 reclamos durante un periodo de 23 años, donde las condiciones de salud asociadas con el mayor número de reclamos fueron el infarto agudo de miocardio 5 % (573/11 529), las fracturas 6 % (306/11 529) y la apendicitis 2 % (260/11 529). La causa más frecuente atribuible a reclamos en los departamentos de emergencia fue el error diagnóstico con 37 % (4233/11 529) y subsiguientemente la categoría de ningún error identificado por la aseguradora con 18 % (2091/11 529).⁴⁸

En Japón, se analizaron 1802 casos durante 56 años, con lo cual se determinó que los dos diagnósticos iniciales más comunes de los pacientes involucrados fueron lesiones traumáticas 8.6 % (156/1802) y neoplasias malignas 8.3 % (150/1802).⁴⁹ En un estudio en Barcelona, se analizaron los motivos de la reclamación, siendo la más habitual el mal resultado terapéutico en el 32.9 % (93/283) y en segundo lugar el motivo fue mala técnica quirúrgica con el 19 % (54/283). Se analizó la especialidad de obstetricia por separado por su alta incidencia, siendo los motivos más frecuentes: muerte fetal (32%), secuelas en el feto (28%), secuelas maternas (12%), muerte materna (4%).³⁷

Un estudio realizado en China, con el objetivo de identificar las razones más frecuentes de la negligencia médica en ortopedia, determinó que los sitios lesionados más frecuentes son la columna 20.7 % (398/1922) y fémur 19 % (366/1922). Las causas de las lesiones fueron lesiones de baja energía 34.2 % (654/1922), seguidos de sin lesiones 29.2 % (565/1922) y accidentes de tránsito 19 % (365/1922). Los casos de fracturas/luxaciones representaron el 63.9 % (1229/1922), seguidos de enfermedad degenerativa de la columna 13.2 % (253/1922). El 89.5 % (1721/1922) de los casos fueron intervenidos dos o más veces y el 78.5 % (1508/1922) de los pacientes tenían comorbilidades. La mayoría de los errores médicos que cometieron los ortopedistas en los casos de mala praxis médica se debieron a la falta de seguimiento del caso 38.4 % (738/1922).⁵⁰

En un estudio en pacientes pediátricos en Francia, se analizaron 228 reclamos, en el cual se determinó que las causas más comunes fueron errores relacionados con el diagnóstico (error o retraso) con 47 % (107/228) y errores de medicación con 13 % (30/228). Al considerar los errores relacionados con el diagnóstico, la malignidad fue la condición médica diagnosticada incorrectamente con mayor frecuencia con un 14 %.⁵¹

Un estudio español, en el cual se caracterizaron los procedimientos quirúrgicos objetos de reclamación por presunto defecto de praxis, se analizaron 7850 expedientes, de los cuales el

69 % (5419/7850) implicaban procedimientos quirúrgicos. De los procedimientos más frecuentemente reclamados fueron los asociados a operaciones del sistema músculo esquelético en primer lugar con 14.2 % (767/7850), siendo las artroscopias de rodillas/cadera el de mayores reclamos. En segundo lugar, las operaciones de piel y tegumentos 13.8 % (746/7850), siendo el procedimiento más reclamado la implantación de prótesis de mama.⁵²

La insatisfacción con el resultado del tratamiento no siempre involucra negligencia y una complicación imprevista de un procedimiento tampoco lo implica. Aun así, los procedimientos terapéuticos en medicina pueden conllevar al desarrollo de riesgos y complicaciones que agraven la condición clínica de su receptor e incluso producirle la muerte. Según Grettchen (2020), los casos que motivan denuncias por responsabilidad profesional por parte de pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos son por complicaciones quirúrgicas directas, enfermedad que ocurre en la atención postoperatoria y un resultado quirúrgico insatisfactorio.⁵³

No todos los eventos adversos resultan en juicios y no todos los juicios implican eventos adversos. La exploración de otros factores como causas de responsabilidad profesional ha sido estudiada, como la relación entre médico y paciente, la cual es fundamental en el ejercicio de la profesión. Cuando los conflictos de confianza, comunicación o seguridad se ven afectados, pueden generar inconformidad en el entorno del paciente; así se estableció en un estudio en Honduras, donde el conflicto en la relación médico-paciente fue la causa de denuncia más frecuente con el 40.4 % (36/89) y luego inconformidad del diagnóstico con 20.2 % (18/89).¹

La comunicación entre los miembros del equipo de atención médica y sus pacientes es fundamental para brindar una atención médica segura y eficaz. Los fallos de comunicación pueden poner en peligro la seguridad del paciente. Así se estableció en un estudio que determinó las principales fallas de comunicación que contribuyen a una lesión del paciente en reclamos de mala praxis en anestesiología, siendo la falla de contenido la más recuente (60 %; 268/446). Se indicó que en el 31 % (138/446) de todas las fallas, la falla de contenido consistió en no proporcionar nunca información razonando la falta de información preoperatoria o la falta de comunicación sobre el desarrollo de complicaciones.⁵⁴

Un estudio enfocado en reclamos donde estaban involucrados estudiantes de medicina, el 33 % (80/240) de los reclamos resultaron en lesiones físicas significativas y un 33 % (80/240) adicional resultaron en la muerte. Dentro de las causas de estos, el 58 % de los casos involucraron falta de competencia y 70 % involucraron factores relacionados con el trabajo en equipo. Los tipos más frecuentes de factores de trabajo en equipo fueron la falta de supervisión y los traspasos.¹⁴

1.4.1 Severidad de las lesiones

La severidad de las lesiones, también, puede determinar su relación con la denuncia por responsabilidad profesional. Varios estudios que analizaron la mala práctica médica utilizaron la escala de NAIC (The National Association of Insurance Commissioners), la cual es una escala de 9 puntos, que categoriza la lesiones en temporales y permanentes. Las temporales son: emocional, insignificante, menor o mayor. Las permanentes son: menor, significativa, mayor, grave o muerte.¹⁶

Schaffer et al., analizaron desde 1994 al 2014 la relación de la gravedad de la lesión de las reclamaciones pagadas, que involucra la muerte del paciente en el 32.1 % (35 293/109 865); en contraste, con la categoría de menor gravedad de lesiones, lesiones físicas o emocionales, que representó el 13.6 % (14 901/109 865) de las reclamaciones.⁸ Brown et al. determinó, también, que las categorías de lesiones mayores y muerte representaron el 57 % (6509/11 529) de los reclamos.⁴⁸ En Japón, la muerte fue el desenlace de siniestros más común con un 53.8 % (939/1747).⁴⁹

El tipo de lesión comprometido en un caso de responsabilidad profesional en la población pediátrica es diferente a la población general, así determinó Jena et al. en el estudio donde se realizó la asociación de la edad del paciente y el tipo de lesión con los resultados de las reclamaciones por mala praxis. Describió que las reclamaciones por lesiones permanentes tenían más probabilidades de resultar en el pago de una indemnización (23.9 %) en comparación con las reclamaciones por muerte (12.1 %) o lesiones temporales (10.8 %) ($p = 0.09$).⁵⁵ La forma en la que se puede clasificar la severidad de la lesión en Guatemala es según la tipificación de esta en el código penal como lesión leve, grave, gravísima imputada desde la incapacidad funcional, laboral, reproductiva o de comunicación de la persona afectada.¹⁸

CAPÍTULO 2. CARACTERÍSTICAS DE LOS INVOLUCRADOS EN CASOS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Sumario

- **Características de los pacientes afectados y denunciantes**
- **Características del médico denunciado**

En la dualidad de un proceso legal siempre hay partes que sostienen posiciones jurídicas opuestas. En este capítulo se abordarán integralmente los componentes de la dualidad de una denuncia de responsabilidad profesional. En este caso el paciente es la víctima. Se describirán sus características sociodemográficas y clínicas. Además, se describen las características del lado denunciado, en este caso el médico, y su relación con su especialidad y experiencia.

2.1 Características de los pacientes afectados y denunciantes

Hay múltiples estudios que enfocan la caracterización de los pacientes, quienes son en un caso de responsabilidad profesional la posición afectada. En un estudio de 5 compañías de seguros de Estados Unidos, se realizó una caracterización general de los afectados, en el cual el 60 % (844/1452) de los demandantes eran mujeres. El intervalo de edad con más demandas fue de 35-49 años con 26 % (383/1452); los recién nacidos representaban el 19 % (271/1452) y el 12 % (168/1452) tenían 65 años o más. ⁵⁶

Otro estudio descriptivo de denuncias por responsabilidad profesional médica en Barcelona concluyó que la edad media de los afectados fue de 48 años (DE \pm 19.39), en el 62.7 % (177/283) la perjudicada fue una mujer, siendo estas las que sufrieron más secuelas. ³⁷ En Italia, se realizó un estudio donde se determinó que la edad media de los pacientes involucrados en denuncias fue de 55 años, con una distribución por sexo equilibrada entre hombres y mujeres de 49 % y 51 % respectivamente. ³⁶ Únicamente en Japón, la mediana de edad de los pacientes fue de 33 años y el 54.2 % (977/1802) eran hombres. ⁴⁹

En Francia, se caracterizaron las denuncias de mala praxis en pacientes pediátricos, de 228 reclamaciones fue más frecuente en niños de 1 mes a 2 años en un 41 % (94/228) ⁵¹. Un estudio estadounidense que analizó, también, esta población, determinó que los reclamos por negligencia que involucran a niños entre 1 y 12 meses tenían más probabilidades de resultar en el pago de una indemnización (21.2 %) en comparación con los reclamos que involucran a niños < 1 mes (18.7 %) y niños > 1 año (10.8 %) ($p = 0.09$).⁵⁵

El entorno de atención del paciente, también, ha sido motivo de estudio, como se planteó en una revisión sistemática, la cual determinó que las reclamaciones son más frecuentes en entornos de pacientes hospitalizados, siendo estos más habituales en la práctica privada que en la pública. En dicho estudio, también, se identificó la relación entre localización geográfica y reclamo, siendo las áreas metropolitanas las que tenían un mayor riesgo de demanda por mala práctica que las áreas regionales y remotas. ⁵⁷ En Irán, el ambiente hospitalario, también, fue más prevalente con resultados del 22.4 % en hospitales públicos no docentes y el 21.5 % hospitales públicos de enseñanza. Asimismo, el 12.9 % de las fallas ocurrieron en clínicas privadas, el 2.1 % en centros benéficos y el 4.7% en otros centros de salud.⁴⁷

Según Watari, las tasas de mortalidad fueron más altas para reclamaciones relacionadas a error diagnóstico en hospitales más pequeños (23.3 %; $p = 0.002$) y durante los turnos diurnos en comparación con los turnos nocturnos (85.6 % vs. 14.4 %). Es significativo destacar que las salas de emergencia (OR ajustado = 5.88) y los consultorios ambulatorios (OR ajustado = 2.87) tenían muchas más probabilidades de encontrar casos de reclamaciones por error diagnóstico que cualquier otro entorno ($p < 0.001$). ⁴⁹ Un análisis de 10 739 reclamaciones por negligencia médica en Estados Unidos, determinó que 47.6 % (4910/10 739) fueron por eventos en el entorno de pacientes hospitalizados y un 43.1 % (4448/10 739) fueron por eventos en el ámbito ambulatorio. ³¹

2.2 Características del médico denunciado

Estudios previos han analizado a médicos que experimentaron una o múltiples denuncias por mala praxis. Dentro de las características sociodemográficas que se han estudiado, las diferencias de sexo en la acción disciplinaria contra los médicos son significativas. En 2015 se realizó una revisión sistemática y metaanálisis, que demostró que hay una asociación fuerte donde los médicos hombres tenían casi 2.5 veces más probabilidades (OR 2.45; IC 95 %, 2.05–2.93) de enfrentar una denuncia de responsabilidad profesional en comparación con las médicas mujeres. ⁵⁸

La edad del profesional puede definir la relación de la experiencia y la posibilidad de reclamo médico legal. Según un estudio de riesgo acumulativo por negligencia profesional, entre los médicos estadounidenses con especialidades de bajo riesgo, se estimó que el 36 % enfrentaría su primer reclamo a la edad de 45 años, en comparación con el 88 % de los médicos con especialidades de alto riesgo. A la edad de 65 años, se proyectó que el 75 % de los médicos en especialidades de bajo riesgo y el 99 % de los médicos en especialidades de alto riesgo enfrentarían un reclamo. ⁵ Según Kane, 71 % de los médicos mayores de 55 años habían sido demandados, con un promedio de 1,6 reclamaciones por médico.⁷

Cedillo et al., determinó que los médicos más denunciados tienen una edad próxima a los 50 años y tienen más de 15 años de experiencia dentro de su especialidad. ¹ De hecho, según Kane, cerca de la mitad de los obstetras menores de 40 años ya han sido demandados y el 90 % por ciento de los cirujanos mayores de 55 años habían sido demandados.⁷ Por lo que, se puede concluir que la probabilidad de ser demandado aumenta con la edad, esto no es sorprendente dado que los médicos mayores han estado más expuestos al riesgo de demandas porque han estado ejerciendo durante más de tiempo. ⁶

Un estudio rumano perfiló las características de médicos con denuncias de mala praxis. Se determinó que los médicos propensos a ser denunciados son hombres, con título de médico superior, de especialidades quirúrgicas, que realizan un mayor número de turnos de guardia, que laboran en hospitales de alta referencia, que tienen mayor temor a ser denunciado y cuyo compañero de vida es un médico de la misma especialidad.⁵⁹

Los comportamientos de comunicación entre médico y paciente, también, son determinantes para disponer de un caso de responsabilidad profesional. Levinson et al., comparó las conductas de médicos de atención primaria con reclamos y las conductas de los médicos de atención primaria sin reclamos. Los médicos sin reclamos usaron más comportamientos de orientación (educar a los pacientes sobre qué esperar y el flujo de una visita), de facilitación (solicitar opiniones de los pacientes para comprobar la comprensión y animar a los pacientes a hablar), además se rieron y usaron más el humor. Los médicos de atención primaria sin reclamaciones pasaron más tiempo en las visitas de rutina que los médicos de atención primaria de reclamaciones (media: 18.3 frente a 15.0 minutos), aunque la duración de la visita no fue significativa en la predicción del estado de las reclamaciones. ⁶⁰

El estado psicoemocional del médico puede estar implicado en el actuar de un error clínico. Una revisión sistemática y metanálisis de 11 estudios en los que participaron 21 517 médicos demostró una asociación entre los síntomas depresivos del médico y un mayor riesgo de errores médicos autopercebidos (RR 1.95; IC del 95 %, 1.63-2.33).⁶¹ En estudios similares, el

agotamiento psicológico o síndrome de Burnout se asoció con 1.48 a 2.5 veces más de riesgo de involucrarse en errores médicos (OR 1.48; IC del 95 %, 1.28-1.71) (OR 2.51; IC del 95 %, 1.68-3.72).⁶² Las tasas de prevalencia en el gremio médico con síndrome de Burnout se han reportado cercano al 50 %, que demuestra que conlleva, en la atención de pacientes, a riesgo de error terapéutico del 15 % o error diagnóstico del 21 % y un aumento del 17% de probabilidad de ser demandado por negligencia médica.⁶³

2.2.1 Especialidad médica

La relación de las demandas con especialidad médica fue estudiada por Jena et al. en el 2012; se concluyó que la probabilidad de enfrentar un reclamo era del 19.1 % en neurocirugía, de 18.9 % en cirugía torácico-cardiovascular, 15.3 % en cirugía general y 14.5 % en ortopedia. Se estableció que las especialidades que tenían más probabilidades de enfrentar reclamos de indemnización a menudo no eran aquellas con los pagos promedio más altos. Por ejemplo, el pago promedio de los neurocirujanos (\$ 344 811) fue menor que el pago promedio de los patólogos (\$ 383 509) o de los pediatras (\$ 520 924), aunque los neurocirujanos tienen más probabilidades de enfrentar un reclamo en un año.⁵

Varios estudios han determinado que las especialidades quirúrgicas presentan un mayor riesgo a ser denunciadas. En Estados Unidos se analizaron 1452 casos de reclamos que determinó que las especialidades quirúrgicas representaban más de la mitad de los reclamos, siendo los de mayor frecuencia los ginecoobstetras con el 19 % (276/1452), seguidos por los cirujanos generales con 17 % (242/1452), traumatología con 8 % (110/1452) y neurocirugía con 5 % (71/1452).¹⁰ En el mismo país, se realizó un análisis de 54 099 reclamos documentados de 2005 a 2014, donde más de la mitad de los reclamos fueron encontrado en 4 especialidades médicas, siendo medicina interna (15 % 8377/54 099), ginecoobstetricia (13 % 6977/54 099), cirugía general (12 % 6357/54 099) y medicina general o familiar (11 % 6013/54 099).⁶⁴

Se realizó un análisis de los factores clínicos y procesales sobre los resultados de los litigios en Japón de los médicos que perdieron el caso, se indicó que las especialidades quirúrgicas representaban un 57.5 % (439/764; $p = 0.084$) y las no quirúrgicas 26.4 % (202/764; $p = 0.028$). Los cinco principales diagnósticos iniciales involucrados en demandas por mala praxis estaban en el siguiente orden: neoplasia maligna, enfermedad neonatal, traumatismo, procedimientos y complicaciones postoperatorias, y síndrome coronario agudo, los cuales no se asociaron significativamente con el resultado del litigio.⁶⁵

En España, se analizaron retrospectivamente todas las reclamaciones cerradas de responsabilidad profesional entre 1986 y 2005, recolectando en total 5246 casos. En su muestra

obtenida, las especialidades más denunciadas fueron ortopedia (16 % 824/5246), ginecobstetricia (13 % 658/5246) y cirugía general (8 % 402/5246). La muestra fue examinada anualmente, con una prevalencia media anual de 1.33 % de médicos que fueron denunciados por responsabilidad profesional, pero solo el 0.26 % tuvo que pagar indemnización a los demandantes. La tendencia en España no ha variado en los años, ya que, en 2019 se publicó nuevamente un análisis retrospectivo, siendo las especialidades más denunciadas la ortopedia 15 % (43/286), ginecobstetricia 12.3 % (35/283) y cirugía general 9.5 % (27/283).³⁷

Datos similares se obtuvieron en Italia, donde las especialidades con las más altas incidencia de reclamos fueron ortopedia y traumatología con 16.6 % (94/567), Urgenciología con 13.3 % (75/567) y cirugía general con 11.4 % (65/567).³⁶ En Honduras, por medio de La Dirección de Medicina Forense de Tegucigalpa, se estableció que la especialidad con más denuncias de responsabilidad profesional fue ginecobstetricia con el 30.3 % (27/89), luego ortopedia con 14.6 % (13/89) y cirugía general 13.4 % (12/89).¹

En México, se recolectaron 432 reclamos, en donde la especialidad de gineco-obstetricia fue la más demandada con el 23.14 % (100/432), seguida por cirugía general 10.18 % (44/432) y traumatología-ortopedia 8.79 % (38/432). Dentro del rubro de atención de la especialidad de gineco-obstetricia, se determinó que las causas más frecuentes fueron atención inadecuada en el trabajo de parto, seguimiento deficiente en el tercer trimestre, hemorragias obstétricas, óbito durante el trabajo de parto y complicaciones anestésicas.³⁹ En la tabla I se organiza las especialidades más denunciadas por su probabilidad durante la última década.

Los médicos en formación, también, enfrentan riesgos especiales de involucrarse en errores médicos. Studdert et al., estableció la frecuencia con la que los estudiantes de medicina estaban relacionados a reclamos de responsabilidad profesional en Estados Unidos. Resalta que el 29.6 % (430/1452) de los reclamos involucraban estudiantes, siendo la mayoría residentes en el 27 % (391/1452), fellows en el 4 % (55/1452) e internos en el 2 % (27/1452).¹⁰ Otro estudio orientado en denuncias donde responsabilizaban únicamente pasantes o residentes, los residentes estuvieron involucrados la mayoría de los casos, con el 87 % (209/240).¹⁴ Esto indica que los residentes de especialidades médicas están en mayor riesgo de ser denunciados que los estudiantes de pregrado.

Un estudio de casos de negligencia que involucraron a residentes desde 2001 hasta 2015 encontró que los residentes de obstetricia y ginecología tenían la mayor cantidad de reclamos (17 %), seguidos de medicina interna (11 %) y cirugía (11 %).⁶⁶ Estos números resaltan la importancia de comprender mejor los factores que aumentan los riesgos de responsabilidad profesional de los residentes.

CAPÍTULO 3. MARCO LEGAL DEL MÉDICO EN GUATEMALA

Sumario

- Código Deontológico y Colegio de Médicos
- Código Civil
- Código Penal
- Auditoría de la calidad de la atención médica en Guatemala

La literatura toma en cuenta la existencia de diferentes posturas teóricas acuerdo al contexto sociocultural de cada país, que van desde la utilización de diversos términos para su tipificación, variedad de calificaciones y un enconado debate científico sobre cuál de estos es generador de responsabilidad profesional.⁶⁷ En el orden teórico, se ha indicado que la mayoría de la bibliografía existente sobre responsabilidad médica y mala práctica han sido enfocada por autores con poca formación jurídica. Por lo que, es necesario incluir en este capítulo el marco legal del médico en Guatemala.

Al igual de lo que ocurre en muchos países, en Guatemala no existe una legislación especial que regule la responsabilidad profesional médica. En el medio guatemalteco mientras no se regule de manera específica o de manera adecuada en el ordenamiento legal la mala práctica médica, los casos seguirán siendo tratados por los órganos jurisdiccionales del país como delito culposo.⁶⁸

3.1 Código Deontológico y Colegio de Médicos

Desde el inicio de la carrera, el Código Deontológico representa una naturaleza significativa para el estudiante de medicina, ya que es la base de la conducta en esta profesión. Deontología es una palabra de origen griego (*deonthos* = “deber” y *logos* = “tratado”) que se traduce como “*Tratado de los Deberes*”.⁶⁹

Este establece las normas basadas en principios éticos, universales para la armonía entre colegas, pacientes, instituciones, empresas, industria farmacéutica y otras entidades en cualquier ámbito profesional. Establece que son obligatorias a cualquier agremiado del Colegio de Médicos de Guatemala. Consta de 17 capítulos y 113 artículos de diferente índole. Además, debe ser examinado cada 5 años para su revisión y actualización.⁶⁹

El fin de un código deontológico es que todo profesional está sometido a controles sociales que permitan exigirle responsabilidades en relación con sus actos. Cabe mencionar que, en este documento se aclara que las resoluciones no se asocian con el juzgamiento de faltas o delitos,

eso le compete únicamente a la jurisdicción del Estado. Razón por la cual, ninguna resolución emitida por el Tribunal de Honor puede ser utilizada como prueba anticipada, medida o como plataforma, para presentar en un proceso ante el Ministerio Público o los órganos jurisdiccionales del Estado.⁷⁰ Por lo tanto, el Tribunal de Honor del Colegio de Médicos solamente puede imponer sanciones que sean eminentemente por faltas a la moral y a la ética, llevando el debido proceso para su estudio, consideración y dictamen correspondiente.⁷⁰

El Estado convierte a los colegios profesionales en asociaciones gremiales a través de la Constitución de carácter obligatorio para todo profesional, por medio del artículo 90 “Colegiación profesional”. Le encargan funciones públicas y les dota de la potestad de imponer una determinada disciplina a todos los profesionales pertenecientes a este colectivo.⁷¹ Dice el artículo 90: “La colegiación de los profesionales universitarios es obligatoria y tendrá por fines la superación moral, científica, técnica y material de las profesiones universitarias y el control de su ejercicio... con personalidad jurídica funcionarán de conformidad con la Ley de Colegiación Profesional obligatoria y los estatutos de cada colegio se aprobarán con independencia de las universidades de las que fueron egresados sus miembros”.⁷¹

El Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, consta de un Tribunal de Honor para poder ejercer esta función adquirida por la Constitución. El tribunal tiene por objeto investigar y emitir dictamen por alguna demanda, proponiendo en su caso la sanción correspondiente cuando se sindique a alguno de los miembros del Colegio, y se compruebe que ha faltado a la ética o atentado contra el honor o prestigio de su profesión, infligiendo en el Código Deontológico.⁷⁰

3.2 Código Civil

Dentro de la legislación de Guatemala se destaca que no existe un artículo especial en la tipificación de la mala práctica médica, ni las actitudes como negligencia, impericia o imprudencia en el que un médico puede incurrir. Aun así, hay delitos que vinculen el actuar médico, y son tipificados como lesiones o daños según los Códigos Civil o Penal.

El Código Civil de Guatemala representa las normas jurídicas del derecho civil de cada guatemalteco. Regula las consecuencias esenciales de los principales hechos y actos de la vida humana. Cuando se habla de responsabilidad civil del médico se refiere a la obligación legal de la reparación económica del daño causado por una mala praxis.⁷²

Dentro del Código Civil de Guatemala se encuentran los siguientes artículos en los cuales se pueden vincular la práctica médica:

“ARTÍCULO 1645.- Toda persona que cause daño o perjuicio a otra, sea intencionalmente, sea por descuido o imprudencia, está obligada a repararlo, salvo que demuestre que el daño o perjuicio se produjo por culpa o negligencia inexcusable de la víctima”.¹⁷

“ARTÍCULO 1646.- El responsable de un delito doloso o culposo, está obligado a reparar a la víctima los daños o perjuicios que le haya causado”.¹⁷

“ARTÍCULO 1655.- (Lesiones corporales). - Si el daño consiste en lesiones corporales, la víctima tiene derecho al reembolso de los gastos de curación y al pago de los daños o perjuicios que resulten de su incapacidad corporal, parcial o total para el trabajo, fijado por el juez en atención a las siguientes circunstancias: 1o.- Edad, estado civil, oficio o profesión de la persona que hubiere sido afectada; 2o.- Obligación de la víctima de alimentar a las personas que tengan derecho conforme a la ley; 3o.- Posibilidad y capacidad de pago de la parte obligada. En caso de muerte, los herederos de la víctima, o las personas que tenían derecho a ser alimentadas por ella, podrán reclamar la indemnización que será fijada de conformidad con las disposiciones anteriores”.¹⁷

El artículo más contextualizado a la responsabilidad profesional en medicina es el Artículo 1668, el cual dice “El profesional es responsable por los daños o perjuicios que cause por ignorancia o negligencia inexcusables, o por divulgación de los secretos que conoce con motivo de su profesión”.¹⁷

3.3 Código Penal

El derecho penal, se define como “El que determina los delitos, las penas que el Estado impone y las medidas de seguridad para la prevención de la criminalidad”. El Código Penal de Guatemala sistematiza conceptos como qué es delito, quién es cómplice, quién comete delito, etc. y la tipificación de los delitos.⁷³

La responsabilidad penal en Guatemala señala que un acto es sancionable penalmente sí solo si cumple con dos requisitos: el primero, que el acto demuestre la condición de haberse ejercido por acción o por omisión y que este ejercicio haya generado un daño consumado; el segundo, que esa acción esté tipificado como delito contemplado y que reúna las condiciones típicamente antijurídico, culpable, imputable y punible.⁷⁴

El conjunto de artículos donde puede existir vinculación con la profesión médica es con “*Las Lesiones*”. Estas se encuentran debidamente tipificadas en el Código Penal guatemalteco, en el capítulo quinto del Artículo 144 al 151. El delito de lesiones consiste en el daño causado en la integridad física o en la salud de una persona.⁷¹

Cuando se evalúa el delito de lesión, se tienen en cuenta tanto las secuelas como, en su caso, el tiempo que la víctima tarde en curar de las mismas. De tal manera, la pena es mayor cuanto más grave sea la lesión. Además de la pena correspondiente al delito, el autor de las lesiones se ve obligado a indemnizar al perjudicado.¹⁸

Dentro del Código Penal de Guatemala, los artículos en los cuales pueden vincularse con la práctica médica son los del delito culposo. Se define en el Artículo 12, el cual dice: “ARTÍCULO 12. El delito es culposo cuando con ocasión de acciones u omisiones lícitas, se causa un mal por imprudencia, negligencia o impericia.”¹⁸

Respecto al concepto de las lesiones, este se redacta en el capítulo V del Código Penal de Guatemala. La definición de lesión es: “ARTÍCULO 144. Comete delito de lesiones quien, sin intención de matar, causare a otro daño en el cuerpo o en la mente”. Existe sentencia penal, la cual es descrita así: “ARTÍCULO 145. Quien, de propósito castrare o esterilizare, dejare ciego o mutilare a otra persona, será sancionado con prisión de cinco a doce años.”¹⁸

El Código Penal contiene su clasificación específica de la severidad y su imputación por el acto del delito. El artículo que especifica las lesiones gravísimas es: “ARTÍCULO 146. Quien causare a otra lesión gravísima, será sancionado con prisión de tres a diez años. Es lesión gravísima la que produjere alguno de los resultados siguientes: 1o. Enfermedad mental o corporal cierta o probablemente incurable. 2o. Inutilidad permanente para el trabajo. 3o. Pérdida de un miembro principal o de su uso de la palabra. 4o. Pérdida de un órgano o de un sentido. 5o. Incapacidad para engendrar o concebir”.¹⁸

El artículo que especifica las lesiones graves es: “ARTÍCULO 147. Quien causare a otra lesión grave, será sancionado con prisión de dos a ocho años. Es lesión grave la que produjere alguno de los resultados siguientes: 1o. Debilitación permanente de la función de un órgano, de un miembro principal o de un sentido. 2o. Anormalidad permanente del uso de la palabra. 3o. Incapacidad para el trabajo por más de un mes. 4o. Deformación permanente del rostro”.¹⁸

El artículo que especifica las lesiones leves es: “ARTÍCULO 148. Quien causare a otra lesión leve, será sancionado con prisión de seis meses a tres años. Es lesión leve la que produjere en el ofendido alguno de los siguientes resultados: 1o. Enfermedad o incapacidad para el trabajo por más de diez días, sin exceder de treinta. 2o. Pérdida e inutilización de un miembro no principal. 3o. Cicatriz visible y permanente en el rostro”.¹⁸

Según el Código Penal de Guatemala, un médico puede incurrir en la omisión de auxilio cuando exista la exposición de personas al peligro. Se refiere a este delito el artículo 156, el cual dice “ARTÍCULO 156. Quien, encontrando perdido o desamparado a un menor de diez años; a

una persona herida, inválida o amenazada de inminente peligro, omitiere prestarle el auxilio necesario, según las circunstancias, cuando pudiere hacerlo sin riesgo personal, será sancionado con multa de veinticinco a doscientos quetzales”.¹⁸

Existe un capítulo dentro del Código Penal de Guatemala enfocado en el aborto, de los cuales se puede referir como agravación específica en el cual se vincula a los profesionales de salud. El artículo 140 del Código Penal menciona que “el médico que, abusando de su profesión causare el aborto o cooperare en él, será sancionado con las penas señaladas”.¹⁸ En el Artículo 135 se especifica la pena la cual es “multa de quinientos a tres mil quetzales, con inhabilitación para el ejercicio de su profesión de dos a cinco años. Iguales sanciones se aplicarán, en su caso, a los practicantes o personas con título sanitario, sin perjuicio de lo relativo al concurso de delitos”.¹⁸

La usurpación de calidad sí es un delito en Guatemala en donde el médico puede incurrir. Esta ley está tipificada en el Código Penal por el Artículo 336, el cual se refiere a los delitos de falsedad personal. Este menciona que la usurpación de calidad es “quien se arrogare título académico o ejerciere actos que competen a profesionales, sin tener título o habilitación especial, será sancionado con multa de quinientos a tres mil quetzales. Si de resultas de ilegal ejercicio, se derivare perjuicio a tercero, la sanción señalada en el párrafo que antecede, se elevará en una tercera parte”.¹⁸

3.4 Auditoría de la calidad de la atención médica en Guatemala

Los casos de presunta responsabilidad profesional en la atención médica en Guatemala son un fenómeno que no había sido analizado por su contexto en el campo de la medicina. La literatura solo ha descrito análisis argumentativos en tesis de las facultades de derecho y humanidades de las diversas universidades en Guatemala.

Los procesos judiciales y extrajudiciales de responsabilidad profesional en medicina en Guatemala son difíciles de cuantificar por la complejidad del proceso legal y la ausencia de la tipificación de esta acción en la legislación. Al momento de actuar en un caso de responsabilidad profesional, la víctima o paciente puede realizar su denuncia en el Ministerio Público, quien llevará el caso para la investigación en conjunto con el INACIF quien realiza la auditoría para establecer si existe o no responsabilidad profesional por mala praxis.

En el INACIF existen procedimientos específicos para proceder en casos de presunta responsabilidad profesional a médicos, que tienen por propósito cumplir con una metodología “imparcial, objetiva y transparente, apegada a los estándares de calidad, fundamentando científicamente el análisis de documentos médico legales, informes de estudios complementarios

de diagnóstico y evaluación clínica forense, para la realización de auditorías de casos de presunta responsabilidad profesional, proceso por el cual el perito, recurre a la ciencia, habilidad técnica y experiencia, investigando un hecho dentro del área de su competencia para descubrir algo desconocido, con el objeto de establecer si existió apego a la norma médica internacionalmente aceptada y protocolos institucionales”.⁷⁵

El proceso de peritaje inicia con la recepción de la solicitud de auditoría médico forense por la autoridad competente, normalmente por el Ministerio Público, adjuntado con los documentos medicolegales, el expediente médico, informes de estudios complementarios de diagnóstico y declaraciones testimoniales. Después de haber sido analizados y clasificados en cuanto complejidad, se designan los casos por medio de una mesa técnica al perito especializado¹.

Este analizará el expediente y la documentación asociada. Esto con el fin de determinar si se cumplieron con los métodos y procedimientos con apego a los protocolos internacionales y de cada centro asistencial, verificando si el abordaje diagnóstico fue el adecuado y oportuno, si el tratamiento instaurado era el indicado y si se atendieron oportunamente las complicaciones que presentaron. También, se revisa si se realizó alguna intervención invasiva, determinando si cumplía con las indicaciones, si hubo evaluación pre-intervención, si se utilizó la técnica adecuada, si existe consentimiento informado, si en este se advierten de los riesgos y si hubo un seguimiento post intervención¹.

También, se verifica la prescripción y administración correcta de medicamentos, si se describió efectos adversos o complicaciones asociadas a medicamentos. Si en el momento del egreso se encontraba clínicamente estable y si el plan educacional estaba claro. Si es necesario, se puede remitir a la persona agraviada para realizar reconocimiento médico forense¹.

El proceso finaliza con la elaboración de un dictamen pericial, el cual se coteja previamente a la entrega a la autoridad competente. Si el caso lo amerita y procede, puede ser arbitrado por tribunales del Organismo Judicial para dictaminar el tipo de sentencia. Los peritos deberán asistir a los debates orales y públicos, o cualquier diligencia que sea requerida por la autoridad competente¹.

Acorde a la página web de datos numéricos del INACIF, de 2017 a 2021 se han recolectado 289 solicitudes de auditoría por presunta responsabilidad profesional médica. Con una incidencia de 6.5 solicitudes de auditorías por responsabilidad profesional por cada 10 000

¹ Tomado del documento: “Auditoria de expedientes en casos de presunta responsabilidad profesional” del Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala, 2021.

denuncias a nivel nacional. La distribución por sexo de los afectados es de 65 % femeninas y 35 % masculinos. Realizando un análisis retrospectivo de los datos, la frecuencia de las solicitudes de auditoría se vio reducida un 60 % durante la época de la pandemia de COVID-19, comprensible por la disminución de la demanda de los servicios médicos habituales. Por un análisis de la distribución de la frecuencia mensual durante los 5 años, los meses con picos de casos de responsabilidad profesional se presentaron en febrero y octubre (figuras 1-4).⁷⁶

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS

Se establece desde el inicio de la formación médica, que no se debe herir a nadie bajo la premisa “*lo primero es no hacer daño*”, que muy raramente es vulnerada intencionalmente por los profesionales de la salud. Aun así, se ha estimado que millones de pacientes en todo el mundo padecen lesiones debido a eventos adversos secundarios a la práctica médica. Según datos de la OMS, a nivel mundial, 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención sanitaria; se menciona que hasta el 80 % de estos daños son prevenibles.³² De manera que, los riesgos relacionados a los eventos adversos en la atención sanitaria se están convirtiendo en problemas importantes para la seguridad de los pacientes.

Los eventos adversos originados por errores clínicos pueden provocar lesiones en los pacientes, causando insatisfacciones que pueden conllevar a medidas arbitrarias o legales contra el médico para intentar repararlos, originando así los casos de responsabilidad profesional. Por lo tanto, es necesario analizar las condiciones médicas que implicaron casos de responsabilidad profesional.

Los casos de eventos adversos por errores clínicos como tal son difíciles de cuantificar, por lo tanto, la frecuencia exacta de estos se pasa por alto. Varios estudios han indicado solamente una incidencia aproximada y las consecuencias asociadas al error clínico. La forma por la cual los errores clínicos han sido estudiados es por medio de reclamos, denuncias, autopsias, encuestas, revisiones de caso, informes de incidentes hospitalarios, encuestas de calidad de atención o revisiones secundarias.⁴⁹

El aumento de los casos por responsabilidad profesional médica en todo el mundo es una realidad indiscutible y su consecuencia ha generado la necesidad de identificar estrategias de prevención. Los estudios de casos de responsabilidad profesional representan una valiosa colección de análisis de las lesiones de pacientes para identificar los errores clínicos en la atención de salud. Estos estudios de análisis han tenido como propósito la reducción de errores médicos, en aumentar la capacidad de identificar la negligencia médica y cómo mejorar continuamente la calidad de los servicios médicos; se logra, así, niveles satisfactorios de seguridad en la atención del paciente.

Respecto a las causas de los casos de responsabilidad profesional, a diferencia de los errores de medicación que se han reducido con más éxito con intervenciones a nivel de sistema y basadas en tecnología, aun no existen soluciones técnicas o educativas comparables para los errores de diagnóstico. Se pudo establecer que el error diagnóstico fue un factor en común en las literaturas de la última década, lo que indica que es más probable que estos casos se asocien

con lesiones más graves, muerte y mayores costos de compensación. Por lo que, es importante mejorar las habilidades de diagnóstico para diferenciar entre condiciones potencialmente mortales y benignas.

Acercas de las características de los pacientes demandantes, se puede determinar que la edad no es significativa, pero la mayoría de la literatura indica que se encuentran entre la cuarta y quinta década de la vida. La proporción de sexo en la mayoría de los estudios es equitativa, con leve predominio en mujeres. El ambiente de los casos, también, ha sido analizado, siendo más frecuentes en las áreas metropolitanas que en rurales. Este fenómeno se podría comprender desde el punto de vista de los niveles de atención, ya que los procedimientos terapéuticos con mayor riesgo de complicados son referidos a niveles de atención más elevados, alcanzando el 3er o 4to nivel de atención. Estos centros por lo general se encuentran en las áreas metropolitanas; en consecuencia, podría explicar la tendencia geográfica de las denuncias de responsabilidad profesional.

Muchas de las iniciativas de la prevención de los errores clínicos se enfocan en el entorno hospitalario, esto es comprensible porque se ha determinado que la cantidad pagada por reclamo es más alta por pacientes hospitalizados. Aun así, los errores clínicos en el entorno ambulatorio siguen sucediendo, siendo la causa principal de estos el error o atraso diagnóstico. Ambas causas involucran más resultados de lesiones graves o muerte, debido a que el seguimiento no es tan cercano como en el hospital y los pacientes a menudo presentan síntomas y signos que pueden ser sutiles en medio de muchos eventos a corto o largo plazo.

Otro hallazgo actual de la atención del paciente, son los procedimientos quirúrgicos que se realizan cada vez más en el ámbito ambulatorio. Según la literatura, estos pueden aumentar el riesgo de eventos adversos en el ámbito ambulatorio, en particular si estos procedimientos se realizan en consultorios médicos o pequeños centros quirúrgicos que pueden no tener los mismos controles de seguridad como los hospitales. Por lo que, es determinante para el médico la elección de los procedimientos quirúrgicos ambulatorios acorde a sus capacidad e individualización de las complicaciones que puede ocasionar junto con un plan de emergencia ante cualquier evento adverso.

En relación con la experiencia del médico, la edad pareciera ser un factor protector de denuncias de responsabilidad profesional a simple vista, pero ha sido demostrado por la literatura que este no es un factor preciso. Es lógico que los resultados indicaran que la media del médico denunciado es mayor de 45 años, estando este en su auge de su profesión, pero han estado expuestos al riesgo de demandas por estar ejerciendo por más de tiempo. Es así sorprendente que el 85 % al 99 % de los médicos tendrán una denuncia antes de los 65 años.⁵

Según el género del médico, hay una serie de factores demográficos observables que contribuyen a esta diferencia. Según Kane, en comparación con las mujeres, los médicos hombres son mayores, trabajan más horas, ejercen en especialidades con mayor frecuencia de demandas y es más probable que sean propietarios de consultorios.⁷ Cada uno de estos cuatro factores está asociado con un mayor riesgo de siniestros, los cuales pueden ser adaptables al contexto de Guatemala.

Por medio de la revisión de la literatura, se encontró una variabilidad sustancial entre las especialidades médicas y su riesgo de responsabilidad profesional. Los hallazgos de Jena et al. proyectan que casi todos los médicos en especialidades de alto riesgo, (neurocirugía, cirugía cardiotorácica, cirugía general, cirugía ortopédica y cirugía plástica), enfrentaran al menos una vez un reclamo durante su carrera.⁵ Los demás estudios, también, coinciden en que las especialidades quirúrgicas tienen mayor probabilidad de involucrarse en casos de RP como se observa en la tabla I. Aun así, muchos de los estudios que analizaron los pagos de indemnización, determinaron que las especialidades quirúrgicas no son necesariamente aquellas con el monto promedio de pago de más alto, como lo son pediatra o patología.

Los resultados anteriores pueden explicar por qué los médicos constantemente reportan preocupación por la mala práctica y la intensa presión para practicar la MD. Aunque fue la crisis de la “mala práctica médica” en la década de 1970 lo que dio origen a la medicina defensiva, esta parece haberse perpetuado por sí misma y sujeta a la evolución de la medicina. Inclusive, un estudio realizado entre estudiantes de medicina mostró que el 94.0 % practica conductas de MD, infiriendo que esta se introduce temprano en la educación de los médicos jóvenes, aunque no se recomienda por la medicina basada en evidencias.⁴¹ Esto es a causa de que se han mantenido las necesidades de cuidado de los pacientes durante todas las épocas y los profesionales de la salud tienen el mismo deber moral de ofrecer una atención de calidad aun con los riesgos de ser demandados.⁷⁷

Existen implicaciones éticas, morales y económicas en actuar de la medicina defensiva como se ha visto en los capítulos anteriores. Pero al explorar la etiología de este fenómeno, esta se establece que ha sido causado por la pérdida de confianza en la relación médico-paciente. Esta distorsión de confianza puede ser debido a que el paciente, con el avance de la tecnología y la facilidad de acceso a la información, puede generar discusión de la mejor conducta terapéutica, siendo comprensible la búsqueda de la mejor calidad de atención y sin errores. Si bien las perspectivas de los médicos pueden haber permanecido bastante consistentes, las expectativas de atención médica de una sociedad de consumo cada vez más informada han cambiado significativamente.

No cabe duda de que el paciente actualmente se ha empoderado. El empoderamiento del paciente, según la OMS, hace referencia a un proceso donde el paciente tiene la capacidad para controlar su salud, así como su capacidad para involucrarse más en su atención.^{78,79} La relación médico-paciente, de ser de tipo paternalista o vertical, ha pasado a ser en la última década a un modelo autonomista, donde el paciente está más enterado e involucrado de las acciones sobre su salud. Por lo tanto, es inevitable que los profesionales de la salud deban apoyar a los pacientes en el proceso de empoderamiento, brindando el conocimiento, la habilidad y la confianza para manejar su salud.

Otra causa de la medicina defensiva no es solo el miedo a la responsabilidad profesional, también, es el miedo a ser percibido como un médico de menor calidad, lo cual ha respaldado la supervivencia de la medicina defensiva. Esto ha implicado que el patrón de sobreexaminar se convierte en el estándar de atención y la progresión de hacer lo innecesario se vuelve incluso petición del paciente. Como se ha expuesto anteriormente, por medio de la medicina defensiva los errores de omisión (falta de diagnóstico) han disminuido claramente. Sin embargo, los errores de comisión (sobrediagnóstico y sobretratamiento) parecen ir en aumento junto con sus consecuencias de aumento de costos e implicaciones éticas para el paciente.

Si ocurre un error, se ha recomendado ser abierto y honesto con el paciente, lo cual puede llegar a ser complicado para ciertos médicos, ya que la disculpa puede interpretarse como aceptación de la culpabilidad. Varios sistemas de salud en Estados Unidos están adoptando programas de comunicación y resolución (CRP, por sus siglas en inglés), a través de los cuales se comunican con los pacientes sobre eventos adversos, investigan y explican lo sucedido, y cuando corresponda, pedir disculpas, asumir la responsabilidad y ofrecer una compensación de manera proactiva.⁸⁰

La implementación de estos programas de comunicación se asoció con una mejora en las tendencias en la tasa de reclamos y en los costos de defensa legal en algunos hospitales.^{80,82} Según Kachalia et al., a tasa mensual promedio de reclamaciones disminuye de 7.03 a 4.52 por cada 100 000 encuentros con pacientes (RR: 0.64 [IC del 95 %: 0.44 a 0.95]).⁸¹ Lo que puede sugerir que la transparencia, la disculpa y la compensación proactiva permite que se cumpla la responsabilidad profesional éticamente y promueve la seguridad del paciente sin enfrentar consecuencias negativas.

Por lo tanto, se sugiere que el principal mecanismo para prevenir reclamos en eventos que no involucraron negligencia o error médico fue la comunicación abierta entre las partes implicadas.⁸⁰ Es importante hacer referencia a esos casos ya que representan alrededor de tres cuartas partes del total de los casos de responsabilidad profesional. En los casos que, si se

observó un error clínico, la compensación proactiva fue el mejor resultado. Aunque en teoría, ofrecer compensación de forma rutinaria cuando la negligencia causa un daño grave debería significar que se compensan más lesiones, las tendencias en costos y tasas de defensa de nuevas reclamaciones mejoraron para los hospitales.⁸⁰

Los médicos pueden asegurarse contra los pagos de indemnización a través del seguro por negligencia, pero no pueden asegurarse contra los costos indirectos del litigio, como el tiempo, el estrés, el trabajo adicional y el daño a la reputación. El conjunto de estas condiciones puede provocar el síndrome clínico judicial en el profesional de la salud.¹⁵

El bienestar psicoemocional del médico es fundamental para el bienestar de los pacientes. Los resultados analizados en los capítulos anteriores sugieren que el síndrome de Burnout y la depresión, están directamente asociados con un mayor riesgo de errores médicos y tiene implicaciones en la calidad de atención a los pacientes, por lo que pueden ser causas de denuncias de responsabilidad profesional. Incluso, los resultados de un error médico conllevan a la angustia emocional del profesional generando síntomas depresivos. En conjunto, esto sugiere que la asociación entre el estado psicoemocional del médico y los errores médicos es bidireccional.⁶¹

En Guatemala, debido a la complejidad de su sistema de salud y legal se ha generado un vacío teórico para la identificación de dichos riesgos, puesto que, en el país solo hay un organismo especializado para la clasificación de estos eventos siendo este el INACIF Por medio de la auditoría de la calidad de la atención médica, se puede establecer si el ejercicio de la profesión estuvo apegada a los estándares y protocolos de atención de la enfermedad. Estos procedimientos no se establecían con la particularidad de responsabilidad profesional de la medicina, hasta que se implementó durante esta década. Aun así, la tipificación legislativa de las acciones de la mala práctica médica es determinada como lesión culposa según el Código Civil o Penal.

Es importante mencionar que la mayoría de los pensum académicos de medicina no incluyen educación adecuada sobre eventos medicolegales, incluida la gestión de riesgos, reclamos, declaraciones y juicios. En Guatemala, se realizó un análisis hace más de 20 sobre los conocimientos sobre medicina legal que poseían 332 estudiantes del último año de la carrera. Se evidenció que el 85.5 % (284/332) tenían desconocimiento de los conceptos de medicina legal. Un 90.64 % (301/332) reconoció que existía un déficit en la docencia y escasa importancia al tema. Lo que demuestra que aún falta educar más a los profesionales de la salud, siendo necesario reforzar los conocimientos de las implicaciones legales del ejercicio médico en la sociedad guatemalteca.⁸²

CONCLUSIONES

Aprender de las condiciones médicas que se han relacionado en casos de responsabilidad profesional podría ayudar a corregir el error clínico. Los casos de responsabilidad profesional como indicador objetivo del error clínico, se pone de manifiesto con la tendencia persistente de este fenómeno a nivel internacional aún sin medidas que disminuyan esta tendencia durante la última década.

La conciencia de las personas sobre sus derechos individuales, el aumento de la complejidad de la tecnología médica, el aumento notable del número de población, la colaboración de varios grupos de tratamiento en la prestación de servicios a los pacientes; el cansancio psicoemocional causado por el aumento de la carga laboral y la necesidad de tener más información sobre la salud del paciente son algunos de los factores que han aumentado el número de casos de responsabilidad profesional.

Los estudios han determinado que aún persisten los casos de responsabilidad profesional sin asociación a un evento adverso. Esto puede ser debido a que el usuario de la atención médica perciba en relación con la calidad de la atención, que no se han cumplido con sus necesidades personales y de seguridad en la institución que lo atiende. Estas situaciones han originado la insatisfacción y fomentan una cultura de denuncias. Aunque no todos los casos de mala praxis terminan en un litigio, aun es indispensable mejorar las condiciones para evitar los eventos adversos y de esta forma mejorar la seguridad del paciente.

Se ha perpetuado el temor a ser demandado en la profesión, por sus consecuencias económicas, de reputación profesional, morales o psicológicas, por lo que se ha vuelto más usual la práctica de la medicina defensiva. Por lo que, la literatura reciente ha descrito sobre la implementación de programas de comunicación y resolución en hospitales; además de los seguros de responsabilidad profesional, pueden ser soluciones que mitiguen el daño colateral de lesiones derivadas de la mala práctica. Pero aun es necesario hacer acciones preventivas para mejorar la atención segura de los pacientes identificando las principales causas en cada contexto, como mejorar la comunicación y la relación médico-paciente.

La paciente entre 35 y 50 años, de sexo femenino, atendida en un hospital metropolitano, en el que se le dio un diagnóstico erróneo de cáncer, infección o enfermedad cardiovascular, es más probable que demande por responsabilidad profesional. Aunque la mayoría de los casos ocurren en un ambiente hospitalario, los hallazgos respaldan la sugerencia de que es esencial prestar más atención a las iniciativas de seguridad del paciente el entorno ambulatorio, debido a que ocurre el error diagnóstico, el cual es la causa con mayor mortalidad. Por lo que, se sugiere

que los seguimientos en la consulta externa deberán ser más cercanos acorde a la patología y la pericia del médico para garantizar una atención más segura.

Los médicos hombres, que trabajan más horas, con especialidad quirúrgica o de alto riesgo, que laboran en hospitales de alta referencia y mayores de 45 años, tienen más probabilidades de ser demandados por responsabilidad profesional. Se refiere sobre este perfil de médico que todos tendrá al menos una denuncia de responsabilidad profesional antes de los 65 años. Aunque su probabilidad de tener una denuncia sea mayor, los pagos de indemnización no son tan altos como en otras especialidades, como pediatría.

En Guatemala, la responsabilidad profesional en medicina posee un vacío teórico en su legislación, por lo que no se puede ser regulada acertadamente. El Colegio de Médicos, por medio del Código Deontológico, puede sancionar por medio del Tribunal de Honor al profesional que comprobatoriamente haya recurrido a la falta de ética o atentado contra el honor o prestigio de la profesión. Aunque esas resoluciones no pueden ser tipificadas como delito, ya que, eso solo les compete a los organismos jurisdiccionales del estado.

Los organismos jurisdiccionales pueden clasificar las lesiones provocadas durante el ejercicio de la profesión únicamente como delitos culposos. Dentro de esa categoría están los homicidios o lesiones culposas, las cuales son imputadas desde la incapacidad funcional, laboral, reproductiva o de comunicación de la persona afectada. Por lo que, es necesario las modificaciones pertinentes para que se pueda exigir responsabilidad profesional en relación con sus actos sin caer en vacíos legales. Se evidencia, también, que, en Guatemala la mayoría de los casos de responsabilidad profesional son resueltos por vía extrajudicial, siendo la minoría de los casos resueltos por el Organismo Judicial.

RECOMENDACIONES

Se necesita más investigación sobre los errores clínicos que han sido causa de denuncia de responsabilidad profesional, para comprender mejor los mecanismos subyacentes a las fallas de un sistema sanitario y traducir este conocimiento en educación clínica y políticas de seguridad del paciente. Una mejor comprensión de las demandas por mala praxis podría ayudar a reducir tanto el daño al paciente como el riesgo relacionado con la responsabilidad profesional de los médicos.

La penalización en el ejercicio médico, como son los casos de responsabilidad profesional, puede reducir los eventos adversos debido a la disciplina y degradación del profesional. Sin embargo, no aborda el problema, lo que aumenta así la probabilidad que se produzcan más casos de responsabilidad profesional poniendo en riesgo a más pacientes. En lugar de culpar, se debe avanzar hacia una estructura de prevención y educación rediseñando el sistema en donde los proveedores de salud se sientan seguros de represalias.

El error diagnóstico es una de las principales causas de eventos relacionados con lesiones graves o muerte en un entorno ambulatorio. Por lo que, se recomienda que se enfoquen las iniciativas de seguridad al paciente no solo en el entorno hospitalario, también, en el seguimiento ambulatorio acorde a la patología y pericia del médico. La falta de conocimiento de los percances en el diagnóstico hace que incrementen los errores, por lo que, el aprendizaje basado por la experiencia de otros puede brindar una conciencia más generalizada de las vulnerabilidades inherentes del proceso del diagnóstico. Así mismo, se recomienda desarrollar un marco de datos epidemiológicos sobre la incidencia, factores de riesgo y situaciones de alto riesgo para los identificar las causas de casos de responsabilidad profesional a nivel institucional o nacional.

Es fundamental que el médico responsable gestione y se comunique personalmente con los pacientes. En relación con eso, se recomienda realizar talleres de enseñanza de métodos para una comunicación eficiente entre médico, paciente y familiares. Así como la mejora de la comunicación es esencial, un mejor seguimiento del paciente ayudaría a evitar que el paciente se sienta abandonado. También, es importante involucrar la participación del paciente en su tratamiento, haciendo que el paciente logre entender incluso las complicaciones impredecibles de su diagnóstico o su tratamiento. La importancia de la calidad de la información proporcionada a los pacientes sensación de satisfacción, por lo que todas estas medidas pueden reducir significativamente el número de incidentes de responsabilidad profesional.

Aun se deben enfocar las investigaciones que exploran la relación entre la salud psicológica del médico y la seguridad del paciente. Mientras que aún se pueda asumir que la

disminución del estado psicoemocional de los médicos dificulte la seguridad del paciente y que los eventos relacionados a la seguridad del paciente disminuyan el estado psicoemocional de los médicos, es necesario plantear medidas preventivas ante esta asociación bidireccional. Por lo tanto, se recomienda un diagnóstico oportuno y temprano de los médicos en mayor riesgo de padecer de síndrome de Burnout mediante vigilancia activa, principalmente en los hospitales escuela.

La responsabilidad profesional en la medicina da y dará muchas dificultades en el futuro y como se reconoció previamente, el error es parte de un sistema de factores complejos que están latentes que lo puede desencadenar un operador, siendo en esta caso el médico. Por lo que, se recomienda que se desarrolle un sistema eficiente, actualizado y moralista para la prestación de servicios. La educación y capacitación continua es esencial no solo para el personal médico, también, enfermería, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacéuticos, trabajadores sociales y otros miembros de un equipo multidisciplinario para mejorar la calidad de atención del paciente.

La falta de conocimiento del marco legal de la práctica médica y la responsabilidad profesional es una de las principales razones por las cuales pueda generar angustia al médico involucrado. Se recomienda desarrollar intervenciones educativas enfocadas en educación legal a los médicos, para anticipar dichos riesgos e informar sobre las intervenciones de apoyo antes, durante o después de los eventos adversos para prevenir su ocurrencia o mitigar su daño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cedillo M, Pacheco GR, Zelaya MM. Caracterización de la responsabilidad profesional médica, Dirección de Medicina Forense de Tegucigalpa. Rev Cienc Forenses Honduras [en línea]. 2019 Dic [citado 4 Mar 2022];5(2):3–13. Disponible en: <https://www.camjol.info/index.php/RCFH/article/view/8862>
2. Lazo A. Responsabilidad médica. Rev Med Hond [en línea]. 2004 [citado 8 Apr 2022];72:105–9. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2004/pdf/Vol72-2-2004-7.pdf>
3. Mello MM, Frakes MD, Blumenkranz E, Studdert DM. Malpractice liability and health care quality. JAMA [en línea]. 2020 Ene [citado 13 Jul 2022];323(4):352–66. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7402204/>
4. Antoci A, Fiori Maccioni A, Russu P. The ecology of defensive medicine and malpractice litigation. PLoS ONE [en línea]. 2016 Mar [citado 7 Feb 2022];11(3):e0150523. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4794151/>
5. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. N Engl J Med [en línea]. 2011 Ago [citado 7 Feb 2022];365(7):629–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa1012370>
6. Guardado JR. Medical liability claim frequency among U.S. physicians. AMA economic and health policy research [en línea]. 2017 Dic [citado 7 Feb 2022];2017–5:10. Disponible en: <https://www.ama-assn.org/sites/ama-assn.org/files/corp/media-browser/public/government/advocacy/policy-research-perspective-medical-liability-claim-frequency.pdf>
7. Kane K. Policy research perspectives medical liability claim frequency: a 2007-2008 snapshot of physicians. [en línea] Chicago: AMA; 2010 [citado 7 Ago 2022]. Disponible en: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/summary?doi=10.1.1.172.71>
8. Schaffer AC, Jena AB, Seabury SA, Singh H, Chalasani V, Kachalia A. Rates and characteristics of paid malpractice claims among US physicians by specialty, 1992-2014. JAMA InternMed [en línea]. 2017 Mayo [citado 4 Feb 2022];177(5):710–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.0311>
9. Li H, Dong S, Liao Z, Yao Y, Yuan S, Cui Y, et al. Retrospective analysis of medical malpractice claims in tertiary hospitals of China: the view from patient safety. BMJ Open

- [en línea]. 2020 Sep [citado 3 Mar 2022];10(9):e034681. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7517568/>
10. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *N Engl J Med* [en línea]. 2006 Mayo [citado 5 Mayo 2022];354(19):2024–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa054479>
 11. Navarro-Sandoval C, Arones-Guevara S, Carrera-Palao R, Casana-Jara K, Colque-Jaliri T. Estudio de las denuncias penales por responsabilidad profesional médica en el Instituto de Medicina Legal de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [en línea]. 2013 Jul [citado 4 Ago 2021];30(3):408–14. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342013000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 12. Álvarez González F, Hidalgo Salvador E, Sánchez del Castillo D, García Pérez H. Estudio retrospectivo de las denuncias por malpraxis médica en la provincia de Málaga. *Cuad Med Forense* [en línea]. 2007 Ene [citado 7 Feb 2022];(47):9–19. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-76062007000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 13. Bitencourt AGV, Neves NMBC, Neves FBCS, Brasil ISP de S, Santos LSC dos. Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. *Rev Bras Educ Médica* [en línea]. 2007 Dic [citado 7 Feb 2022];31:223–8. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/rbem/a/4QNKPdGc7fcrMprDBkp6qf/?lang=pt>
 14. Singh H, Thomas EJ, Petersen LA, Studdert DM. Medical errors involving trainees: a study of closed malpractice claims from 5 insurers. *ArchInternMed* [en línea]. 2007 Oct [citado 7 Feb 2022];167(19):2030–6. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archinte.167.19.2030>
 15. Arimany-Manso J, Vizcaíno M, Gómez-Durán EL. El síndrome clínico judicial: el impacto de los procedimientos judiciales en los médicos. *Med Clínica* [en línea]. 2018 Ago [citado 7 Feb 2022];151(4):156–60. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-el-sindrome-clinico-judicial-el-S0025775318301568>
 16. National Association of Insurance Commissioners. Guideline for implementation of medical professional liability closed claim reporting [en línea]. Misuri: NAIC; 2010 Oct [citado 17 Ago 2021]. (NAIC Model Laws, Regulations, Guidelines and Other Resources).

- Report No.: 1077–1. Disponible en: <https://content.naic.org/sites/default/files/inline-files/GDL-1077.pdf>
17. Guatemala. Congreso de la República. Código Civil de Guatemala Decreto ley número 106 [en línea] Guatemala: Diario de Centroamérica; 1963 [citado 1 Feb 2022] Disponible en: <https://mcd.gob.gt/wp-content/uploads/2013/07/codigo-civil.pdf>
 18. Guatemala. Congreso de la República. Código Penal de Guatemala Decreto 17-73. [en línea] Guatemala: El Congreso; 1973 [citado 1 Feb 2021]; Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/Codigo_Penal_Guatemala.pdf
 19. Lazcano GP. Responsabilidad penal culposa del médico: fundamentos para el establecimiento de la negligencia o impericia. Rev. Latinoam. Der. Méd. Leg. [en línea] 2002 [citado 2022 Mar 4];7(1):89-86. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rldmml/v6-7n2-1/art10.pdf>
 20. Săraru IC. Medical malpractice regulation. Civil, administrative, and criminal liability. Romanian J Ophthalmol [en línea]. 2018 [citado 8 Apr 2022];62(2):93–5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6117522/>
 21. Rodziewicz TL, Houseman B, Hipskind JE. Medical error reduction and prevention. En: StatPearls [en línea]. Florida: StatPearls; 2022 [citado 31 Jul 2022]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
 22. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system [en línea]. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000 [citado 3 Mar 2022]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
 23. Oyebo F. Clinical errors and medical negligence. MedPrinc Pr [en línea]. 2013 [citado 21 Feb 2022];22(4):323–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1159/000346296>
 24. García-Solís E, Gómez-Vázquez P, Arispe-Castillo LM. Negligencia, imprudencia, impericia: Análisis de casos 2010 - 2014 en la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Campeche. RevConamed [en línea] 2015 [citado 4 Mar 2022];20(3):111-116. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2015/con153c.pdf>
 25. Vera Carrasco O. Aspectos éticos y legales en el acto médico. Rev Médica Paz [en línea]. 2013 Dic [citado 4 Mar 2022];19(2):73–82. Disponible en:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-89582013000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

26. Jorge Miguez A. La responsabilidad médica: una preocupación de todos. *MediSur* [en línea]. 2010 Feb [citado 4 Mar 2022];8(1):1–2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-897X2010000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
27. Berlin L. Medical errors, malpractice, and defensive medicine: an ill-fated triad. *DiagnBerl* [en línea]. 2017 Sep [citado 24 Feb 2022];4(3):133–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1515/dx-2017-0007>
28. Miziara ID, Miziara CSMG. Medical errors, medical negligence and defensive medicine: A narrative review. *Clinics* [en línea]. 2022 Ene [citado 29 Ago 2022];77:100053. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1807593222005026>
29. Danzon PM. Liability for medical malpractice. *J EconPerspect* [en línea]. 1991 [citado 12 Apr 2022];5(3):51–69. Disponible en: <https://pubs.aeaweb.org/doi/pdfplus/10.1257/jep.5.3.51>
30. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. *N Engl J Med* [en línea]. 1991 Feb [citado 3 Mar 2022];324(6):377–84. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240605>
31. Bishop TF, Ryan AM, Casalino LP. Paid malpractice claims for adverse events in inpatient and outpatient settings. *JAMA* [en línea]. 2011 Jun [citado 14 Jul 2022];305(23):2427–31. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2011.813>
32. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [en línea]. Ginebra: who.int. 2019 [citado 20 Ago 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
33. James JT. A New, Evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J PatientSaf* [en línea]. 2013 Sep [citado 24 Ene 2022];9(3):122–8. Disponible en: https://journals.lww.com/journalpatientsafety/Fulltext/2013/09000/A_New,_Evidence_based_Estimate_of_Patient_Harms.2.aspx
34. Burns J, Shrader MW, Boan C, Belthur M. Characteristics of medical professional liability claims in pediatric orthopedics. *J PatientSaf* [en línea]. 2021 Dic [citado 4 Mar 2022];17(8):e1088. Disponible en:

https://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/2021/12000/Characteristics_of_Medical_Professional_Liability.59.aspx

35. Ruhl DS, Littlefield PD. Updates in medical malpractice: an otology perspective. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* [en línea]. 2015 Oct [citado 29 Ago 2022];23(5):348–54. Disponible en: https://journals.lww.com/otolaryngology/Fulltext/2015/10000/Updates_in_medical_malpractice__an_otology.6.aspx
36. Russa RL, Viola RV, D'Errico S, Aromatario M, Maiese A, Anibaldi P, et al. Analysis of inadequacies in hospital care through medical liability litigation. *Int J Environ Res Public Health* [en línea]. 2021 Apr [citado 16 Mayo 2022];18(7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8037280/>
37. Giménez Pérez D, Pujol-Robinat A, Castellá García J, Espinal Berenguer A, Vázquez Fariñas A, Medallo Muñoz J. Denuncias por responsabilidad profesional médica en Barcelona (2004-2009). Análisis médico-forense. *Rev Esp Med Leg* [en línea]. 2020 Apr [citado 4 Mar 2022];46(2):56–65. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0377473219300446>
38. Aguirre-Gas H, Campos-Castolo EM, Carrillo-Jaimes A, Zavala-Suárez E, Fajardo-Dolci G. Análisis crítico de quejas conamed, 1996-2007. *Rev CONAMED* [en línea]. 2008 [citado 29 Ago 2022];13(2):5–16. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=60600>
39. Noguera MF, Mancera MÁ, Ramírez FS, Rabadan CE, Calvo O. Análisis de 7 años de la queja en gineco-obstetricia por la Comisión Estatal de Arbitraje Médico en Oaxaca, México. *Rev Chil Obstet Ginecol* [en línea]. 2015 Dic [citado 29 Ago 2022];80(6):450–5. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262015000600004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
40. Baungaard N, Skovvang PL, AssingHvidt E, Gerbild H, Kirstine Andersen M, Lykkegaard J. How defensive medicine is defined in European medical literature: a systematic review. *BMJ Open* [en línea]. 2022 [citado 7 Feb 2022];12(1):e057169. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8783809/>
41. Kakemam E, Arab-Zozani M, Raeissi P, Albelbeisi AH. The occurrence, types, reasons, and mitigation strategies of defensive medicine among physicians: a scoping review. *BMC*

- HealthServ Res [en línea]. 2022 Jun [citado 9 Ago 2022];22(1):800. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08194-w>
42. Reschovsky JD, Saiontz-Martinez CB. Malpractice claim fears and the costs of treating medicare patients: a new approach to estimating the costs of defensive medicine. HealthServ Res [en línea]. 2018 Jun [citado 7 Feb 2022];53(3):1498–516. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5980310/>
43. Baungaard N, Skovvang PL, Hvidt EA, Gerbild H, Andersen MK, Lykkegaard J. How defensive medicine is defined in European medical literature: a systematic review. BMJ Open [en línea]. 2022 Ene [citado 30 Ago 2022];12(1):e057169. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/12/1/e057169>
44. Flows C. Defensive medicine: acure worse than the disease. Forbes. [en línea]. 2013 Ago [citado 24 Ene 2022]. Disponible en: <https://www.forbes.com/sites/realspin/2013/08/27/defensive-medicine-a-cure-worse-than-the-disease/>
45. Newman-Toker DE, Schaffer AC, Yu-Moe CW, Nassery N, Tehrani ASS, Clemens GD, et al. Serious misdiagnosis-related harms in malpractice claims: The “Big Three” – vascular events, infections, and cancers. Diagnosis [en línea]. 2019 Sep [citado 16 Mayo 2022];6(3):227–40. Disponible en: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/dx-2019-0019/html>
46. Schiff GD, Volodarskaya M, Ruan E, Lim A, Wright A, Singh H, et al. Characteristics of disease-specific and generic diagnostic pitfalls: a qualitative study. JAMA Netw Open [en línea]. 2022 Ene [citado 31 Jul 2022];5(1):e2144531. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.44531>
47. Raeissi P, Taheri mirghaed M, Sepehrian R, Afshari M, Rajabi MR. Medical malpractice in Iran: A systematic review. Med J Islam Repub Iran [en línea]. 2019 Oct [citado 15 Ago 2022];33:110. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6946923/>
48. Brown TW, McCarthy ML, Kelen GD, Levy F. An Epidemiologic study of closed emergency department malpractice claims in a national database of physician malpractice insurers. Acad EmergMed [en línea]. 2010 [citado 16 Mayo 2022];17(5):553–60. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1553-2712.2010.00729.x>
49. Watari T, Tokuda Y, Mitsuhashi S, Otuki K, Kono K, Nagai N, et al. Factors and impact of physicians’ diagnostic errors in malpractice claims in Japan. PLoS ONE [en línea]. 2020

- Ago [citado 13 Jul 2022];15(8):e0237145. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7398551/>
50. Lv H, Li D, Li C, Yuwen P, Hou Z, Chen W, et al. Characteristics of the medical malpractice cases against orthopedists in China between 2016 and 2017. PLoS ONE [en línea]. 2021 Mayo [citado 17 Ago 2022];16(5):e0248052. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8115811/>
51. Najaf-Zadeh A, Dubos F, Pruvost I, Bons-Letouzey C, Amalberti R, Martinot A. Epidemiology and aetiology of paediatric malpractice claims in France. ArchDis Child [en línea]. 2011 Feb [citado 3 Mar 2022];96(2):127–30. Disponible en: <https://adc.bmj.com/content/96/2/127>
52. Arimany-Manso J, Benet-Travé J, Bruguera-Cortada M, Torné-Escasany R, Klamburg-Pujol J, Gómez-Durán EL. Procedimientos quirúrgicos objeto de reclamación por presunto defecto de praxis. Med Clínica [en línea]. 2014 Mar [citado 4 Mar 2022];142:47–51. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775314700727>
53. Grettchen Flores S. Complicaciones en receptores de trasplante hepático. Rev Clínica Esc Med UCR-HSJD [en línea]. 2020 Sep [citado 5 Mar 2022];10(2). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/34630>
54. Douglas RN, Stephens LS, Posner KL, Davies JM, Mincer SL, Burden AR, et al. Communication failures contributing to patient injury in anaesthesia malpractice claims. Br J Anaesth [en línea]. 2021 Sep [citado 26 Jul 2022];127(3):470–8. Disponible en: [https://www.bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(21\)00349-4/fulltext](https://www.bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(21)00349-4/fulltext)
55. Jena AB, Chandra A, Seabury SA. Malpractice risk among US pediatricians. Pediatrics [en línea]. 2013 Jun [citado 11 Ago 2022];131(6):1148–54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3666113/>
56. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. N Engl J Med [en línea]. Mayo 2006 [citado 3 Feb 2022];354:2024–2033. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMsa054479>
57. Austin EE, Do V, Nullwala R, Fajardo Pulido D, Hibbert PD, Braithwaite J, et al. Systematic review of the factors and the key indicators that identify doctors at risk of complaints, malpractice claims or impaired performance. BMJ Open [en línea]. 2021 Ago [citado 7 Mar

- 2022];11(8):e050377. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8386219/>
58. Unwin E, Woolf K, Wadlow C, Potts HWW, Dacre J. Sex differences in medico-legal action against doctors: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med* [en línea]. 2015 Ago [citado 4 Feb 2022];13:172. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4535538/>
59. Hanganu B, Iorga M, Pop LM, Ioan BG. Socio-demographic, professional and institutional characteristics that make romanian doctors more prone to malpractice complaints. *Medicina (Mex)* [en línea]. 2022 Feb [citado 4 Mar 2022];58(2):287. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8878102/>
60. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* [en línea]. 1997 Feb [citado 8 Jul 2022];277(7):553–9. Disponible en:
<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/414233>
61. Pereira-Lima K, Mata DA, Loureiro SR, Crippa JA, Bolsoni LM, Sen S. association between physician depressive symptoms and medical errors. *JAMA Netw Open* [en línea]. 2019 Nov [citado 9 Ago 2022];2(11):e1916097. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6902829/>
62. Al-Ghunaim TA, Johnson J, Biyani CS, Alshahrani KM, Dunning A, O'Connor DB. Surgeon burnout, impact on patient safety and professionalism: A systematic review and meta-analysis. *Am J Surg* [en línea]. 2022 Jul [citado 29 Ago 2022];224(1A):228–38. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002961021007595>
63. Montañez M, Sánchez N. Síndrome de burnout: prevalencia y factores de riesgo en residentes de especialidades médicas y quirúrgicas de La Universidad El Bosque [tesis Psiquiatría]. Bogotá: Universidad El Bosque; 2020 [citado 8 Ago 2022]. Disponible en: https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/4102/Monta%C3%B1ez_Restrepo_Maria_Isabel_%20Sanchez_Cruz_Nicolas%20%281%29.pdf?sequence=7&isAllowed=y
64. Studdert DM, Bismark MM, Mello MM, Singh H, Spittal MJ. Prevalence and characteristics of physicians prone to malpractice claims. *N Engl J Med* [en línea]. 2016 Ene [citado 28 Feb 2022];374(4):354–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa1506137>

65. Yamamoto N, Sukegawa S, Watari T. Impact of system and diagnostic errors on medical litigation outcomes: machine learning-based prediction models. *Healthcare* [en línea]. 2022 Mayo [citado 30 Ago 2022];10(5):892. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/5/892>
66. Ghaith S, Campbell RL, Pollock JR, Torbenson VE, Lindor RA. Medical malpractice lawsuits involving trainees in obstetrics and gynecology in the USA. *Healthcare* [en línea]. 2022 Jul [citado 29 Ago 2022];10(7):1328. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/7/1328>
67. Momblanc LC, Momblanc YQ. La responsabilidad penal médica. Tratamiento teórico-doctrinal. *RevStas UNLP* [en línea]. 2018 Dic [citado 5 Mar 2022];27. Disponible en: <https://revistas.unlp.edu.ar/RevistaAnalesJursoc/article/view/4962>
68. Ochoa M. análisis jurídico de la ausencia de regulación legal de la mala práctica médica [tesis Ciencias Jurídicas y Sociales]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales; 2011 [citado 30 Mar 2022]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/04/04_9059.pdf
69. Colegio de Médicos y Cirujanos. Tribunal de Honor. Código Deontológico [en línea]. Guatemala: Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala; 2017 Ago [citado 4 Mar 2022]. Disponible en: <https://colmedegua.org/web/wp-content/uploads/2017/08/C%C3%93DIGO-DEONTOL%C3%93GICO.pdf>
70. Colegio de Médicos y Cirujanos. Tribunal de Honor. Reglamento del Tribunal de Honor [en línea]. Guatemala: Colegio de Médicos y Cirujanos; 2013 [citado 4 Mar 2022]. Disponible en: http://colmedegua.org/web/wp-content/uploads/2017/03/REGLAMENTO_DE_JUZGAMIENTO_DE_FALTAS.pdf
71. Chávez DMS. El encuadramiento erróneo de la negligencia médica en el delito de lesiones [tesis Ciencias Jurídicas y Sociales]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Jurídicas y Ciencias Sociales; 2012 [citado 15 Feb 2022]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/04/04_9709.pdf
72. Del Campo F. El ejercicio de la medicina y su entorno legal. *Cir. plást. Iberolatinoam* [en línea] 2018 Jun [citado 14 Nov 2021];44(2):123-130. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922018000200002>
73. Rodas R. Naturaleza Jurídica de los documentos privados suscritos por los pacientes o sus familiares con los centros de asistencia médica y hospitalarios y sus consecuencias

- jurídicas [tesis Ciencias Jurídicas y Sociales]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales; 2007 [citado 15 Feb 2022]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/04/04_6935.pdf
74. Atz Alvarez BA. Consideraciones sobre la necesidad de crear una ley especial que regule los servicios profesionales médicos, para evitar acciones iatrogénicas sobre los pacientes atendidos. [tesis Ciencias Jurídicas y Sociales]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales; 2015 [citado 14 Nov 2021]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/04/04_12496.pdf
75. Guatemala. Instituto Nacional de Ciencias Forenses. Historia [en línea]. Guatemala: INACIF; 2018 [citado 26 Ago 2021]. Disponible en: <https://www.inacif.gob.gt/index.php/inacif/historia>
76. Guatemala. Instituto Nacional de Ciencias Forenses. Datos numéricos - Información mensual [en línea]. Guatemala: INACIF; 2011 [citado 29 Ago 2022]. Disponible en: <https://www.inacif.gob.gt/index.php/datos-numericos/informacion-mensual>
77. Beca J. La relación médico-paciente en el siglo 21. Rev Chil Enferm Respir [en línea]. 2018 [citado 26 Jul 2022];(34):209–11. Disponible en: <http://revchilenfermrespir.cl/pdf/S0717-73482018000400209.pdf>
78. Pekonen A, Eloranta S, Stolt M, Virolainen P, Leino-Kilpi H. Measuring patient empowerment – A systematic review. PatientEducCouns [en línea]. 2020 Apr [citado 31 Jul 2022];103(4):777–87. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399119304768>
79. World Health Organization, United Nations Children’s Fund (UNICEF). WASH FIT: manual for trainers [en línea]. Ginebra: WHO; 2022 [citado 31 Jul 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353805>
80. Kachalia A, Sands K, Niel MV, Dodson S, Roche S, Novack V, et al. Effects of a communication-and-resolution program on hospitals’ malpractice claims and costs. HealthAff (Millwood) [en línea]. 2018 Nov [citado 1 Ago 2022];37(11):1836–44. Disponible en: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2018.0720>
81. Kachalia A, Kaufman SR, Boothman R, Anderson S, Welch K, Saint S, et al. Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. Ann InternMed [en línea]. 2010 Ago [citado 29 Ago 2022];153(4):213–21. Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-153-4-201008170-00002>

82. Oxom L de M. Responsabilidad civil y penal en la práctica médica. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1993 [citado 14 Mar 2022]. Disponible en: <http://bibliomed.usac.edu.gt/tesis/pre/1993/269.pdf-es>.

APÉNDICES Y ANEXOS

Apéndice A. Términos de búsqueda

| DeCS | MeSH | Calificadores | Conceptos relacionados | Operadores lógicos |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| "mala praxis"; "impericia"; "mala práctica"; "negligencia"; "negligencia profesional"; "responsabilidad médica"; "medicina defensiva"; "seguridad del paciente" | "malpractice"; "medical liability"; "negligence"; "professional negligence"; "professional misconduct"; "defensive medicine"; "patient safety" | mala práctica médica, responsabilidad profesional, medicina defensiva, litigaciones, especialidad médica, médico denunciado | impericia, negligencia, imprudencia, error médico, medicolegal, denuncia, demandas medicolegales | AND |
| | | | | ("medical" AND "liability") ("trainees" AND "malpractice") ("medicolegal" AND "claims") ("malpractice" AND "physician specialty") ("medical" AND "malpractice" AND "litigations") |
| | | | | NOT |
| | | | | "nursery", "nursing" |
| | | | | OR |
| ("medic" OR "medical" AND "malpractice") ("malpractice" OR "malpractices") | | | | |

Fuente: Elaboración propia.

Apéndice B. **Matriz del tipo de artículos utilizados según el nivel de evidencia**

| Tipo de estudio | Término utilizado | Número de artículos |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Artículos utilizados | --- | 82 |
| Revisión sistemática | ((medical) AND (malpractice)) NOT (nursing) AND (2010:2022[pdat]) ((medical liability) AND (claims)) NOT (nursing) AND (2010:2022[pdat]) | 33 |
| Transversal descriptivo | ((medical) AND (malpractice)) NOT (nursing) AND (2010:2022[pdat]) ((medical liability) AND (claims)) NOT (nursing) AND (2010:2022[pdat]) | 12 |
| Casos y controles | ((medical) AND (malpractice)) NOT (nursing) AND (2010:2022[pdat]) ((medical liability) AND (claims)) NOT (nursing) AND (2010:2022[pdat]) | 1 |
| Revisión bibliográfica | ((medical) AND (malpractice)) NOT (nursing) AND (2010:2022[pdat]) ((medical liability) AND (claims)) NOT (nursing) AND (2010:2022[pdat]) | 19 |
| Documentos | --- | 8 |
| Tesis | (malapraxis) AND (litigios) AND (negligencia médica) AND (responsabilidad profesional) | 6 |
| Libros | (malpraxis) AND (adverse event) | 2 |
| Estudio predictivo | (diagnostic error) AND (medical litigations) | 1 |

Fuente: Elaboración propia.

Apéndice C. **Matriz consolidativa de literatura gris**

| Tema del libro | Acceso | Localización | Total, de libros en la biblioteca | Número de documentos utilizados |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|
| Reducción y prevención de errores médicos | StatPearls [Internet]. | https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/ | --- | 1 |
| Errar es humano: Construyendo un sistema de salud más seguro | National Library of Medicine | https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/ | --- | 1 |

Fuente: Elaboración propia.

Apéndice D. **Matriz consolidativa de datos de buscadores y términos utilizados**

| Buscadores | Términos utilizados y operadores lógicos | | |
|------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| | Español | Inglés | |
| Pubmed | | MeSH Terms: Medical AND Malpractice | |
| | | MeSH Terms: Defensive medicine AND Physicians | |
| | | MeSH Terms: Diagnostic error AND Litigation | |
| | | MeSH Terms: Negligence AND insurance | |
| | | MeSH Terms: Clinical AND negligence | |
| | | MeSH Terms: Medical AND error AND claims | |
| | | MeSH Terms: Patient safety AND medical error | |
| | | MeSH Terms: Malpractice AND liability AND claims AND medicine | |
| | | MeSH Terms: Medical AND liability | |
| Cochrane | | MeSH Terms: Trainees AND malpractice | |
| | | MeSH Terms: Medicolegal AND claims | |
| | | MeSH Terms: Malpractice AND physicians AND speciality | |
| | | MeSH Terms: Malpractice AND Litigations | |
| | | Medical AND Malpractice | |
| | | Defensive medicine AND Physicians | |
| | DOAJ | | Medical AND Malpractice |
| | | | Defensive medicine AND Physicians |
| | | | Diagnostic error AND Litigation |
| ScienceDirect | | Negligence AND insurance | |
| | | Medical AND Malpractice | |
| | Negligencia AND médica | Clinical AND negligence | |
| | | Medical AND error AND claims | |
| | | Defensive medicine AND Physicians | |
| | | Patient safety AND medical error | |
| | Responsabilidad profesional AND medicina | Malpractice AND liability AND claims AND medicine | |
| | Defecto de praxis | | |
| | Síndrome clínico judicial | | |
| Google académico | Términos DeCs: Responsabilidad profesional AND medicina | Términos DeCs: Medical AND liability | |
| | Términos DeCs: Mala praxis AND medicina | Términos DeCs: Medical AND Malpractice | |
| | Términos DeCs: Negligencia AND médica | | |
| | Términos DeCs: Medicina defensiva | Términos DeCs: Defensive medicine AND Physicians | |
| | Términos DeCs: Seguridad del paciente AND error médico | Términos DeCs: Patient safety AND medical error | |
| | | | |
| Scielo | Términos DeCs: Responsabilidad profesional AND medicina | | |
| | Términos DeCs: Mala praxis AND medicina | | |
| | Términos DeCs: Negligencia AND médica | | |
| | Términos DeCs: Medicina defensiva | | |

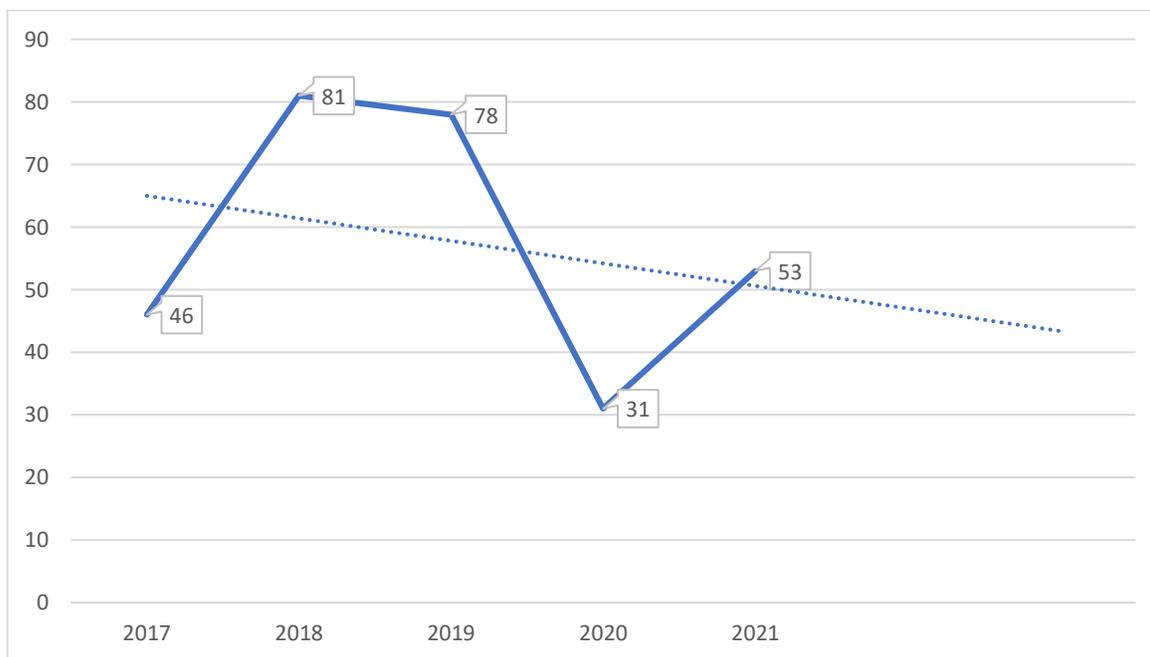
Fuente: Elaboración propia.

**Tabla I. Especialidades médicas más frecuentes asociadas
en casos de responsabilidad profesional**

| Estudio | 1° | % | 2° | % | 3° | % | 4° | % | 5° | % | N |
|---------------------------------|------------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|----------|---------------------|----------|---------------------|----------|----------|
| Studdert (2006) EE. UU. | Gineco- obstetricia | 19 | Cirugía general | 17 | Medicina general | 16 | Ortopedia | 8 | Neurocirugía | 5 | 1452 |
| Jena (2011) EE. UU. | Neurocirugía | 19 | Cirugía Cardiotorácica | 19 | Cirugía general | 15 | Ortopedia | 14 | Cirugía plástica | 13 | 233 738 |
| Arimany (2013) España | Ortopedia | 16 | Gineco- obstetricia | 13 | Cirugía general | 8 | Oftalmología | 7 | Cirugía plástica | 6 | 5246 |
| Studdert (2016) EE. UU. | Medicina Interna | 15 | Gineco- obstetricia | 13 | Cirugía general | 12 | Medicina general | 11 | Ortopedia | 7 | 54 099 |
| Raeissi (2019) Irán | Gineco- obstetricia | 43 | Ortopedia | 21 | cirugía General | 9 | Oftalmología | 9 | Anestesiología | 6 | 3997 |
| Watari (2020) (Japón) | Medicina Interna | 24 | Gineco- obstetricia | 19 | Cirugía general | 19 | Ortopedia | 9 | Pediatría | 7 | 1802 |
| La Russa (2021) Italia | Ortopedia | 17 | Urgenciología | 13 | Cirugía general | 11 | Neurocirugía | 8 | Radiología | 4 | 567 |
| Noguera et al. (2015) México | Gineco- obstetricia | 23 | Cirugía general | 10 | Ortopedia | 9 | Medicina general | 8 | Odontología | 8 | 432 |

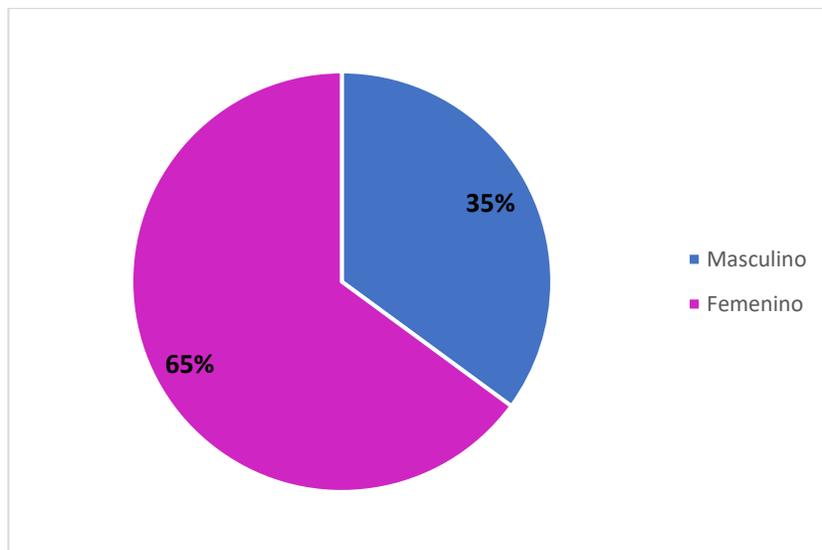
Fuente: Elaboración propia con datos tomados recopilados de estudios utilizados en la presente monografía.

Figura 1. Distribución por año de las solicitudes de auditoría por presunta responsabilidad profesional a nivel nacional del 2017-2021



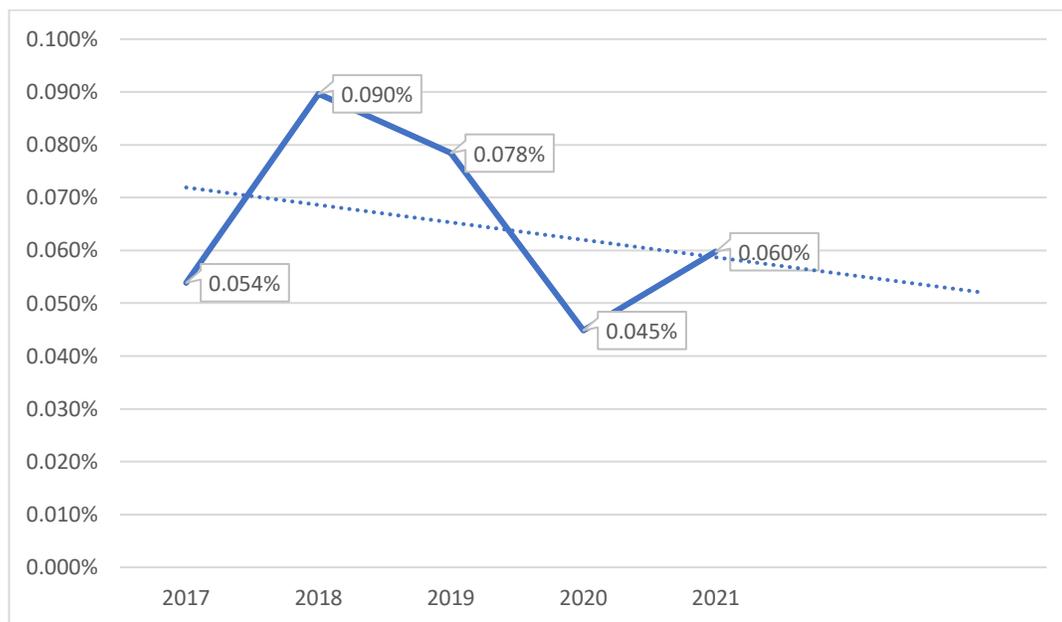
Fuente: Elaboración propia con datos recopilados de la página web del INACIF de información pública.

Figura 2. Proporción por sexo de las solicitudes de auditoría por presunta responsabilidad profesional a nivel nacional del 2017-2021



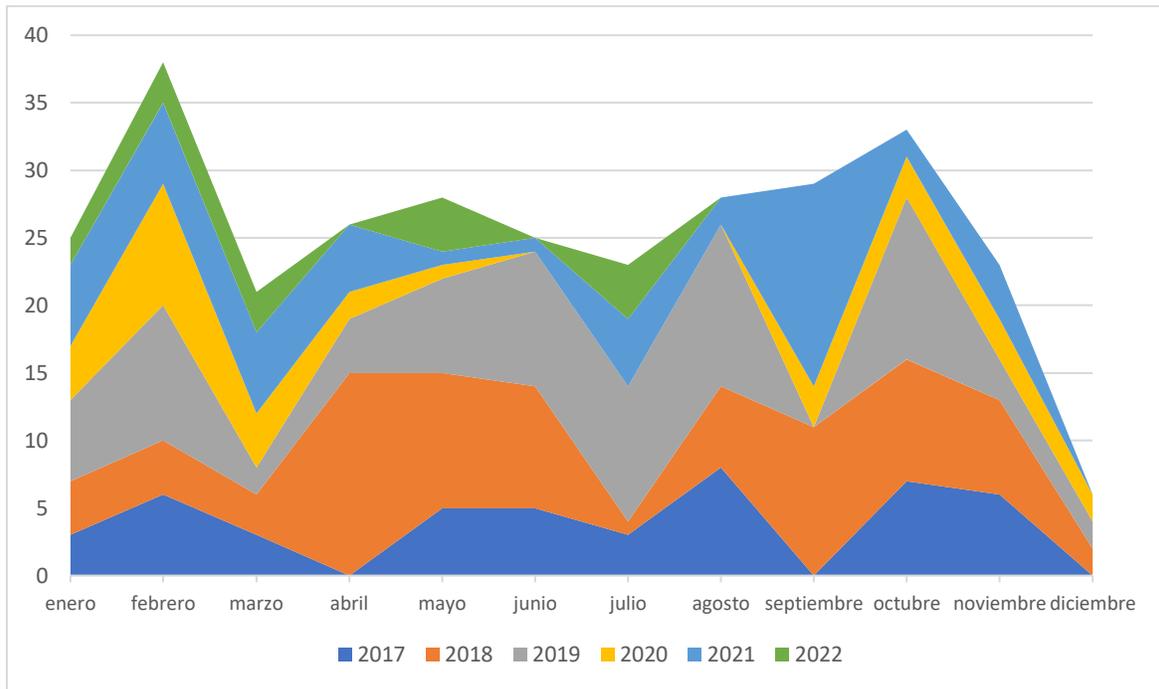
Fuente: Elaboración propia con datos recopilados de la página web del INACIF de información pública.

Figura 3. Prevalencia de las solicitudes de auditoría por presunta responsabilidad profesional sobre el total de denuncias a nivel nacional del 2017-2021



Fuente: Elaboración propia con datos recopilados de la página web del INACIF de información pública.

Figura 4. Distribución de frecuencias por mes de solicitudes de auditoría por presunta responsabilidad profesional a nivel nacional del 2017-2021



Fuente: Elaboración propia con datos recopilados de la página web del INACIF de información pública.

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Apéndices

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|----|
| A. Términos de búsqueda | 45 |
| B. Matriz del tipo de artículos utilizados | 46 |
| C. Matriz consolidativa de literatura gris | 47 |
| D. Matriz consolidativa de datos de buscadores y términos utilizados | 48 |

Tablas

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| I. Especialidades médicas más frecuentes asociadas en casos de responsabilidad profesional | 49 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

Figuras

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Distribución por año de las solicitudes de auditoría..... | 50 |
| 2. Proporción por sexo de las solicitudes de auditoría | 51 |
| 3. Prevalencia de las solicitudes de auditoría | 52 |
| 4. Distribución de frecuencias por mes de solicitudes de auditoría | 53 |