

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CONOCIMIENTO DE JURISPRUDENCIA MEDICA POR EL  
MEDICO DEL AREA METROPOLITANA DE LA CIUDAD  
DE GUATEMALA"

TESIS

PRESENTADA A LA HONORABLE JUNTA DIRECTIVA DE LA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

P O R

HILDALGO WERNER AUGUSTO FIGUEROA BENAVENTE

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 1994.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

05  
T(7293)



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 6 de septiembre

de 1994

**Director Unidad de Tesis**

Centro de Investigaciones de las Ciencias  
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: MAESTRO DE EDUCACION PRIMARIA RURAL FIGUEROA BENAVENTE  
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos

HIDALGO WERNER AUGUSTO

Carnet No. 8613471

completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

"CONOCIMIENTOS DE JURISPRUDENCIA MEDICA POR EL MEDICO DEL AREA METROPOLITANA".

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Firma del estudiante

Asesor

Firma y sello personal

Dr. MIGUEL ANTONIO CHACON DELAROS

COL. No. 1433

Revisor

Firma y sello

Registro Personal 11367

Dr. JAVIER ISMAEL OAJAJA G.

MEDICO Y CIRUJANO

Colegiado No. 4456

PATOLOGO ANATOMICO

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E   C O N S T A R   Q U E :

El (La) Bachiller: HIDALGO WERNER AUGUSTO FIGUEROA BENAVENTE.-

Carnet Universitario No. 86-13471

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al  
Titulo de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:  
"CONOCIMIENTOS DE JURISPRUDENCIA MEDICA POR EL MEDICO DEL AREA METROPOLITANA"

Trabajo asesorado por: DR. MIGUEL ANTONIO CHACON BOLAÑOS.-

y revisado por: DR. JAVIER ISMAEL GAJANA G.  
quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,  
firma y sella la presente

ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 6 de Septiembre de 1994

DR. EDGAR R. DE LEON BARRILLAS  
Por Unidad de Tesis

DR. RAUL CASTILLO RODAS  
DIRECTOR  
CENTRO DE INVESTIGACIONES  
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRESA :

Dr. Edgar Axel Oliva González  
D E C A N O



## INDICE DE CONTENIDOS

	Pag.
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA.	2
III. JUSTIFICACION	4
IV. OBJETIVOS	5
V. REVISION BIBLIOGRAFICA.	6
VI. MATERIALES Y METODOS	25
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	34
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	44
IX. CONCLUSIONES	48
X. RECOMENDACIONES.	49
XI. RESUMEN	50
XII. BIBLIOGRAFIA	51
XIII. ANEXOS	54

## I. INTRODUCCION

La jurisprudencia médica o derecho médico comprende el estudio de las normas legales que rigen el ejercicio de la medicina (18), está comprendida dentro de la Medicina Legal y se divide en los siguientes aspectos: a) Etica o Deontología médica, b) Ejercicio legal e ilegal de la medicina, c) Responsabilidad médica, d) Secreto médico, e) Honorarios médicos, f) Certificados médicos y g) Pericias médico-legales.(5)

Estudios realizados en el gremio médico de Argentina, Brasil y en estudiantes del último año de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala demuestran que hay desconocimiento generalizado de las normas legales y morales que rigen el ejercicio de la medicina.(4,9,13,15,18,21,25)

El objetivo del presente estudio, fue evaluar el grado de conocimientos que los médicos, del área metropolitana de la ciudad capital de Guatemala tienen sobre jurisprudencia médica y determinar el porcentaje de éstos que se han visto implicados en demandas civiles o penales por el ejercicio de su profesión y sugerir soluciones viables al problema ya que no existían estudios similares.

El estudio se realizó en el área geográfica que comprende los municipios de Guatemala, Mixco, Villa Nueva, Amatitlán, San Juan Sacatepéquez, San José Pinula y Chinautla todos comprendidos dentro del departamento de Guatemala, entre los meses de junio y julio de 1994, los sujetos de estudio fueron 48 médicos interesados en participar en el estudio y cuya residencia y/o clínica se ubicaba dentro de este perímetro, fueron elegidos aleatoriamente dentro de un total de 6248 que son el total registrados en el directorio del Colegio de Médicos y Cirujanos para el año de 1994.

Se efectuó una revisión de las leyes y reglamentos que rigen el ejercicio profesional de la medicina en América, particularmente en Guatemala; en tal contexto era necesario conocer los antecedentes de la jurisprudencia como parte de la medicina legal.

Es importante enfatizar que todo profesional de la medicina debe ejercer decorosamente su profesión, apegándose a la ley y nunca alegar su ignorancia para realizar o justificar hechos que menoscaben su misión eminentemente benéfica y humanitaria.

## II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Desde el punto de vista doctrinario, puede decirse que la responsabilidad es **la condición y la cualidad de personas libres, conscientes del valor de sus actos, que, como autor y causa de ellos, está obligado a responder de su conducta ante Dios, ante su conciencia y ante la sociedad.** Dicha responsabilidad puede definirse como: "la obligación que se le impone a toda persona de responder, reparar o satisfacer de alguna manera el daño que haya ocasionado libremente a un tercero, bien por haber cometido un acto ilícito, bien por haberse abstenido de ejecutar lo que la ley moral o civil le ordenaba cumplir". No existe para el profesional de la medicina un solo tipo de responsabilidad sino varios, así encontramos que algunos autores exponen que la responsabilidad puede ser **moral y legal: y esta última, a su vez, civil y penal.** (10) Pero desde hace siglos los códigos de ética médica se han centrado en el comportamiento adecuado del médico hacia los pacientes como individuos, ignorando casi por completo la responsabilidad del médico para con la sociedad; de ignorar esa responsabilidad se ha ignorado que al atender las necesidades del paciente se atienden las necesidades de la sociedad, lo mismo que al hacer un daño. Nace de esta relación tácita la vinculación entre medicina y derecho dando origen al "**derecho médico**"; que es el estudio de las normas legales que rigen el ejercicio de la medicina. Algunos autores prefieren la denominación de **jurisprudencia médica.**(17)

Del conocimiento profundo y conciente de nuestros derechos y obligaciones morales y legales, como médicos y ciudadanos se esperaría que redundasen en conductas correctas. Desafortunadamente se demostró que hay un desconocimiento muy alto de estos tópicos entre los médicos de Argentina, Brasil y Guatemala. (4,9,13,15,18,25). Lo que podría desembocar en conductas incorrectas o actos ilícitos por imprudencia, impericia y negligencia.

En América Latina periódicos y revistas son dos vehículos de información, que divulgan de forma sensacionalista errores y crímenes de médicos. De esta realidad nace una crisis económica, que atinge a la clase médica, y estos intereses dan visa a una institución conocida como "seguro médico", ya existente en otros países. Todos esos aspectos crean desconfianza mutua entre los médicos y la sociedad (18). Es evidente que en el extranjero el médico se ha cubierto en contra de las acusaciones, sometiendo a su paciente a innumerables exploraciones que buscan cubrir eventuales errores; así lo demuestra un estudio, realizado retrospectivamente desde 1978 a 1983, en el estado de La Florida, que encontró que aproximadamente 50% de los cirujanos del estado tenían una demanda archivada contra ellos; además que las demandas cerradas por mala práctica se incrementaban cada año sin importar la especialidad y tuvieron en promedio un pago de 300,000 dólares por médico (20). Es imperioso luchar porque en América Latina, particularmente en Guatemala, no se produzca una situación así, que no solo deterioraría aún más las relaciones con los pacientes, sino que por temor al litigio esté en declinación el buen samaritano. El nacimiento de los juicios por mala práctica obviamente provocaría

un encarecimiento de los servicios médicos enorme y haría nacer una gran desconfianza del médico y para cada uno de sus pacientes, los que, mientras no se demostrara lo contrario, serían potencialmente acusadores (22).

El fortalecimiento y restructuración de el pensum en cada facultad de medicina es una necesidad imperiosa y dentro de ello el de la Medicina Legal, y por ende la jurisprudencia médica, debe ser parte esencial de la formación de los profesionales de la medicina actual, para coadyuvar a disminuir el riesgo de la mala práctica; pero cómo restructurar una cátedra si no se conocen las necesidades más indigentes de la población (gremio médico) que padece el efecto (demandas por mala práctica). Pero ¿cuál es la causa?, ¿ha proporcionado la facultad suficiente formación ético-legal a los médicos?, ¿el conocimiento previo de sus derecho y obligaciones juega algún papel en el desempeño profesional de los médicos?, ¿cuál es la proporción de demandas por mala práctica en el gremio médico guatemalteco?, ¿cuál es la causa más frecuente?, ¿existe solución a este problema?, ¿quién debe tomar éstas acciones?. Surge entonces, la necesidad de determinar el grado de conocimiento que los médico guatemaltecos tienen sobre jurisprudencia médica y las acciones necesarias para mejorar el conocimiento sobre jurisprudencia médica que pretenderian disminuir el riesgo de incurrir en mala práctica e identificar los factores que generan la falta de atención hacia aspectos jurídicos de la medicina.

### III. JUSTIFICACION

Mediante una encuesta realizada en 1988 a cirujanos en Buenos Aires, Argentina, se investigaron los conocimientos y opinión sobre temas ético legales. Respondió el 62.5% de los encuestados y los resultados obtenidos demuestran un gran déficit de conocimientos en el aspecto medico-legal, y la necesidad de mejorarlos, redundando en conductas correctas (9). En el mismo país otros autores se basaron en el auge de los juicios a los médicos, y de acuerdo a un análisis exhaustivo de la jurisprudencia, al respecto, los autores elaboraron una serie de normas que servirán al cirujano en el ejercicio de su profesión.(21).

En Guatemala en el año de 1982 el Dr. Carlos Grajeda preocupado por "el estado embrionario del Síndrome de Malpráctica" escribió un artículo con énfasis en la responsabilidad penal de médico como una forma preventiva de mala práctica (10). Preocupados por la crisis de valores morales y éticos en 1992 un grupo de estudiantes de medicina de la universidad de San Carlos estudió el conocimiento que médicos y estudiantes de los principales hospitales de referencia de la ciudad capital tenían sobre la ética médica, encontrándose un déficit muy grande; por último la Dra.Luz de María Oxom en 1993 estudió el conocimiento que los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos tienen sobre medicina legal encontrando nuevamente un desconocimiento casi total del tema.( 4,13,15,25)

Considerando que en nuestro país existen muy pocas publicaciones y estudios sobre derecho médico, y hasta hoy no existen estudios que involucren a todo el gremio médico y cuantifique el grado de conocimientos que se tiene sobre éste, se hacía necesario iniciar estudios sobre el tema para conocer y aceptar la realidad y de esta manera establecer las bases para estudios posteriores y criterios para evitar la mala práctica.



#### IV. OBJETIVO GENERAL

- 1) Identificar la necesidad del gremio médico de conocer las obligaciones y derechos en el ejercicio de la profesión para apegar la práctica a la ley.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Determinar el grado de conocimiento de jurisprudencia médica en los médicos residentes en el área metropolitana de la ciudad de Guatemala.
- 2) Determinar la relación entre el conocimiento de jurisprudencia médica con sexo, edad, tiempo de ejercicio profesional y especialidad.
- 3) Estimar el porcentaje o proporción de médicos implicados en delitos civiles y penales y enumerar las causas descritas por los implicados en el cuestionario.
- 4) Enumerar los factores de riesgo de incurrir en mala práctica descritos por el médico guatemalteco metropolitano .
- 5) Enumerar las acciones descritas por el médico guatemalteco metropolitano en cuestionario, como profilaxis para la mala practica.
- 6) Establecer las bases para estudios posteriores que coadyuven a identificar cuáles son los factores de riesgo de la mala práctica y proponer medidas preventivas contra ésta.

## V. REVISION BIBLIOGRAFICA

**La Medicina Legal** es la disciplina que utiliza la totalidad de las ciencias médicas para dar respuesta a cuestiones jurídicas .(5)// Es la aplicación de conocimientos médicos y científicos naturales a procedimientos forenses. (1)

Dentro de la medicina legal se encuentra la Jurisprudencia médica; para lograr una mejor comprensión debemos utilizar las siguientes definiciones:

**Jurisprudencia:** Ciencia del derecho// Conjunto de las decisiones de los tribunales sobre una materia.(5)

**Jurisprudencia Médica:** El estudio de las normas legales que rigen el ejercicio de la medicina ( sinónimo- derecho médico). (24).

La jurisprudencia médica a su vez se subdivide de la siguiente forma:

- Etica o Deodontología médica.
- Ejercicio legal e ilegal de la medicina
- Responsabilidad médica
- Jurisprudencia Médica
  - Secreto médico
  - Honorarios médicos
  - Certificados médicos
  - Pericias médico-legales.(5)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CONOCIMIENTO DE JURISPRUDENCIA MEDICA POR EL  
MEDICO DEL AREA METROPOLITANA DE LA CIUDAD  
DE GUATEMALA"

TESIS

PRESENTADA A LA HONORABLE JUNTA DIRECTIVA DE LA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

P O R

HILDALGO WERNER AUGUSTO FIGUEROA BENAVENTE

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 1994.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

05  
T(7293)



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 6 de septiembre de 1994

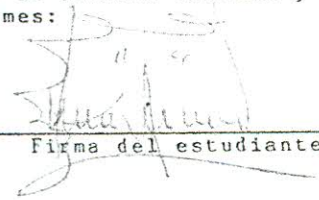
**Director Unidad de Tesis**

Centro de Investigaciones de las Ciencias  
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: MAESTRO DE EDUCACION PRIMARIA RURAL FIGUEROA BENAVENTE  
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos  
HIDALGO WERNER AUGUSTO Carnet No. 8613471  
completos

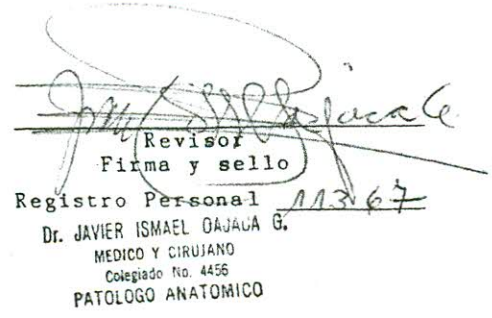
Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
"CONOCIMIENTOS DE JURISPRUDENCIA MEDICA POR EL MEDICO DEL AREA METROPOLITANA".

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

  
Firma del estudiante

  
Asesor  
Firma y sello personal

Dr. MIGUEL ANTONIO CHACON DELAROS  
COL. No. 1433

  
Revisor  
Firma y sello  
Registro Personal 11367  
Dr. JAVIER ISMAEL OAJAJA G.  
MEDICO Y CIRUJANO  
Colegiado No. 4456  
PATOLOGO ANATOMICO

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E   C O N S T A R   Q U E :

El (La) Bachiller: HIDALGO WERNER AUGUSTO FIGUEROA BENAVENTE.-

Carnet Universitario No. 86-13471

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al  
Titulo de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:  
"CONOCIMIENTOS DE JURISPRUDENCIA MEDICA POR EL MEDICO DEL AREA METROPOLITANA"

Trabajo asesorado por: DR. MIGUEL ANTONIO CHACON BOLAÑOS.-

y revisado por: DR. JAVIER ISMAEL GAJANA G.  
quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,  
firma y sella la presente

ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 6 de Septiembre de 1994

DR. EDGAR R. DE LEON BARRILLAS  
Por Unidad de Tesis

DR. RAUL CASTILLO RODAS  
DIRECTOR  
CENTRO DE INVESTIGACIONES  
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRIMASE :

Dr. Edgar Axel Oliva González  
D E C A N O



## INDICE DE CONTENIDOS

	Pag.
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA.	2
III. JUSTIFICACION	4
IV. OBJETIVOS	5
V. REVISION BIBLIOGRAFICA.	6
VI. MATERIALES Y METODOS	25
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	34
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	44
IX. CONCLUSIONES	48
X. RECOMENDACIONES.	49
XI. RESUMEN	50
XII. BIBLIOGRAFIA	51
XIII. ANEXOS	54

## I. INTRODUCCION

La jurisprudencia médica o derecho médico comprende el estudio de las normas legales que rigen el ejercicio de la medicina (18), está comprendida dentro de la Medicina Legal y se divide en los siguientes aspectos: a) Etica o Deontología médica, b) Ejercicio legal e ilegal de la medicina, c) Responsabilidad médica, d) Secreto médico, e) Honorarios médicos, f) Certificados médicos y g) Pericias médico-legales.(5)

Estudios realizados en el gremio médico de Argentina, Brasil y en estudiantes del último año de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala demuestran que hay desconocimiento generalizado de las normas legales y morales que rigen el ejercicio de la medicina.(4,9,13,15,18,21,25)

El objetivo del presente estudio, fue evaluar el grado de conocimientos que los médicos, del área metropolitana de la ciudad capital de Guatemala tienen sobre jurisprudencia médica y determinar el porcentaje de éstos que se han visto implicados en demandas civiles o penales por el ejercicio de su profesión y sugerir soluciones viables al problema ya que no existían estudios similares.

El estudio se realizó en el área geográfica que comprende los municipios de Guatemala, Mixco, Villa Nueva, Amatitlán, San Juan Sacatepéquez, San José Pinula y Chinautla todos comprendidos dentro del departamento de Guatemala, entre los meses de junio y julio de 1994, los sujetos de estudio fueron 48 médicos interesados en participar en el estudio y cuya residencia y/o clínica se ubicaba dentro de este perímetro, fueron elegidos aleatoriamente dentro de un total de 6248 que son el total registrados en el directorio del Colegio de Médicos y Cirujanos para el año de 1994.

Se efectuó una revisión de las leyes y reglamentos que rigen el ejercicio profesional de la medicina en América, particularmente en Guatemala; en tal contexto era necesario conocer los antecedentes de la jurisprudencia como parte de la medicina legal.

Es importante enfatizar que todo profesional de la medicina debe ejercer decorosamente su profesión, apegandose a la ley y nunca alegar su ignorancia para realizar o justificar hechos que menoscaben su misión eminentemente benéfica y humanitaria.

## II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Desde el punto de vista doctrinario, puede decirse que la responsabilidad es la **condición y la cualidad de personas libres, conscientes del valor de sus actos, que, como autor y causa de ellos, está obligado a responder de su conducta ante Dios, ante su conciencia y ante la sociedad.** Dicha responsabilidad puede definirse como: "la obligación que se le impone a toda persona de responder, reparar o satisfacer de alguna manera el daño que haya ocasionado libremente a un tercero, bien por haber cometido un acto ilícito, bien por haberse abstenido de ejecutar lo que la ley moral o civil le ordenaba cumplir". No existe para el profesional de la medicina un solo tipo de responsabilidad sino varios, así encontramos que algunos autores exponen que la responsabilidad puede ser **moral y legal: y esta última, a su vez, civil y penal.** (10) Pero desde hace siglos los códigos de ética médica se han centrado en el comportamiento adecuado del médico hacia los pacientes como individuos, ignorando casi por completo la responsabilidad del médico para con la sociedad; de ignorar esa responsabilidad se ha ignorado que al atender las necesidades del paciente se atienden las necesidades de la sociedad, lo mismo que al hacer un daño. Nace de esta relación tácita la vinculación entre medicina y derecho dando origen al "**derecho médico**"; que es el estudio de las normas legales que rigen el ejercicio de la medicina. Algunos autores prefieren la denominación de **jurisprudencia médica.**(17)

Del conocimiento profundo y conciente de nuestros derechos y obligaciones morales y legales, como médicos y ciudadanos se esperaría que redundasen en conductas correctas. Desafortunadamente se demostró que hay un desconocimiento muy alto de estos tópicos entre los médicos de Argentina, Brasil y Guatemala. (4,9,13,15,18,25). Lo que podría desembocar en conductas incorrectas o actos ilícitos por imprudencia, impericia y negligencia.

En América Latina periódicos y revistas son dos vehículos de información, que divulgan de forma sensacionalista errores y crímenes de médicos. De esta realidad nace una crisis económica, que atinge a la clase médica, y estos intereses dan visa a una institución conocida como "seguro médico", ya existente en otros países. Todos esos aspectos crean desconfianza mutua entre los médicos y la sociedad (18). Es evidente que en el extranjero el médico se ha cubierto en contra de las acusaciones, sometiendo a su paciente a innumerables exploraciones que buscan cubrir eventuales errores; así lo demuestra un estudio, realizado retrospectivamente desde 1978 a 1983, en el estado de La Florida, que encontró que aproximadamente 50% de los cirujanos del estado tenían una demanda archivada contra ellos; además que las demandas cerradas por mala práctica se incrementaban cada año sin importar la especialidad y tuvieron en promedio un pago de 300,000 dólares por médico (20). Es imperioso luchar porque en América Latina, particularmente en Guatemala, no se produzca una situación así, que no solo deterioraría aún más las relaciones con los pacientes, sino que por temor al litigio esté en declinación el buen samaritano. El nacimiento de los juicios por mala práctica obviamente provocaría



un encarecimiento de los servicios médicos enorme y haría nacer una gran desconfianza del médico y para cada uno de sus pacientes, los que, mientras no se demostrara lo contrario, serían potencialmente acusadores (22).

El fortalecimiento y restructuración de el pensum en cada facultad de medicina es una necesidad imperiosa y dentro de ello el de la Medicina Legal, y por ende la jurisprudencia médica, debe ser parte esencial de la formación de los profesionales de la medicina actual, para coadyuvar a disminuir el riesgo de la mala práctica; pero cómo restructurar una cátedra si no se conocen las necesidades más indigentes de la población (gremio médico) que padece el efecto (demandas por mala práctica). Pero ¿cuál es la causa?, ¿ha proporcionado la facultad suficiente formación ético-legal a los médicos?, ¿el conocimiento previo de sus derecho y obligaciones juega algún papel en el desempeño profesional de los médicos?, ¿cuál es la proporción de demandas por mala práctica en el gremio médico guatemalteco?, ¿cuál es la causa más frecuente?, ¿existe solución a este problema?, ¿quién debe tomar éstas acciones?. Surge entonces, la necesidad de determinar el grado de conocimiento que los médico guatemaltecos tienen sobre jurisprudencia médica y las acciones necesarias para mejorar el conocimiento sobre jurisprudencia médica que pretenderian disminuir el riesgo de incurrir en mala práctica e identificar los factores que generan la falta de atención hacia aspectos jurídicos de la medicina.

### III. JUSTIFICACION

Mediante una encuesta realizada en 1988 a cirujanos en Buenos Aires, Argentina, se investigaron los conocimientos y opinión sobre temas ético legales. Respondió el 62.5% de los encuestados y los resultados obtenidos demuestran un gran déficit de conocimientos en el aspecto medico-legal, y la necesidad de mejorarlos, redundando en conductas correctas (9). En el mismo país otros autores se basaron en el auge de los juicios a los médicos, y de acuerdo a un análisis exhaustivo de la jurisprudencia, al respecto, los autores elaboraron una serie de normas que servirán al cirujano en el ejercicio de su profesión.(21).

En Guatemala en el año de 1982 el Dr. Carlos Grajeda preocupado por "el estado embrionario del Síndrome de Malpráctica" escribió un artículo con énfasis en la responsabilidad penal de médico como una forma preventiva de mala práctica (10). Preocupados por la crisis de valores morales y éticos en 1992 un grupo de estudiantes de medicina de la universidad de San Carlos estudió el conocimiento que médicos y estudiantes de los principales hospitales de referencia de la ciudad capital tenían sobre la ética médica, encontrándose un déficit muy grande; por último la Dra. Luz de María Oxom en 1993 estudió el conocimiento que los estudiantes del último año de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos tienen sobre medicina legal encontrando nuevamente un desconocimiento casi total del tema.( 4,13,15,25)

Considerando que en nuestro país existen muy pocas publicaciones y estudios sobre derecho médico, y hasta hoy no existen estudios que involucren a todo el gremio médico y cuantifique el grado de conocimientos que se tiene sobre éste, se hacía necesario iniciar estudios sobre el tema para conocer y aceptar la realidad y de esta manera establecer las bases para estudios posteriores y criterios para evitar la mala práctica.

#### IV. OBJETIVO GENERAL

- 1) Identificar la necesidad del gremio médico de conocer las obligaciones y derechos en el ejercicio de la profesión para apegar la práctica a la ley.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Determinar el grado de conocimiento de jurisprudencia médica en los médicos residentes en el área metropolitana de la ciudad de Guatemala.
- 2) Determinar la relación entre el conocimiento de jurisprudencia médica con sexo, edad, tiempo de ejercicio profesional y especialidad.
- 3) Estimar el porcentaje o proporción de médicos implicados en delitos civiles y penales y enumerar las causas descritas por los implicados en el cuestionario.
- 4) Enumerar los factores de riesgo de incurrir en mala práctica descritos por el médico guatemalteco metropolitano .
- 5) Enumerar las acciones descritas por el médico guatemalteco metropolitano en cuestionario, como profilaxis para la mala practica.
- 6) Establecer las bases para estudios posteriores que coadyuven a identificar cuáles son los factores de riesgo de la mala práctica y proponer medidas preventivas contra ésta.

## V. REVISION BIBLIOGRAFICA

**La Medicina Legal** es la disciplina que utiliza la totalidad de las ciencias médicas para dar respuesta a cuestiones jurídicas .(5)// Es la aplicación de conocimientos médicos y científicos naturales a procedimientos forenses. (1)

Dentro de la medicina legal se encuentra la Jurisprudencia médica; para lograr una mejor comprensión debemos utilizar las siguientes definiciones:

**Jurisprudencia:** Ciencia del derecho// Conjunto de las decisiones de los tribunales sobre una materia.(5)

**Jurisprudencia Médica:** El estudio de las normas legales que rigen el ejercicio de la medicina ( sinónimo- derecho médico). (24).

La jurisprudencia médica a su vez se subdivide de la siguiente forma:

- Etica o Deodontología médica.
- Ejercicio legal e ilegal de la medicina
- Responsabilidad médica
- Jurisprudencia Médica
  - Secreto médico
  - Honorarios médicos
  - Certificados médicos
  - Pericias médico-legales.(5)

## DEODONTOLOGIA MEDICA

El médico tiene obligaciones y deberes con la sociedad que lo recibe y a su vez, posee derechos que la misma sociedad le reconoce y le concede. Por definición la deodontología médica es el estudio específico de las obligaciones y los deberes no solo del médico, sino de todo aquel que desarrolla una actividad relacionada con el arte de curar, que se halla comprendido en lo que se ha dado en llamar deodontología médica. Existe también la Diceología médica que establece los derechos de quien posee "estado médico". (El término proviene de las raíces griegas Diceos = derechos y logos = tratado). (5)

En realidad, deodontología abarca ambas situaciones, es decir, derechos y obligaciones. Siguiendo a la mayoría de autores bajo este único título, se agrupara todas las situaciones que se plantean a propósito de la conducta médica.

Clasificación de la deodontología médica:

- Etico propiamente dicho.
- Gremial
- Universitario
- Legal o jurídico.

Deodontología médica en su aspecto ético:

Trata los problemas morales que se le plantean al estudiante y al profesional. En lo que corresponde al estudiante respecta a su conducta durante el tiempo de su aprendizaje. En lo que respecta al profesional, le son particularmente reservados: a) Trato a los enfermos en los distintos ambientes médicos, b) Conducta con los colegas, c) Posición frente a experiencias humanas y d) Actitud como juez de colegas enjuiciados.

Deodontología gremial:

Se ocupa de todo lo relativo a los aspectos económicos de la profesión, y por lo tanto a ella pertenecen: a) El ajuste y la precisión de conceptos como: clase médica, gremio médico, sindicato médico; b) Carrera médica hospitalaria; c) Incompatibilidad en el ejercicio de la profesión; d) Leyes de previsión; y e) Socialización de la medicina, etc.

Deodontología médica universitaria:

Establece derechos y deberes de los estudiantes y docentes entre sí; Respecto a la institución a la que pertenecen y de los pacientes a los que deben tratar o asistir en las cátedras u hospital escuela, esto representa una introducción a la última de las formas de deodontología llamada Jurídica.

Deodontología médica jurídica:

Clásicamente conocida como jurisprudencia médica, abarca todo lo que de una u otra manera fija normas para el ejercicio de la medicina.

Código de Etica Médica

En nuestro país, por intermedio del Colegio de Médicos y Cirujanos como cuerpo de derecho legal (con fuerza únicamente sobre los asociados) se fijan las reglas fundamentales que deben ser respetadas por los que se dedican al ejercicio de la medicina, las cuales datan desde 1946; se revisaron por primera vez en 1974 y en su segunda revisión el 25 de marzo de 1981, la asamblea general aprobó la reforma al artículo 67 capítulo VI, el código actual está vigente desde el 20 de marzo de 1984.

Colegios, corporaciones, órdenes médicas:

Comprende los siguientes: a) Colegios: del latín "collegium", compañero y con este término se designa una sociedad de derecho público, con personería jurídica, concebida como una "universitas" que persigue un fin común superior al de los intereses privados. b) Corporación: del latín " corpus corporis" junta o asociación colectiva constituida por personas de la misma categoría y dignidad que tiene por finalidad un interés público y que surge en razón a una ley general o especial a la cual ajusta su conducta. c) Orden: es una institución oficial y obligatoria a la que todos los médicos deben pertenecer a fin de poder ejercer su profesión teniendo sus deliberaciones más fuerza de ley y pudiendo llegar sus penalidades hasta la prohibición del ejercicio de la medicina.

En realidad estas distintas denominaciones sirven para designar las asociaciones médicas que tienen por objeto velar por la deodontología ética de la profesión. En su esencia y campo de acción son totalmente diferentes de los gremios y sindicatos médicos, cuya finalidad es la defensa de los intereses económicos de los integrantes. (5)

## EJERCICIO LEGAL E ILEGAL DE LA MEDICINA

### Ejercicio Legal de la Medicina:

Se entiende como el hecho de anunciar, prescribir, administrar o aplicar cualquier procedimiento directo, indirecto o de sugestión destinado al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades o la conservación de la salud de las personas, aún a título gratuito y de modo habitual por todas aquellas personas habilitadas para tal fin, por el organismo oficial pertinente. (5)

Leyes, reglamentos y estatutos que rigen el ejercicio legal de la medicina en Guatemala:

- 1) Código civil, título XIII, de los servicios profesionales.
- 2) Código de salud, capítulo 4, reglamento para el ejercicio de medicina y profesiones afines.
- 3) Reglamento del colegio de Médicos y cirujanos para colegiación.
- 4) Reglamento interno de la institución para la cual se labore.

### Ejercicio Ilegal de la Medicina:

Ejercen ilegalmente la profesión quienes sin título habilitante o excediéndose en los límites del mismo, prescribe, administra o aplica métodos, productos, técnicas o aparatos destinados a la preservación, conservación o recuperación de la salud de las personas de modo habitual, ya sea gratuitamente o por pago específico. (5)

Formas de ejercicio ilegal:

Es interesante destacar que en América Latina no todos los códigos penales se ocupan específicamente del ejercicio ilegal de la profesión, algunos le confieren mayor importancia a aspectos responsables de la profesión. Dentro de algunos códigos penales se hallan cuatro figuras de formas de ejercicio ilegal (Argentina, Chile, Uruguay y Costa Rica)

- a). Curanderismo
- b). Charlatanismo
- c). Cesión de diploma
- d). Usurpación de títulos profesionales.

a) Curanderismo:

El término proviene etimológicamente del latín "curandus, curare= curado, curar", y se refiere a la persona que se dedica a ejercer la actividad médica sin poseer conocimientos científicos ni título habilitante.

b) Charlatanismo:

Es una forma de actividad médica contraria a la ética y penada por las leyes penales, caracterizada por llamar la atención del público, en cualquier manera respecto de sistemas, curas y procedimientos especiales y secretos o misteriosos, exclusivos y carentes de base científica reconocida.

c) Cesión de diploma:

Los elementos probatorios del delito son: 1) profesional del arte de curar, 2) prestación de su nombre en razón de su condición de profesional del arte de curar y 3) utilización de este nombre por quien no tenga título o autorización para desarrollar una actividad ilícita en relación con el ejercicio del arte de curar.

d) Usurpación de calidad :

Quien se arrogare título académico o ejerciere actos que competen a profesionales, sin tener título o habilitación especial, será sancionado con multa ... (A)



## RESPONSABILIDAD MEDICA

Es la obligación que tiene toda persona que ejerce el arte de curar, de responder ante la justicia por los actos perjudiciales resultantes de su actividad profesional.(5)

Desde el punto de vista doctrinario, puede decirse que la responsabilidad es la condición y la cualidad de persona libre, consciente del valor de sus actos, como autor y causa de ellos, está obligado a responder de su conducta ante Dios, ante su conciencia y ante la sociedad; teniendo en consideración, que para que pueda generarse responsabilidad al obrar, es necesario que exista libertad y pleno conocimiento de los hechos y que no es posible responder de actos que realicen por causas ajenas a la voluntad.(10)

No existe para el profesional de la medicina solamente un tipo de responsabilidad sino varios, así encontramos entre algunos autores como Royo Villanova, quien expone que la responsabilidad puede ser **moral y legal**, y ésta última a su vez **civil y penal**.(Id)

Según Bonnet, los delitos médicos se clasifican enfocados desde dos puntos de vista: a) según la instancia o fuero en que es juzgado y b) según la intención delictiva puesta en la acción. En el primer caso se obtendrá una responsabilidad penal determinante de una sanción de prisión, reclusión o multa y en el segundo caso se hablara de dolo cuando el delito lleve la carga de una intención definida para efectuarlo o de culpa.(5)

**"Los delitos culposos, es decir, aquellos resultantes de una impericia, imprudencia o negligencia, son los que específicamente caracterizan a la responsabilidad médica"**. En otros términos: la responsabilidad médica propiamente dicha es culposa no dolosa.(Id)

Cabe citar un juicio célebre que dio lugar a la doctrina de la responsabilidad médica. En Francia, en 1825, el Dr. Helie fue llamado para atender un parto que se presentaba distósico, pues se trataba de una presentación de hombro en el cual el médico se encontró con una prociencia del brazo derecho fuera de la vulva, y sin intentar hacer una versión, lo amputo, el otro brazo se presento casi en seguida y también lo amputo. Cuando el parto terminó, advirtió que la criatura vivía, a pesar de esa mutilación. Fue entonces cuando el padre de la criatura inició un proceso contra el Dr. Helie y en 1827 una comisión compuesta por profesores de Obstetricia de la Facultad de Medicina de París llegaron a la conclusión de que el Dr. Helie había cometido una falta contraria a las reglas del arte. Al final se considero al Dr. Helie culpable de una falta grave y responsable de la mutilación del niño por lo que se le condeno a pagar 100 francos por año hasta los 10 años de edad y luego abonarle los intereses de una renta viajera de 200 francos.(Id)

Como el caso anterior pueden citarse muchos que recorrieron todas las escalas jerárquicas de los tribunales. (5).

Las causas más frecuentes de demandas contra el médico, han sido resumidas por Rose de la siguiente forma:

1. Demora en el diagnóstico.
2. Errores en el diagnóstico.
3. Consecuencias fatales en la realización de procedimientos diagnósticos.
4. Accidentes terapéuticos.
5. Agravación de la enfermedad primaria por demora de diagnósticos.
6. Tratamiento incompleto.
7. Cuidado o seguimiento inadecuado o erróneo por médico y personal paramédico.

Las situaciones en las que el médico puede verse enfrentado a la ley se pueden clasificar de la siguiente manera:

- Iatrogenia o falibilidad impune.
- Malpraxis o responsabilidad culposa.
- Responsabilidad dolosa.

Iatrogenia:

(del griego, yatros = médico, genius = producir) , comprende los efectos nocivos e inevitables de la actuación profesional del médico y de los medios que emplea.

Malpraxis:

(del griego = mala práctica), consiste en el ejercicio inadecuado de la profesión. Es culposo, vale decir, cometida con la intención de no hacer daño. Comprende cuatro eventualidades:

- a) Impericia: Actuación con ausencia de conocimientos fundamentales obligatorios por su título o diploma.
- b) Negligencia: Actuación perezosa, con falta de celo y constancia profesional.
- c) Imprudencia: Actuación temerosa o precipitada.
- d) Inobservancia de Reglamentos.

Para establecer si se ha incurrido en **mala práctica**, el perito debe corroborar tres aspectos médico-legales:

- a) Si existió relación médico-paciente.
- b) Si el médico faltó a alguno de los deberes con el paciente.
- c) Si hubo causa-efecto.

La mala práctica se define también como cualquier forma de ejercicio inadecuado de una profesión, la negligencia es descuido, falta de aplicación.(24).

En el caso de negligencia de estudiantes de Medicina en formación, son responsables: el residente de turno y la institución hospitalaria.(Id)

Quejas de Malpraxis: En Costa Rica la causa más frecuente de juicios por malpraxis ha sido la negligencia del médico. Por ejemplo, el especialista que por teléfono autorizó al médico residente iniciar una operación, a la cual nunca llegó y que se complicó fatalmente.

Las quejas de malpraxis pueden dividirse en cuatro rubros:

1. Errores diagnósticos
2. Errores en el tratamiento
3. Los resultados médicos o quirúrgicos pobres y los daños secundarios a la terapia.
4. El retraso en el diagnóstico o en el tratamiento.

Como elementos de ayuda para prevenir la malpraxis se recomienda:

- Recordar los factores de retraso en el diagnóstico o tratamiento de origen médico como del mismo paciente.
- Buscar la participación del paciente en el tratamiento.
- El médico debe tratar siempre de ponerse en el lugar del paciente.
- Recordar la dignidad del enfermo, su derecho a estar informado y a que se pregunte si esta o no dispuesto a tal o cual procedimiento.

- Luchar por una mejor comunicación con el paciente.
- Escuchar al paciente y a sus familiares.
- No debe tratar el médico de ser omnipotente.
- Aliviar la ansiedad y el dolor.
- Recordar que la buena relación médico-paciente se pierde por malos resultados terapéuticos y los errores diagnósticos, la falta de consentimiento del enfermo, por dejarlo al cuidado de incompetentes, los comentarios descuidados de otros médicos, las dudas nacidas sobre provecho económico de una situación dolorosa, son también causal de ruptura.(17)

**Responsabilidad dolosa:** Es aquella que lleva implícita la intención de hacer daño.

Para que un hombre sea responsable de un acto de su profesión es preciso que haya habido falta en el acto cometido, o sea que le hubiera sido posible con más vigilancia sobre sí mismo o sobre sus actos de garantizarse, sea que lo que se le incrimine sea tal que la ignorancia sobre este punto no sea admisible en su profesión.(10)

Del Código Penal de Guatemala se citarán algunos artículos de importancia en la responsabilidad médica.

La acción y la omisión en el Código Penal establece en el artículo diez y ocho, refiriéndose a la comisión por omisión: "Quien omita impedir un resultado que tiene el deber jurídico de evitar, responderá como si lo hubiera producido".

La responsabilidad del Médico y Cirujano según el Código Penal se regula en el segundo libro especial, capítulo primero, los delitos contra la vida y la integridad de la persona. Este apéndice trata de definir los delitos que por su naturaleza, el Médico y Cirujano, solo puede cometer a título de dolo.(10)

1) De los delitos contra la vida y la integridad de la persona.

1o. EL HOMICIDIO: Según el artículo 123 del Código Penal: comete homicidio quien diere muerte a alguna persona. El médico que faltando a las reglas del arte causara una muerte por imprudencia, negligencia o impericia, estará ante un homicidio culposo, en el cual no se produjo la previsión efectiva del daño.

2o. ABORTO: Es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez. Para el caso especial, Guatemala regula y castiga las acciones del neomaltusianismo y el self-aborto, regulando según nuestro Código Penal cinco situaciones: a) Aborto procurado, b) Aborto con o sin consentimiento, c) Aborto calificado, d) Aborto terapéutico y e) Aborto preterintencional. (Artículos 134, 135, 136, 137 y 138 respectivamente). La agravación específica: artículo 140 del Código Penal. El médico que abusando de su profesión causare aborto o cooperare con él, será sancionado con las penas señaladas en el artículo 135, con multa e inhabilitación para el ejercicio de su profesión de dos a cinco años.

3o. INDUCCION O AYUDA AL SUICIDIO: Artículo 128 del Código Penal. Quien indujere a otro al suicidio o le prestare ayuda para cometerlo, si ocurriere la muerte se le impondrá prisión. (Aun si no ocurriere la muerte pero si producen lesiones gravísimas).

4o. LAS LESIONES: Nuestro Código Penal en su artículo 144 nos da el concepto de lesiones diciendo: comete delito de lesiones quien, sin intención de matar, causare a otro daño en el cuerpo o en la mente. Luego el Código Penal las clasifica de la siguiente forma: a) Lesiones gravísimas, b) Lesiones graves, c) Lesiones leves, d) Lesiones culposas.

2) Delitos contra la libertad y la seguridad de las personas.

Revelación del secreto profesional: Artículo 223 del Código Penal. Quien sin justa causa, revelare o empleare en provecho propio o ajeno un secreto del que se ha enterado por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte, si con ello ocasionare o pudiere ocasionar perjuicio, será sancionado con prisión o multa.

3) De los delitos contra el estado civil.

Suposición de parto: El Médico y Cirujano puede participar en esta clase de delito proporcionando una cooperación en la ejecución del hecho delictuoso: como sería el aseverar la existencia de un embarazo que no ha ocurrido, ya sea en forma escrita o verbal, o colaborar simulando que ha atendido un parto, el cual no se ha

dado realmente. El médico participa en calidad de cómplice en este delito y por ello puede ser sancionado con una pena pecuniaria.

- 4) De los delitos contra la salud.
  - a) Propagación de enfermedad: En el artículo 312 del Código Penal, se regula que en caso de ser cometido culposamente el delito de propagación de enfermedad será sancionado con prisión.
  - b) Contravención a las medidas sanitarias: Artículo 305 del Código Penal, quien infrinja las medidas sanitarias impuestas por la ley o las adoptadas por autoridades sanitarias para impedir la introducción o propagación de una epidemia, de una plaga vegetal o de una epizootia susceptible de afectar a los seres humanos, será sancionado con prisión.
  - c) Tráfico ilegal de fármacos, drogas o estupefacientes: El artículo 307 del Código Penal sanciona este hecho con prisión o multa.
- 5) Delitos contra la Fe Pública de la falsificación de documentos.
  - a) Falsedad de un certificado. (artículo 326 del Código Penal). El facultativo que extendiere un certificado falso o concerniente a la existencia, presente o pasada, de una enfermedad o lesión, cuando ello pueda resultar perjuicio, será sancionado con multa.
- 6) De los delitos cometidos contra la Administración Pública cometidos por particulares.
  - a) Desobediencia: Artículo 414 del Código Penal. Quien desobedeciere abiertamente una orden de un funcionario, autoridad o agente de autoridad, dictada en el ejercicio legítimo de sus atribuciones, será sancionado con multa.
- 7) De las faltas contra los intereses generales y regímenes de poblaciones:

Esta falta nace de la obligación que tiene el Médico y Cirujano en virtud de los artículos 331 y 334 del Código Procesal Penal, que dicen "Quien presencie la perpetración de un hecho delictuoso o en cualquier otra forma tuviese conocimiento de él, esta obligado a prestar auxilio en la mejor forma posible y ponerlo inmediatamente en conocimiento del juez, autoridad o agente de policía más próximo al lugar.

## SECRETO MEDICO

El médico tiene deberes, derechos y obligaciones. Entre estos se encuentra el guardar silencio respecto de lo que ha visto, dicho o hecho en el ejercicio de su profesión, siempre que considere que median causas justas para ello. Al igual que la responsabilidad, el secreto médico es una variedad del secreto profesional.

El secreto profesional médico es una forma de secreto comiso o pactado. El pacto lo ha hecho el facultativo en el momento de juramentarse como médico, y en virtud de él debe mantener reserva de lo que el paciente le confie en la anamnesis. Esta situación se basa en el principio de la comunicación privilegiada dentro de la relación médico-paciente, privilegio del que disfruta el enfermo y que le garantiza que la información que ha confiado al médico no será divulgada.

En general hay tres posiciones acerca del secreto médico: a) secreto médico absoluto que consiste en callar en todos los casos. b) Secreto médico relativo quien deja a opción del médico la reserva o la divulgación, o que tácitamente no exista tal reserva para la justicia. c) Secreto médico compartido, propio de medicina en equipo, en el cual todos los profesionales que intervienen en el caso están enterados de la información confiada por el paciente.

Para efectos de orientación, se aconseja en la práctica médica asumir la posición del secreto relativo, basado en el principio jurídico de la justa causa. Este principio justifica la divulgación en los siguientes casos:

- a) Denuncia de enfermedades transmisibles.
- b) Certificados médicos de los hospitales y Centros de Salud solicitados por autoridades judiciales.
- c) Dictámenes médico-legales.
- d) Certificados de defunción.
- e) Declaración del médico que atendió al paciente herido, que más tarde reconoce como delincuente buscado por la justicia.(5,24)

## HONORARIOS MEDICOS

El ejercicio práctico de la Medicina, así como de cualquiera de sus ramas, es una forma o modalidad especial de trabajo que impone exigencias de orden económico. La prestación de los servicios o atención médica es un trabajo y como tal debe ser retribuido por quien lo ha solicitado. Esta retribución o pago en dinero recibe la denominación de honorarios médicos.

- a) Aspecto médico legales de los honorarios médicos: tres contenidos posee la cuestión, jurídico, económico y ético. El primero presenta el apoyo y la base legal que posee el médico para postular, requerir y exigir que se le abone el trabajo efectuado. Lo económico se refiere al conjunto de circunstancias que deben ser tenidas en cuenta no sólo por el médico, sino también por el magistrado para regular los honorarios, ya, en el primer caso, como resultado de mutuo acuerdo, ya, en el segundo como resultado de haber sido zanjados ante la justicia. Lo ético señala situaciones vinculadas a legados y donaciones. Dentro de los aspectos económicos los podemos agrupar de la siguiente forma: 1) elementos que integran la valoración de los honorarios. 2) dificultad de la prueba y soluciones propuestas. Los elementos que integran la valoración de los honorarios. Se puede distinguir en tres capítulos a) personalidad profesional b) personalidad del enfermo y c) circunstancias calificativas.

### a) Personalidad profesional:

- I. Jerarquía
  - a) Médico rural de barrio, etc.
  - b) Médico especialista
  - c) Médico profesor universitario
  - d) Médico consultor
  - e) Médico eminente
  
- II. Condición científica



III. Grado de técnica profesional

- a) Médico de cabecera
- b) Médico cirujano
- c) Médico clínico
- d) Médico ayudante
- e) Médico de urgencia
- f) Médico representante de la familia.

IV. Posición en la urgencia

V. Grado de parentesco con el enfermo.

VI. Grado de vinculación afectiva con el enfermo.

**b) Personalidad del Enfermo:**

- I. Naturaleza de la enfermedad
- a) Duración
  - b) Gravedad
  - c) Complejidad
  - d) Peligrosidad
  - e) Contagiosidad

II. Situación económica

- a) haber patrimonial
- b) haber personal
- c) tren de vida

III. Situación social

**c) Circunstancias Calificativas:**

I. Distancia recorrida desde el consultorio al domicilio del enfermo

II. Modo del viaje

- a) terrestre
- b) marítimo
- c) aéreo

- III. Zona geográfica
- IV. Condiciones en que se prestó la asistencia médica
- V. Importancia de los cuidados
- VI. Horas de visitas
- VII. Número de visitas
- VIII. Naturaleza de la atención médica
- IX. Costo actual de la vida
- X. Pericia

Las pruebas para el cobro de honorarios médicos se dividen principalmente en tres:

- 1) Prueba instrumental (cartas del paciente, recetas, etc...)
- 2) Prueba testimoniales (Testimonio de parientes, amigos etc..)
- 3) Prueba presuntiva (Consentimiento de la asistencia, deseo de demostrar gratitud de los servicios prestados, etc..)

Los aspectos éticos de los honorarios médicos incluyen los siguientes puntos:

- 1) Legados
- 2) Donaciones
- 3) Simbiósis profesionales
- 4) Dicotomía

Para el cobro de honorarios médicos deben existir pruebas ya sea verbales (testigos) o escritas. (5)

## CERTIFICADO MEDICO

Del latín "certificatio" (cierto, seguro, indudable), es un testimonio escrito referente a un hecho clínico que el profesional médico, después de haberlo comprobado, extiende a petición de un enfermo o de los familiares del mismo.(24)

Siendo simplemente un acierto positivo o negativo de un hecho determinado, no se ajusta a una regla. La única requerida es que todo certificado médico **"debe ser expresión de estricta verdad"**.(ld)

Desde el punto de vista pericial el certificado médico es un documento extendido " a instancia" o pedido de parte. Por eso Foedere agregó que debe ser dado **1) sin complacencias, 2) sin concesiones, 3) sin temores y 4) sin severidad**.(ld)

Normas para su redacción:

Brouardel aconseja no escribirlo de inmediato y hallándose presente el peticionante. Conviene que, hechas las anotaciones, se dejen pasar unas horas y luego tranquilamente redactarlo , teniendo en cuenta que el médico siempre habrá de cuidar de discriminar claramente en su escrito los datos suministrados por el interesado de los que él comprobó directamente. El texto debe ser claro y conciso, puntualizando lo positivo o negativo del hecho comprobado.

Con una finalidad didáctica pueden ser distribuidos de la siguiente forma:

- |  |    |                                   |
|--|----|-----------------------------------|
| I) POR EXIGENCIAS DE LEYES<br>DE FONDO         | a) | Matrimonio in extremis            |
|  | b) | Traslado al exterior de incapaces |
| II) POR EXIGENCIAS DE<br>ORDENAZAS MUNICIPALES | a) | Internación de alienados mentales |
|  | b) | Cremaciones                       |

### III) POR EXIGENCIAS DE LEYES ESPECIALES

- a) Nacimientos
- b) Defunciones
- c) Accidentes de trabajo
- d) Enfermedades incurables
- e) Embarazo y maternidad de empleados
- f) Juicio de interdicción (insania)
- g) Profilaxia de las enfermedades venéreas.(5)

## PERICIA MEDICO-LEGAL

Del latín "peritus": docto experimentado, práctico en una ciencia o arte, designa a la persona que, poseyendo determinados conocimientos científicos, artísticos o simplemente prácticos, es llamada por una persona particular o por una junta, o por la Justicia, para dictaminar sobre hechos cuya apreciación no puede ser llevada a cabo por cualquiera, sino precisamente por aquellos que, como él, son poseedores de tales nociones muy especializadas.(24)

El médico en el cumplimiento de esta tarea - ha dicho Krafft Ebing no es ni un simple testigo, ni un ayudante ni un auxiliar de la Justicia. No es lo primero, porque no sólo da cuenta de los hechos comprobados por sí mismo, sino también de aquellos provenientes de testimonios, declaraciones, informes anteriores, es decir de todo lo contenido en un expediente o legajo jurídico, respecto de la cual, luego de formarse un criterio más o menos definido, expone al juez su pensamiento, verbal o escrito. No es tampoco un auxiliar porque su función no es informar sobre el grado de responsabilidad o de capacidad de una determinada persona, sino la de alcanzar un diagnóstico clínico.(Id)

Los peritos médicos constituyen una parte integrante del juez: son "los ojos del juez", como dijo Loudet. Por eso Biale Massé, afirma en 1885 que " Los peritos son, en cierto modo, jueces de hecho, porque dictaminan sobre cuestiones que requieren conocimientos y prácticas especiales".(Id)

El perito es un asesor de la Justicia y no un auxiliar: lo es por su papel y por el sentido gramatical del término.(Id)

Procedimiento Pericial:

el desarrollo de una pericia ante los estrados de la Justicia se halla reglado en sus diversas etapas en los Códigos de cada país. En general son bastante similares.

- a) Aceptación y juramento.
- b) Excusación de Peritos.
- c) Recusaciones de Peritos.
- d) Obligaciones y derechos de los peritos.
- e) Falso testimonio de los Peritos.
- f) Honorarios de los Peritos.

#### Desarrollo del Informe Pericial:

El perito emite su opinión a través de un informe técnico, dado por escrito o en forma oral. Puede ser breve o extenso; puede serle requerido por una determinada persona, por una de las partes en juicio, por el propio interesado, por un juez o por la Suprema Corte. (Id)

Según Lacassagne, se pueden reconocer tres tipos de información médico-legal:

1. Certificado.
2. Consulta u opinión.
3. Informe propiamente dicho o informe pericial.

El informe pericial puede ser escrito o bien oral, sin que ello tenga que ver con el tipo de juicio. En efecto, en los tribunales en que todas las actuaciones tienen lugar por escrito, el perito o los peritos pueden ser llamados a dar explicaciones verbales sobre algunos puntos de su informe; si se trata de casos complejos o graves, el informe será escrito. (Id)

## VI. MATERIALES Y METODOS

### A.. MATERIALES

#### 1. Población Objetivo:

6248 médicos colegiados que residen en el área metropolitana de la ciudad capital de Guatemala y están registrados en el directorio médico de 1994 del Colegio de Médicos y Cirujanos.

#### 2. Instrumentos:

- a) Cuestionario estructurado. (Anexo 1)
- b) Instructivo para la calificación del cuestionario.
- c) Paquete estadístico EPI INFO, Versión 5.1b.
- d) Procesador de palabras Word Perfect, Versión 6.0.
- e) Graficador Harvard Graphics, Versión 2.3.

#### 3. Equipo:

- a) Computador PC IBM compatible 486 DLC/40.
- b) Impresora HP LASER JET 4.

#### 4. Económicos:

a)	250 cuestionarios de 8 páginas ..... (Q 0.20 por 2000 copias)	Q 400.00
b)	1000 timbres postales a Q 0.04 c/u ..... (4 timbres por encuesta)	Q 40.00
c)	gastos por transporte ..... (gasolina, pasajes servicio urbano, etc.)	Q 250.00
d)	salario dejado de percibir ..... (Q 83.33 por día por 90 días a tiempo completo)	Q 7500.00
e)	gastos varios ..... (hojas de papel, cinta de impresora, fotocopias de fuentes bibliográficas, sobres, stickers, etc.)	Q 100.00
	Total	Q 8290.00

5. Físicos:

Residencias y/o clínicas de los médicos encuestados.

**B. METODOS**

1. Tipo de Estudio: Estudio de observación.

1.1 Clase de Estudio: Descriptivo-transversal.

2. Método de Muestreo o Forma de Selección de los Sujetos:

Muestreo aleatorio simple.

2.1 Criterios de Inclusión:

- a) Médico registrado en el directorio del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala del año 1994.
- b) Que se encuentre radicando en área metropolitana de la ciudad capital de Guatemala al momento de visitar su casa y/o clínica.
- c) Que exprese deseo voluntario de participar.

2.2 Criterios de Exclusión:

- a) Médico que no esté registrado en el directorio del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala del año 1994.
- b) Que se no encuentre radicando en área metropolitana de la ciudad capital de Guatemala al momento de visitar su casa y/o clínica.
- c) Que no exprese deseo voluntario de participar.



3 Estimación del Tamaño de la muestra:

$$n = \frac{z^2 \sigma^2}{d^2}$$

n = Tamaño de la muestra  
z = Coeficiente de confianza  
 $\sigma^2$  = Varianza de la de la variable en la población  
d = Unidades de amplitud (26)

Debido a que no se conocía la varianza de la variable principal en la población (conocimiento sobre Jurisprudencia Médica o punteo obtenido en el cuestionario), se extrajo una muestra *piloto* o preliminar de 15 encuestas y se utilizó la varianza calculada a partir de esta muestra como una estimación de la varianza poblacional. Las observaciones utilizadas en la muestra piloto se contaron como parte de la muestra final de modo que  $n = n_1 + n_2$ ; de donde  $n_1$  igual al número de encuestas de la muestra piloto y  $n_2$  igual al número de encuestas necesarias para satisfacer el requerimiento total del tamaño de la muestra (7, 26).

$$n = \frac{(1.96)^2 (15.91)^2}{(5)^2}$$

$$n = 38.89 \sim 39$$

n = Tamaño de la muestra  
z = Coeficiente de confianza o punteo de z igual al 95% de confianza  
 $\sigma^2$  = Varianza de la de la variable principal en la muestra (en puntos)  
d = Unidades de amplitud = 10 puntos (cinco a cada lado)

Se ignoró la *corrección por población finita*  $= (N - n) / (N - 1)$ , debido a que  $n / N \leq 0.05$ . ( la población está formada por 6,248 médicos y la muestra de esta población consta de 39 médicos; la *corrección por población finita* sería igual a  $(6,248 - 39) / (6,247) = 0.9939$ . Multiplicar  $\sigma^2 / n$  por 0.9939 es casi equivalente a multiplicar por 1. La mayoría de estadísticos no utiliza la *corrección por población finita* a menos que la muestra contenga más del 5 por ciento de las observaciones en la población). (7, 26)

Se tomó 25 % más de encuestas en relación al tamaño de muestra (9 encuestas), para mayor confiabilidad, para un total de 48 encuestas (39 + 9 = 48).

### 3.1 Forma de Selección de los Sujetos:

- a) Se identificó con un número correlativo a cada uno de los 6248 médicos registrados en el directorio médico de 1994.
- b) Se tomaron 96 números aleatorios ( $48 \times 2 = 96$ ), entre 0 y 6248 de la tabla de números aleatorios( tomado de *The Rand Corporation, New York: The Free Press, 1955*).
- c) Con base en la lista de números aleatorios se procedió a identificar 48 unidades de muestra (médicos) y una unidad de reemplazo para cada unidad de muestra, a utilizar en caso de no cumplir los criterios de inclusión la unidad de muestra.

## 4. Variables a Estudiar

### 4.1 Edad:

- a)Definición conceptual: tiempo transcurrido desde el nacimiento en años.
- b)Definición operacional: el dato reportado en la casilla de edad por el encuestado.
- c)Escala de medición: dato en años; agrupados en intervalos de clase.

### 4.2 Sexo:

- a)Definición conceptual: condición biológica que distigue al hombre de la mujer..
- b)Definición operacional: el dato reportado en la casilla de sexo por el encuestado.
- c)Escala de medición: 1 = masculino 2 = femenino

### 4.3 Tiempo de ejercicio profesional:

- a)Definición conceptual: tiempo transcurrido desde el año de graduación hasta la fecha en que se contestó el cuestionario..
- b)Definición operacional: el dato reportado en la casilla de tiempo de ejercicio profesional por el encuestado.
- c)Escala de medición: dato en años; agrupados en intervalos de clase.

#### 4.4 Especialidad:

- a)Definición conceptual: condición adquirida después de haber alcanzado el grado académico otorgado por la universidad.
- b)Definición operacional: el dato reportado en la casilla de especialidad por el encuestado.
- c)Escala de medición: 1 = sin especialidad: medicina general, 2 = especialidades básicas: pediatría, medicina interna, obstetricia-ginecología , cirugía , traumatología, anestesiología, psiquiatría, 3 = especialidades anexas: oftalmología, urología, otorrinolaringología, dermatología, 4 = especialidades de apoyo: patología, microbiología, salud pública, radiología, medicina nuclear, fisiatría, farmacología.

#### 4.5 Implicación en Demandas Legales

- a)Definición conceptual: participación en un delito (mala práctica)..
- b)Definición operacional: aceptación voluntaria de implicación en una demanda civil o penal como consecuencia de una acción derivada del ejercicio profesional; respuesta afirmativa en la pregunta 22 del cuestionario..
- c)Escala de medición: 1 = si 2 = no.

#### 4.6 Lectura de Código Deodontológico

- a)Definición conceptual: acción de leer..
- b)Definición operacional: aceptación voluntaria de haber leído el código deodontológico, respuesta afirmativa en la pregunta 26 del cuestionario..
- c)Escala de medición: 1 = si 2 = no.

#### 4.7 Lectura del Código de Salud

- a)Definición conceptual: acción de leer..
- b)Definición operacional: aceptación voluntaria de haber leído el código de salud, respuesta afirmativa en la pregunta 27 del cuestionario..
- c)Escala de medición: 1 = si 2 = no.

#### 4.8 Lectura del Código Civil

a)Definición conceptual: acción de leer..

b)Definición operacional: aceptación voluntaria de haber leído el código civil, respuesta afirmativa en la pregunta 28 del cuestionario..

c)Escala de medición: 1 = si 2 = no.

#### 4.9 Lectura del Código Penal

a)Definición conceptual: acción de leer..

b)Definición operacional: aceptación voluntaria de haber leído el código penal, respuesta afirmativa en la pregunta 29 del cuestionario..

c)Escala de medición: 1 = si 2 = no.

#### 4.10 Conocimiento sobre Jurisprudencia Médica:

a)Definición conceptual: idea o noción que se tiene sobre el tema .

b)Definición operacional: punteo total obtenido en la prueba, **se consideró como conocimientos adecuados un punteo en la prueba mayor o igual a 51.00 puntos y como inadecuados un punteo menor a 51.00 puntos.**(51.00 es la nota mínima necesaria para considerar como aprobada una materia en la Universidad de San Carlos de Guatemala)

c)Escala de medición: .para la ponderación del cuestionario se utilizó una escala numérica de cero a cien puntos. Solo tenían valor numérico las preguntas de la uno a la veinte, cada pregunta tenía un valor de cero o cinco puntos; cero si la respuesta era incorrecta y cinco si era correcta.

5. Tratamiento Estadístico:

Estadística Descriptiva:

- 5.1 Para las variables **sexo, especialidad, lectura del código deontológico, de salud, civil y penal** se utilizó frecuencia (  $f$  ).
- 5.2 Para las variables **edad, tiempo de ejercicio profesional y para la variable conocimiento de jurisprudencia médica** se utilizó la media (  $\bar{x}$  ) y desviación estandar (  $s$  ), (ver anexo 2).
- 5.3 Para la variable **implicación en demandas** se usó porcentaje o proporción (  $P$  ). (anexo 2)

Estadística Inferencial:

- 5.4 Para calcular el valor de la media de la población (  $\mu$  ) a partir de la media muestral (  $\bar{x}$  ) de la **variable conocimiento de jurisprudencia médica** se utilizó la prueba de **t student** (  $t$  ) pues se desconocía la varianza (  $\sigma^2$  ) de la población en su defecto se utilizó la desviación estandar de la muestra (  $s$  ), con 47 grados de libertad (  $g\bar{l}$  ) y un coeficiente de confiabilidad igual al 95%(  $\alpha$  ).
- 5.5 Para calcular la proporción de la población (  $P$  ) de variable **implicación en demandas** a partir de la proporción de la muestra (  $p$  ) se utilizó la distribución normal (  $z$  ), un coeficiente de confiabilidad del 95 % y el tamaño de la muestra igual a 48 (  $n$  ).
- 5.6 Para establecer la relación entre la variable **conocimiento de jurisprudencia médica** con **edad, sexo, tiempo de ejercicio profesional, y lectura de uno o más códigos** se utilizó el coeficiente de correlación (  $r$  )

6. Instrumento de Medición de las Variables

6.1 Instrumento:

Se usó un cuestionario estructurado de 30 preguntas (diseñado por el autor y asesores). Dividido en tres partes, parte I: datos generales(edad, sexo, tiempo de ejercicio profesional, año de graduación, especialidad; parte II: veinte preguntas de selección múltiple con cinco opciones por pregunta con una sola respuesta posible; parte III: diez preguntas, cinco de respuesta cerrada dicotómica (sí o no), cuatro de respuesta abierta breve, una de selección múltiple con cinco opciones y cinco respuestas posibles. Las

preguntas de la uno a la veinte, se usaron para cuantificar el conocimiento sobre Jurisprudencia Médica y sus siete aspectos, y se dividieron así: responsabilidad médica 45%, Ejercicio Legal e Ilegal de la medicina 20%, Etica o Deodontología Médica 15%, Secreto Médico 5%, Honorarios Médicos 5%, Certificados Médicos 5%, Pericias Médico-legales 5% (9,4,3,1,1.1,1,1 preguntas respectivamente). Se eligió preguntas del formato de selección múltiple por requerir menor tiempo de respuesta, de fácil codificación para uso en programas estadísticos para computadora, mayor facilidad para calificar y produce menos rechazo. (aunque no las mejores para medir conocimiento sobre un tema). Las preguntas veintiuno a la treinta recopilaban información general sobre lectura de los códigos que rigen el ejercicio de la práctica médica 40%, involucramiento en demandas civiles o penales 10%, sugerencias para mejorar la situación actual de la Jurisprudencia Médica y la Mala Práctica 40% y quién debería tomar y relizar éstas 10% (4,1,4,1 preguntas respectivamente).

- 6.2 Escala de Medición: para la ponderación del cuestionario se utilizó una escala numérica de cero a cien puntos.
- 6.3 Puntos por Pregunta: solo tenían valor numérico las preguntas de la uno a la veinte, cada pregunta tenía un valor de cero o cinco puntos; cero si la respuesta era incorrecta y cinco si era correcta.
- 6.4 Criterios para la Respuesta:
- a) correcta: si solo existía una respuesta y era la misma del instructivo.
  - b) incorrecta: si habían dos o más incisos marcados, si no había ningún inciso marcado, y si solo había un inciso marcado pero era diferente al del instructivo.
- 6.5 Definición operacional: **Se consideró como conocimientos adecuados un puntaje en la prueba mayor o igual a 51.00 puntos y como inadecuados un puntaje menor 51.00 puntos.**(51.00 es la nota mínima necesaria para considerar como aprobada una materia en la Universidad de San Carlos de Guatemala)

#### .7. Recolección de datos:

Los datos se recolectaron en el cuestionario estructurado ( ver anexo 1)

#### 8. Validación:

La muestra piloto sirvió como validación del cuestionario (15 cuestionarios), no encontrándose mayores problemas en su aplicación e interpretación no se modificó tomándose como parte de la muestra.

#### 9. Recopilación de los Datos:

Se realizaron visitas individuales a cada una de las residencias y/o clínicas de los médicos en donde, previa aceptación voluntaria de participación, se procedió a pasar el cuestionario.

La recolección de los cuestionarios se realizó de las siguientes formas: a) contestados en presencia del encuestador; b) entregados y recogidos en una segunda, tercera y hasta una sexta visita; c) devueltos por correo; d) entregados en la casa del autor; no importando la forma de recolección siempre se realizó utilizando la más cómoda y conveniente para el encuestado lo cual prolongó por 2 meses la recolección de los datos (1 de junio al 30 de julio).

Se realizaron un total de 215 visitas de las cuales solo se obtuvo respuesta a 48 cuestionarios (22.32% de respuesta); los motivos por los cuales hubo respuesta tan baja es atribuible a las siguientes causas generales: a) falta de deseo de participar; b) falta de tiempo; c) ausencia del área metropolitana del médico seleccionado ; d) pérdida de la encuesta en el sistema postal, etc.

#### 10. Tabulación de Datos:

Se realizó inicialmente en forma manual principiando con la limpieza, tachadura y se calificó cada cuestionario en una escala de 0-100 puntos, con base en el instructivo elaborado para el efecto, luego se digitaron los datos hacia un cuestionario hecho en el paquete estadístico Epi-Info 5.1b realizado 2 veces por diferente operador para mayor confiabilidad, por último se sometió al programa de validación del paquete estadístico.

## VII. PRESENTACION DE RESULTADO

1. **Características generales de la muestra** (Tablas 1 y 2). Un 52 % de los participantes son mujeres y 48 % son hombres ( veiticinco mujeres y veititres hombres). Respecto a la edad, osciló de 24 a 70 años, el 73 % de los participantes se ubicó entre 26.1 y 46.9 años; la media fue de 36.5 años para toda la muestra, de 41.3 años para los hombres y de 32.2 años para las mujeres lo que representó una diferencia de 9.1 años entre ambos sexos. El tiempo de ejercicio profesional (T.E.P) osciló de 0.5 a 37 años, el 79 % de los participantes se ubicó entre 1.2 y 19.4 años, la media fue de 10.3 para toda la muestra, para los hombres fue de 14.5 y para las mujeres de 6.5 lo que representó una diferencia de 8 años entre ambos sexos. Todos los tipos de especialidad profesional estuvieron representados y se distribuyeron de la siguiente manera: 1) sin especialidad: 43.75 % (medicina general 43.75 %), 2) especialidades básicas : 41.66 % (pediatría 4.16 %, medicina interna 4.16 %, obstetricia-ginecología 16.66 %, cirugía 8.33 %, traumatología 2.08 %, anestesiología 6.25 %), 3) especialidades anexas: 2.09 % (oftalmología 2.09 %), 4) especialidades de apoyo: 8.33 % (microbiología 2.08 %, salud pública 6.25 %), 5) no refirió especialidad: 4.17 %.
2. **Distribución del puntaje en el cuestionario** (Tabla 3 y 4) El puntaje en el cuestionario varió ampliamente de 20 a 90 puntos con una media de  $54.69 \pm 16.7$  puntos en la muestra, para la población la media se calculó con un 95 % de certeza en el intervalo entre 49.83 y 59.54 puntos, ( $t = 2.0141$ ;  $gl = 47$ ;  $\alpha = 0.05$ ). El 66.6 % de la muestra se ubicó por encima de los 50 puntos ( ver Tabla 4 y Gráfica 1). Existió una diferencia de 3.52 puntos entre hombres (56.52) y mujeres (53), que no se consideró significativa. Para los dos tipos principales de especialidad: Sin especialidad y Especialidades básicas se reportó una diferencia de 3.19 puntos la que nuevamente no se consideró significativa. Cuando se comparó tiempo de ejercicio profesional (TEP) con el puntaje se evidenció que al aumentar el primero aumentaba el segundo hasta establecerse una diferencia de 7.11 puntos entre intervalo de 0 a 5 años y de 18 a 23 años luego disminuyó en último intervalo hasta 18.89 puntos de diferencia por abajo de la media del primer intervalo esto, pareció establecer una relación entre TEP y puntaje en el cuestionario, pero la prueba de correlación no lo demostró (ver adelante). Lo mismo sucedió al comparar la lectura de códigos y el puntaje en el cuestionario pues hubo una diferencia de 22.18 puntos entre no haber leído ningún código y haber leído los cuatro, pero esta diferencia disminuyó drásticamente hasta 5.1 puntos entre no haber leído y haber leído tres códigos, lo que si se evidenciaba era que a mayor número de códigos leídos mayor puntaje, nuevamente al aplicarle la prueba de correlación no resultó significativa (ver adelante). Por último existió una diferencia de 16.33 puntos entre el grupo de demandados (70 pts) y no demandados (53.67 pts.).



**Tabla 1**  
**DISTRIBUCION DE LAS PRINCIPALES CARACTERISTICAS EN LA MUESTRA**

VARIABLES	CATEGORIAS	PORCENTAJE
SEXO		
n = 48	MASCULINO	48 %
	FEMENINO	52 %
EDAD*		
n = 47	23 - 29	27.66 %
	30 - 36	36.18 %
	37 - 43	14.90 %
	44 - 50	12.77 %
MEDIA = 36.5	51 - 57	02.12 %
	58 - 64	04.25 %
	65 - 71	02.12 %
TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL*		
n = 45	00 - 05	40.00 %
	06 - 11	28.89 %
	12 - 17	08.89 %
	18 - 23	13.33 %
MEDIA = 10.3	24 - 29	--
	30 - 35	06.66 %
	36 - 40	02.22 %

\* Dato en años.

\*\* FUENTE: El cuestionario estructurado.

**Tabla 2**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS TIPOS DE ESPECIALIDAD**

TIPO DE ESPECIALIDAD	SUBDIVISION	PORCENTAJE
1. Sin especialidad		43.75 %
n = 48	medicina general	43.75 %
2. Especialidades básicas :		41.66 %
n = 48	pediatría	04.16 %
	medicina interna	04.16 %
	obstetricia-ginecología	16.66 %
	cirugía	08.33 %
	traumatología	02.08 %
	anestesiología	06.25 %
3. Especialidades anexas:		2.08 %
n = 48	oftalmología	02.08 %
4. Especialidades de apoyo:		8.33 %
n = 48	microbiología	02.08 %
	salud pública	06.25 %
5. No refirió especialidad:		4.17 %
TOTAL		100 %

Fuente: cuestionario estructurado.

**Tabla 3**  
**DISTRIBUCION DEL PUNTEO EN EL CUESTIONARIO**

VARIABLES	CATEGORIAS	MEDIA DEL PUNTEO EN EL CUESTIONARIO	
SEXO			54.76 pts.
n = 48	Masculino	56.52 pts.	
	Femenino	53.00 pts.	
EDAD*			51.03 pts.
n = 47	23 - 29	52.69 pts.	
	30 - 36	52.66 pts.	
	37 - 43	68.57 pts.	
	44 - 50	59.33 pts.	
	51 - 57	55.00 pts.	
	58 - 64	35.00 pts.	
	65 - 71	35.00 pts.	
TIPO DE ESPECIALIDAD			
n = 46			
1. Sin especialidad	medicina general	56.19 pts.	56.19 pts.
2. Especialidades básicas :			47.50 pts.
	pediatria	55.00 pts.	
	medicina interna	50.00 pts.	
	obstetricia-ginecología	53.12 pts.	
	cirugía	61.25 pts.	
	traumatología	20.00 pts.	
	anestesiología	53.33 pts.	
3. Especialidades anexas:	oftalmología	80.00 pts.	80.00 pts.
4. Especialidades de apoyo:			46.66 pts.
	microbiología	45.00 pts.	
	salud pública	48.33 pts.	
TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL*			51.03 pts.
n = 46	00 - 05	53.89 pts.	
	06 - 11	54.62 pts.	
	12 - 17	60.00 pts.	
	18 - 23	61.00 pts.	
	24 - 29	--	
	30 - 35	41.67 pts.	
	36 - 40	35.00 pts.	
LECTURA DE CODIGOS			54.69 pts.
n = 48	Ninguno	51.15 pts.	
	Un Código	54.11 pts.	
	Dos Códigos	54.09 pts.	
	Tres Códigos	56.25 pts.	
	Cuatro Códigos	73.33 pts.	
IMPLICACION EN DEMANDAS			
n = 48	Implicados	70.00 pts.	
	No implicados	53.67 pts.	

\* Dato en años. \*\* FUENTE: El cuestionario estructurado.

3. **Situación de las demandas por mala práctica** (Tabla 5, Gráfica 2) La proporción de demandas fue del 6.3% (3 casos) para la muestra y la proporción para la población se estimó con un 95 % de confianza entre 0 y 12 % ( $z = 1.96$ ;  $P = 0.06$ ,  $n = 48$ ) las causas se atribuyeron principalmente a imprudencia 4.1% (2 casos) e impericia 2.1% (1 caso) . La edad media de los demandados fue de 36.00 años y el TEP medio fue de 11.50 lo que no representa una diferencia significativa respecto a la muestra.
  
4. **Lectura de códigos** (Tabla 6 y 7, Gráfica 3). El 62.5% de los encuestados refirieron haber leído el código de deontológico, 20.8% el de salud, 31.3% el civil y 16.7% el penal .
  
5. **Relación entre variables** (Tabla 8). El coeficiente de correlación para **punteo total en el cuestionario con edad, tiempo de ejercicio profesional, sexo y lectura de códigos** fue escasa o nula ( $r = -0.11, -0.12, -0.11, 0.24$  respectivamente). Esto indicó que el punteo total no dependió ni del sexo, ni de la edad, ni de el tiempo de ejercicio profesional, ni de la lectura previa de uno o más códigos por parte del encuestado.

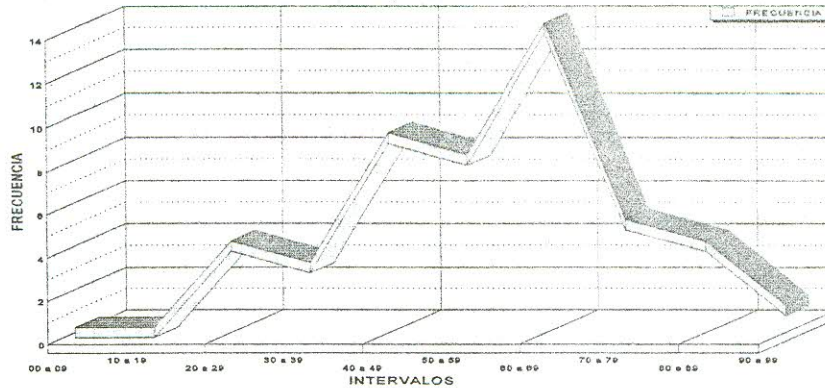
**Tabla 4**  
**DISTRIBUCION DEL PUNTEO DEL CUESTIONARIO**

PUNTEO DEL CUESTIONARIO POR INTERVALO DE CLASE	FRECUENCIA	(%)	PORCENTAJE ACUMULADO
20 a 29	4	8.4	8.4
30 a 39	3	6.3	14.7
40 a 49	9	18.7	33.4
50 a 59	8	16.7	50.1
60 a 69	14	29.2	79.3
70 a 79	5	10.4	89.7
80 a 89	4	8.2	97.9
90 a 99	1	2.1	100
TOTAL	48	100	100

\* FUENTE: Cuestionario estructurado.

GRAFICA 1

## DISTRIBUCION DEL PUNTEO EN INTERVALOS DE CLASE



FUENTE: Tabla 4

- Mala práctica causas y/o riesgos atribuidos** (Tabla 9). La principal causa y/o riesgo que los participantes le atribuyeron a la mala práctica fue la falta de conocimiento y actualización de ciencias básicas y médico-legales con 31.94 %, luego la falta de equipo o mal funcionamiento de éste representó el 19.44 %; los errores en el diagnóstico y tratamiento tuvieron un 8.33 % y el ejercicio ilegal de la medicina ocupó un 15.26 % ( imprudencia, negligencia e impericia ). El resto de causas representaron menos del 21 %.
- Acciones para prevenir la mala práctica** (Tabla 10). En opinión de los encuestados la acción más urgente para prevenirla es actualización y fortalecimiento de la enseñanza de la medicina general y legal dirigida a estudiantes y principalmente a profesionales con el 59.5 %; mejorar la enseñanza y supervisión de la medicina ocupó más del 21 %, el resto de acciones ocupó menos del 19 %.
- Instituciones que deben realizar o promover las acciones** (Tabla 11). La institución que debe ejecutar las acciones, según los participantes, debe ser el Colegio de Médicos y Cirujanos 43.8 %, la Universidad de San Carlos 8.4 %, y una combinación de éstas 27.2 %.

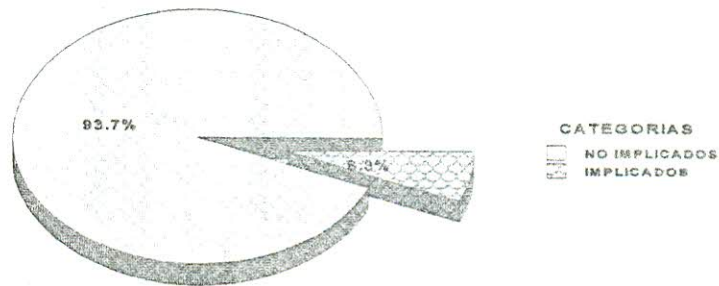
**TABLA 5**  
**MEDICOS IMPLICADOS EN DEMANDAS LEGALES**

CATEGORIA	SEXO				TOTAL		TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL EN AÑOS	MEDIA DEL PUNTEO POR GRUPO
	MASCULINO		FEMENINO					
	No	(%)	No	(%)	No	(%)		
IMPLICADOS	1	(2.1)	2	(4.2)	3	(6.3)	11.5	70
NO IMPLICADOS	22	(45.6)	23	(47.9)	45	(93.7)	10.18	53.67
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>(47.9)</b>	<b>25</b>	<b>(52.1)</b>	<b>48</b>	<b>(100)</b>	<b>10.27</b>	<b>54.67</b>

\* FUENTE: Pregunta número 22 de el cuestionario.

**GRAFICA 2**

**PROPORCION DE DEMANDAS EN LA MUESTRA**



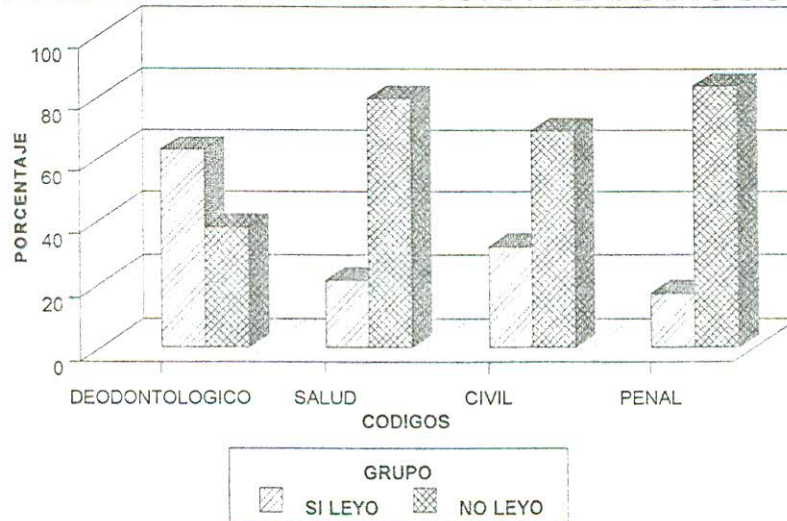
FUENTE: Tabla 5

**TABLA 6  
LECTURA DE CODIGOS**

CODIGO	DEODONTOLOGICO		SALUD		CIVIL		PENAL	
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
SI LEYO	30	62.5	10	20.8	15	31.3	8	16.7
NO LEYO	18	37.5	38	79.2	33	68.7	40	83.3
TOTAL	48	100	48	100	48	100	48	100

\* FUENTE: Preguntas 26-29 de el cuestionario.

**GRAFICA 3  
COMPARACION DE LECTURA DE CODIGOS**



FUENTE : Tabla 6

**TABLA 7**

**RELACION ENTRE LECTURA DE UNO O MAS CODIGOS Y  
CONOCIMIENTO DE JURISPRUDENCIA MEDICA**

NUMERO DE CODIGOS LEIDOS	No.	(%)	PUNTEO PROMEDIO
NINGUNO	13	(27.08)	51.15
UN CODIGO	17	(35.42)	54.11
DOS CODIGOS	11	(22.92)	54.09
TRES CODIGOS	4	(8.33)	56.25
CUATRO CODIGOS	3	(6.25)	73.33
TOTAL	48	100	57.786

\* FUENTE: Cuestionario estructurado..

**Tabla 8**

**RELACION ENTRE VARIABLES INDEPENDIENTES Y DEPENDIENTES**

VARIABLES INDEPENDIENTES	VARIABLE DEPENDIENTE	COEFICIENTE DE CORRELACION	SIGNIFICADO DEL COEFICIENTE DE CORRELACION
Edad	Punteo total en el cuestionario	-0.11	ESCASA O SIN CORRELACION
Sexo	Punteo total en el cuestionario	-0.11	ESCASA O SIN CORRELACION
Tiempo de ejercicio profesional	Punteo total en el cuestionario	-0.12	ESCASA O SIN CORRELACION
Lectura de códigos	Punteo total en el cuestionario	0.24	CIERTO GRADO DE CORRELACION

\* Fuente: cuestionario estructurado.

**Tabla 9**  
**CAUSAS O RIESGOS DE INCURRIR EN MALA PRACTICA**

CAUSAS	f	%
FALTA DE CONOCIMIENTOS TEORICO-LEGALES	23	31.94
FALTA DE EQUIPO, INSUMOS O MAL FUNCIONAMIENTO DE ESTOS	14	19.44
ERRORES EN EL DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO	6	8.33
IMPRUDENCIA	5	6.94
NEGLIGENCIA	3	4.16
IATROGENIA	4	5.55
AMBICION DE LUCRO	3	4.16
INEXPERIENCIA	3	4.16
DESCONOCIMIENTO DE LAS LIMITANTES PERSONALES	2	2.78
FALTA DE UNA HISTORIA CLINICA ADECUADA	2	2.78
POBREZA DEL PACIENTE	2	2.78
MALA PREPARACION ACADEMICA	2	2.78
USURPACION DE CALIDAD	1	1.4
SUBDESARROLLO	1	1.4
FALTA DE APOYO DE LOS MEDICOS DE OTRAS ESPECIALIDADES	1	1.4
TOTAL	72	100

\* FUENTE: Pregunta número 21 de el cuestionario.

**Tabla 10**  
**ACCIONES SUGERIDAS PARA EVITAR LA MALA PRACTICA**

ACCIONES	No.	%
ACTUALIZACION MEDICA Y LEGAL PARA ESTUDIANTES Y PROFESIONALES	28	59.5
SUPERVISION Y CONTROL DEL EJERCICIO MEDICO	6	12.7
MEJORAR LA EDUCACION DEL PACIENTE	2	4.3
MEJORAR Y REVISAR EL EQUIPO MEDICO EXISTENTE	3	6.3
MEJORAR LA ENSEÑANZA UNIVERSITARIA	4	8.6
MEJORAR LAS CUALIDADES PERSONALES	4	8.6
TOTAL	47	100

\* FUENTE: Pregunta número 24 de el cuestionario.



Tabla11

**INSTITUCIONES QUE DEBEN REALIZAR LAS ACCIONES SUGERIDAS**

INSTITUCION	No.	%
COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS	21	43.8
DOS O MAS INSTITUCIONES	13	27.2
LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA	4	8.4
NINGUNA	3	6.2
OTRAS	3	6.2
CADA MEDICO	3	6.2
LA DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD	1	2
LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA	--	--
TOTAL	48	100

\* FUENTE: Pregunta número 25 de el cuestionario.

## VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

### 1. *Características generales de la muestra*

*Sexo:* La proporción de mujeres médicos ha ido aumentando, en la actualidad casi 1/3 de los médicos son mujeres, en esta muestra la proporción de hombres fue ligeramente menor que la de mujeres (4 %), esto podría deberse a dos causas: a) la creciente incorporación de la mujer a los mercados productivos, lo que concuerda con investigaciones realizadas en Chile y México (14,23); b) las mujeres disponen de mayor tiempo en el hogar pues aún hoy en día ellas tratan de ocuparse en trabajos que les permitan el mayor tiempo posible en sus hogares o simplemente se dedican por completo a su hogar, lo cual en esta investigación representó mayor probabilidad de localizarse en su hogar y que dispusieran de mayor tiempo para contestar el cuestionario, lo que nuevamente concuerda con las investigaciones antes citadas.

*Edad:* En publicaciones previas se había puesto en evidencia una tendencia a rejuvenecer la población médica, fundamentalmente debido a un aumento en el número de egresados a partir de la década del 70 y 80 (14,23). Esta investigación contribuye a confirmar esta tendencia, debido a la alta proporción de egresados de los últimos años y el hecho de que el 63.84 % de los participantes en este estudio es menor de 36 años. Hubo una diferencia de 9.1 años entre la media de los hombres y las mujeres lo que se explica, como ya se mencionó antes, a la creciente incorporación de las mujeres al mercado de trabajo y al ámbito profesional.

*Tiempo de ejercicio profesional:* Con una población tan joven y con un alto porcentaje de mujeres era de esperar un tiempo de ejercicio profesional corto, y así lo confirma la media de esta variable que fue de 10.3 años y con un 69 % de los participantes por debajo de los 11 años de ejercicio; para los hombres fue ligeramente superior 14.5 años y para las mujeres fue bastante inferior 6.5 años, esto se explica por lo expuesto en los dos párrafos anteriores.

*Tipo de especialidad y su distribución:* Se ha planteado aquí como en otros países, que no existen bases claras para la formación de profesionales (14,23), perpetuándose en el tiempo una mala distribución general de ellos. ¿De qué depende hoy en día el número de médicos que se forman en cada una de las distintas especialidades?. Esto es función de varios factores: a) la disponibilidad de cupo en las distintas especialidades, que está determinada en última instancia por la cantidad y nivel de los recursos docentes, la disponibilidad de recursos materiales, la capacidad asistencial y la diversidad de la patología que se atiende; b) En menor medida depende de las preferencias que tienen los postulantes por determinadas especialidades. Idealmente la disponibilidad de cupos debería depender en primer lugar de las necesidades de especialistas del país, por regiones y número de habitantes, además de los factores ya mencionados, en base a estas necesidades deberían readecuarse las disponibilidades de cupos y orientarse a las

preferencias de los postulantes . Los resultados demuestran que casi la mitad de los encuestados no tenían especialidad (43.75 %) y otro porcentaje similar poseía una especialidad básica (41.66 %), esta distribución no concuerda con la observada en otros países donde entre el 45 al 67 % poseen una especialidad básica. Si bien la variable analizada (tipo de especialidad) no es un parámetro que permita medir los requerimientos de especialistas , si orienta hacia el problema, y parece confirmar la necesidad de ajustar la política de formación de especialistas.

## 2. *Distribución del punteo obtenido en el cuestionario*

La expresión "reglamentación profesional" puede designar tanto el proceso de elaboración de normas jurídicas que delimitan el ejercicio profesional de los productores de los servicios de salud como resultado del proceso, es decir, las normas mismas. La reglamentación de la producción de servicios generalmente tiene como consecuencia una restricción de las actividades de diagnóstico y tratamiento, con el fin de impedir que personas incompetentes o charlatanes pongan en peligro la salud y el bienestar de la población. Históricamente, han sido sobre todo los productores de servicios que se consideraban mejor preparados para proporcionar asistencia, como los médicos y, posteriormente, los farmacéuticos y los dentistas, quienes han luchado por la adopción de leyes restrictivas. Estos esfuerzos han alcanzado distintos grados de éxito según la sociedad, pero se puede afirmar que, en general, las legislaturas han aceptado el argumento de que sería peligroso permitir que cualquiera tenga acceso al mercado de los servicios de salud (11). Siendo el gremio médico el impulsor de normas que lo protegen de que personas no aptas ejerciten el arte de curar, ¿tendrá cada médico la obligación de conocer estas normas?. Con esta interrogante inicio el análisis de la variable: **punteo obtenido en el cuestionario**. La media del punteo para el cuestionario en la muestra (54.69 puntos) se consideró adecuada para los fines de este estudio; baste recordar la definición operacional: el punteo total obtenido en la prueba, se considerará como conocimientos adecuados un punteo en la prueba mayor o igual a 51.00 puntos y como inadecuados un punteo menor a 51.00 puntos. (51.00 es la nota mínima necesaria para considerar como aprobada una materia en la Universidad de San Carlos de Guatemala). Si a esto añadimos que dentro del pensum de la facultad de Ciencias Médicas no se contempla dentro de la cátedra de medicina legal las normas que rigen el ejercicio de la profesión, el punteo puede considerarse adecuado, más no bueno. Recordemos por un lado que el fin último de estas normas no es proteger al gremio médico sino garantizarle al paciente un servicio de óptima calidad con el menor riesgo posible. Y por otro representará esta media un margen adecuado de seguridad en el ejercicio de una profesión que es altamente riesgosa y que actualmente se encuentra en la mira de los bufetes de abogados y de las aseguradoras con fines de crear "el seguro médico", una entidad altamente rentable. La media de la población objetivo (médicos del área metropolitana de la ciudad de Guatemala), esta comprendida entre 49.83 a 59.54 puntos puede entonces considerarse como adecuada mas no como una garantía del conocimiento

adecuado de los derechos y obligaciones legales del médico si considerando que estamos en el área geográfica, económica y política de mayor importancia de en nuestro país y con mayor acceso a los medios de comunicación y cultura.

### 3. *Situación de las demandas por mala práctica*

La proporción de demandas en la muestra (6.3%) y en la población (0 a 12%) es baja comparada con otros países, en algunos estados de Los Estados Unidos la proporción está entre 20 % para especialidades médicas y hasta 50% en especialidades quirúrgicas (20). Esto podría explicarse básicamente por dos causas: a) falta de aceptación de de los participantes de estar involucrados en demandas por mala práctica; b) falta de asesoría jurídica en los pacientes que sufren el daño de la iatrogenia o malapráctica. Las causas de demandas por mala práctica en la muestra fueron: imprudencia (4.1%) e impericia (2.1%) lo que no coincide con lo expresado en otros estudios (Costa Rica, Chile, Brasil y Estados Unidos) donde ha sido negligencia la principal causa. Escapa a los alcances de este estudio definir los causales y podría ser el objetivo de futuras investigaciones (9, 18, 22, 24).

### 4. *Lectura de códigos*

La Bioética como revolución de la ética médica tiene un doble momento: en la apertura de la medicina, a la normatividad universal de la racionalidad filosófica y en el acomodamiento de la filosofía al modelo médico del razonamiento práctico. El aporte de la Bioética es triple: a) la introducción del sujeto moral (el paciente como agente racional y libre, con derecho de saber y decidir); b) la evaluación de la vida humana (criterio de la calidad de vida) y c) la justificación del derecho a la salud (como bien social primario y derecho de la tercera generación). La moderna Etica Biomédica es una moral civil crítica (forma parte del juicio clínico o sanitario) y democrática (pluralismo normativo y búsqueda del consenso). Sin darnos cuenta hemos pasado de la ética tradicional o deodotológica a la Bioética. Es pues imprescindible para el médico conocer y ejercer con responsabilidad sus derechos morales y legales, como hombre, ciudadano y sobre todo como médico, adaptandose a las nuevas corrientes para prestar un mejor servicio a la sociedad. Cómo entonces se podría aceptar que solo 62.5% de los encuestados refirieron haber leído el código deodontológico, 20.8% el código de salud , 31.3 % el código civil y 16.7% el penal. Esto representa para el código deodontológico un nivel bajo si consideramos que todos los médicos estamos obligados a conocerlo; en los restantes códigos el nivel de lectura varía de escaso a ninguno. Esto podría deberse a la falta de distribución y promoción de los códigos por parte de las entidades formadoras y supervisoras del ejercicio médico y a la falta de cultura moral y ciudadana, o a la falta de voluntad individual de conocer nuestros derechos y obligaciones (3).

## 5. *Relación entre variables*

El estudio evidenció correlación escasa o nula entre el **punteo total en el cuestionario con edad, tiempo de ejercicio profesional, sexo y lectura de códigos** ( $r = -0.11, -0.12, -0.11, 0.24$  respectivamente) Lo que demuestra que la edad y el tiempo de ejercicio profesional tuvieron escasa o ninguna influencia sobre el punteo individual y grupal; el sexo no significó una garantía de mayor conocimiento. Aunque la correlación establecida entre el punteo total y la lectura de uno o más códigos tuvo el coeficiente de correlación más alto ( $r = 0.24$ ) no evidenció una relación fuerte entre la lectura previa de los códigos y el grado de conocimientos. Es difícil y complejo atreverse a explicar la causalidad de este fenómeno, sin bases que le den sustento; queda pues en el ambiente la necesidad de poder plantear otras investigaciones para explicar este fenómeno.

## 6. *Mala práctica causas y/o riesgos atribuidos*

Las causas o riesgos que los entrevistados refirieron no concuerdan con los descritos en la literatura a excepción de los errores en el diagnóstico y tratamiento; esto puede explicarse ya que estos médicos lo ven como algo posible y no en base a la experiencia (20,22,24). La causa principal referida fue la falta de conocimientos de medicina general y legal (31.94 %), **es necesario aclarar que la desactualización, falta de conocimientos o falta de preparación no es responsabilidad de ninguna institución, pues ésta solo fijan los lineamientos que el educando ha de seguir, pero nunca lo preparan mal. El que se desactualiza o se prepara mal es el individuo como ente responsable de su autoformación; así pues el alegar ignorancia no exime de culpa sino la incrementa.**

## 7. *Acciones para prevenir la mala práctica y las entidades que deben realizarlas*

Al contrario del párrafo anterior las recomendaciones de los encuestados coinciden con las de la literatura latinoamericana en la forma que debe afrontarse el problema. Los encuestados refieren: la desactualización de conocimientos de medicina general y legal es la problemática principal que debe afrontarse a través de la actualización y fortalecimiento de la enseñanza de la medicina general y legal dirigida a estudiantes y profesionales, acompañada de una supervisión adecuada y continua por las instituciones a quienes compete. La Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina (de la cual Guatemala es miembro), dicta en sus postulados de abril de 1987: " 1. Con base en los postulados de OMS, la **Educación Médica Continua (EMC)**, es la destinada al médico después de finalizar las etapas de pregrado y de los estudios adicionales, generales o de especialización, con el propósito de mejorar su competencia profesional y corresponder a la confianza comunitaria en su formación científica y ética... 2. **La EMC es deber de la conciencia profesional de los médicos, así como de las Universidades, los organismos oficiales y las entidades científicas, profesionales y gremiales pertinentes...**" (2).

## IX. CONCLUSIONES

1. La media de los conocimientos sobre jurisprudencia médica fue de 54.69 puntos, la cual se considera adecuada para los fines del estudio.
2. La media de los conocimientos sobre jurisprudencia en la población objetivo, se estimó, con un 95% de confianza, dentro del intervalo de 49.83 a 59.54 puntos.
3. La proporción de demandas por mala práctica en la muestra, fue de 6.3% y se estimó para la población, con un 95% de confianza, entre 0 y 12%.
4. La correlación entre el grado de conocimientos sobre jurisprudencia médica con edad, tiempo de ejercicio profesional y sexo, fue escasa o nula ( $r < 0.25$ ).
5. La correlación entre el grado de conocimientos y la lectura de uno o más códigos puede calificarse como escasa ( $r = 0.24$ ).
6. La principal causa o riesgo de incurrir en mala práctica, referida por los encuestados, fue la falta de conocimientos o desactualización de las ciencias médicas básicas y medicina legal (31.94%).
7. En opinión de los encuestados, las principales acciones que deben tomarse para disminuir el riesgo de incurrir en mala práctica son: La actualización y fortalecimiento de la enseñanza de la medicina general y legal dirigida a estudiantes y profesionales; mejorar la supervisión del ejercicio médico y mejorar la relación entre médico y paciente.
8. Las instituciones que deben tomar acciones, según los encuestados, para prevenir la mala práctica, deben ser: En primer lugar El Colegio de Médicos y Cirujanos, en segundo lugar La Universidad De San Carlos de Guatemala y en tercer lugar La Dirección General de Servicios de Salud.

## X. RECOMENDACIONES

1. Fortalecer la enseñanza de la medicina general y especialmente la medicina legal y jurisprudencia médica para estudiantes y profesionales, a través de la Universidad de San Carlos para los primeros y El Colegio de Profesionales para los segundos.
2. Que las instituciones a quienes corresponda el control de los profesionales ejerza una supervisión adecuada para el ejercicio legal de la medicina estableciendo una licencia que deba renovarse periódicamente previo a sustentar una prueba de conocimientos básicos de su especialidad.
3. Promocionar el método de educación a distancia para todas las ramas profesionales, como una alternativa de bajo costo y tiempo, para obtener conocimientos actualizados sobre sus derechos y obligaciones morales, legales, civiles y penales.
4. Estimular la participación del gremio médico en investigación tanto como sujeto y objeto de ella.

## XI. RESUMEN

La jurisprudencia médica o derecho médico comprende el estudio de las normas legales que rigen el ejercicio de la medicina (18). El objetivo del presente estudio, fue evaluar el grado de conocimientos que los médicos del área metropolitana de la ciudad capital de Guatemala tienen sobre jurisprudencia médica y determinar el porcentaje de éstos que se han visto implicados en demandas civiles o penales por el ejercicio de su profesión y sugerir soluciones viables al problema ya que no existían estudios similares.

Se realizó un estudio de observación (Descriptivo-transversal); en el área metropolitana de la ciudad capital de Guatemala, entre los meses de junio y julio de 1994, los sujetos de estudio fueron 48 médicos interesados en participar en el estudio y cuya residencia y/o clínica se ubicaba dentro de este perímetro, fueron elegidos aleatoriamente dentro de un total de 6248 que son el total registrados en el directorio del Colegio de Médicos y Cirujanos para el año de 1994.

El conocimiento sobre jurisprudencia médica se determinó a través del punteo en el cuestionario, el que varía ampliamente de 20 a 90 puntos con una media de  $54.7 \pm 16.7$  para la muestra, para la población la media se encuentra entre 49.83 y 59.54 puntos, ( $t = 2.0141$ ;  $gl = 47$ ;  $\alpha = 0.05$ ). La proporción de demandas es del 6.3% (3 casos) para la muestra y la proporción para la población está entre 0 y 12% ( $z = 1.96$ ;  $P = 0.06$ ;  $n = 48$ ) las causas se atribuyeron principalmente a imprudencia 4.1% (2 casos) e impericia 2.1% (1 caso). El 62.5% de los encuestados refirieron haber leído el código de deontológico, 20.8% el de salud, 31.3% el civil y 16.7% el penal. El coeficiente de correlación para punteo total en el cuestionario con edad, tiempo de ejercicio profesional, sexo y lectura de códigos fue escasa o nula ( $r = -0.11, -0.12, -0.11, 0.24$  respectivamente).

La principal causa y/o riesgo que los participantes le atribuyen a la mala práctica fue la falta de conocimientos, desactualización de ciencias básicas y médico-legales; en su opinión la acción más urgente para prevenirla es actualización y fortalecimiento de la enseñanza de la medicina general y legal dirigida a estudiantes y principalmente a profesionales; las instituciones que debe ejecutar las acciones, según los participantes, debe ser el Colegio de Médicos y Cirujanos y la Universidad de San Carlos de Guatemala.



## XII. BIBLIOGRAFIA

### OBRAS CITADAS:

1. Acosta Guzmán, Alfonso. **Medicina Legal**. 2a. edición. San José. Imprenta española. 1946. 431 pp.
2. ALANAM. **Acuerdos de la Junta Directiva de ALANAM en Defensa de la Salud y la Vida**. *Rev. Méd. Chile*; 115 :1004-6, 1987.
3. Arrighi, Leocio. **Etica y Bioética en Medicina**. Boletín Argentino de la Academia Nacional de Medicina, vol. 70 - 2do sem. 1992.
4. Baldeomar Rivera, José Luis. Tesis de Médico y Cirujano. **La Etica en la Formación y Práctica del Médico en Guatemala**. 1992. 44 pp.
5. Bonnet, Emilio Federico P. **Medicina Legal**. Buenos Aires. Libreros Editores.
6. Carrillo, Arturo. **Lecciones de Medicina Forense y Toxicología**. 3a. edición. Guatemala, Editorial Universitaria. 1981. 353 pp.
7. Cochran, William G. **Técnicas de Muestreo**. México. Editorial Continental S. A. 1992. 513 pp.
8. Dawson-Saunders, Beth. **Bioestadística Médica**. México. Editorial El Manual Moderno. 1993. 380 pp.
9. Ferreres, Alberto. **Encuesta sobre aspectos éticos legales de la práctica profesional del cirujano**. *Rev. argent. cir*; 56(3/4):148-50, mar.-abr. 1989.
10. Grajeda Alonzo, Carlos E. "Síndrome de malpráctica" espectro de alto riesgo. *Rev. Col. Méd. Guatemala*; 33(4):6-11, 1982.
11. Guilles, Dussault. **La Reglamentación Profesional y Producción de Servicios de Salud**. *Educ. Med. Salud*, Vol. 26, No. 4 1992.
12. Mora, Carlos Federico. **Manual de Medicina Forense**. 2a. edición. Guatemala, Unión Tipográfica Castañeda. 1947. 759 pp.
13. Morales Reinoso, Sergio Alejandro. Tesis de Médico y Cirujano. **La Etica en la Formación y Práctica del Médico en Guatemala**. 1992. 48 pp.

14. Nigenda, Gustavo. **Los Sistemas Locales de Salud y el Mercado de Trabajo Médico: Resultados de un Estudio de Preferencias de Ubicación Geográfica.** Educ. Med. Salud, Vol. 24, No. 2, 1990.
15. Oxom H., Luz de María. Tesis de Médico y Cirujano. **Responsabilidad civil y penal en la práctica de la Medicina.** 1993. 44 pp.
16. Quiroz A., Alfonso. **Medicina Forense.** 5a. edición. México. Editorial Porrúa. 1986. 1110 pp.
17. Roemer, Milton. **Ética médica y orientación social de las enseñanzas de medicina.** Folleto mimeografiado, Facultad de Ciencias Médicas. Fase II Universidad de San Carlos de Guatemala. 1984. 10 pp.
18. Segre, Marco. **El médico y la Justicia.** AMB rev. Assoc. Méd. Bras; 31(5/6):106-8, mayo - junio. 1985.
19. Simonin Carrillo, Leopoldo. **Medicina Legal Judicial.** 2a. edición. Barcelona. Jims. 1966. 1162 pp.
20. Sloan, Frank A., et al. **Medical Malpractice Experience of physicians.** Jama, december 15, 1989- Vol 262, No. 23. 3291-3297 pp.
21. Soldato, Guillermo del. **Normas legales precautorias para el ejercicio de la cirugía.** Rev. argent. cir; 56(3/4):139-41, mar.-abr. 1989.
22. Soto O. Santiago. **Malpraxis.** Revista médica. Chile 111(5):505-9, 1983.
23. Ugalde, H. **Características de los Médicos Egresados de las Universidades Chilenas. Promociones 1978 - 1982. "Aspectos Demográficos y Formación de Post-grado".** Rev. Med. Chile, 1987; 115: 259-269.
24. Vargas, R. **Jurisprudencia médica o derecho médico y de odontología médica.** En su Medicina Legal. Costa Rica.
25. Velázquez Tepaz, Gilberto. Tesis de Médico y cirujano. **La ética en la formación y práctica del médico en Guatemala.** 1992. 55 pp.
26. Wayne W. Daniel. **Biestadística.** 3 edición, México, Editorial Limusa, 1992.

**LEYES :**

- A. Código Penal, Decreto 17-73, del Congreso de la República.
- B. Código Procesal Penal, Decreto 52-73 del Congreso de la República.  
(derogado el 30 de junio de 1994)
- C. Código Procesal Penal, Decreto 51-92 del Congreso de la República.
- D. Código de Salud, Decreto 45-79 del Congreso de la República.
- E. Código de Deontología Médica. Publicación del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, marzo de 1984.

## XIII. ANEXOS

## ANEXO I. CUESTIONARIO INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de enunciados completelos con UNA de las cinco opciones que a cada uno corresponden, por favor trate de responder todas las preguntas, si tiene dudas prugunte con toda confianza al encuestador al tel. 81532. Previo a contestar por favor asegurese de leer y estar de acuerdo con los siguientes incisos :

- a) Este cuestionario forma parte del trabajo de campo del proyecto de tesis "CONOCIMIENTO DE JURISPRUDENCIA MEDICA POR EL MEDICO DEL AREA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE GUATEMALA", el cual fue aprobado por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala con fecha 24 de enero de 1994; es Asesorada por el Dr. Miguel Chacón, Revisada por el Dr. Javier Oajaca y realizada por el Br. Hidalgo Werner Augusto Figueroa Benavente carnet 8613471, cédula de vecindad C-3 21657 extendida en PATZUN, CHIMALTENANGO; y con residencia en 7 av. 9-08 zona 2 Guatemala, tel. 81532 (ver notas adjuntas).
- b) Usted ha sido seleccionado al azar como parte de una muestra de 100 médicos con base en el listado proporcionado por el Colegio de Médicos y Cirujanos.
- c) Insistimos su participación es de carácter VOLUNTARIA Y ANONIMA.
- d) El cuestionario consta de 30 preguntas de selección múltiple (el tiempo de respuesta varía entre 15 a 25 minutos) y debe ser contestado individualmente y sin consultar texto alguno para disminuir el sesgo.
- e) El objetivo principal del presente trabajo es identificar la necesidad del gremio médico de conocer las obligaciones y derechos para apegar la práctica a la ley de acuerdo con los avances en la ciencia médica.
- f) Los resultados pretenden ser presentados al Colegio de Médicos y Cirujanos, así como en otro tipo de eventos realizados por agrupaciones médicas como una forma para motivar a que se refuercen los conocimientos sobre normas legales que rigen el ejercicio de la profesión médica en Guatemala para prevenir la mala práctica por desconocimiento.
- g) Agradecemos su colaboración de antemano, nos agradecería que fuese resolviendo el cuestionario, pero si no es así puede enviarlo en blanco y son bien recibidas sugerencias, críticas, correcciones, etc., *Por favor envíelo en el sobre adjunto que esta rotulado con la dirección del autor y está debidamente sellado con los timbres postales, por lo que le rogariamos depositarlo en el buzón de correos más cercano ó llamar al tel. 81532 de 20:00 a 23:00 hrs para que el autor lo pase a recoger a su casa, o puede pasar dejandolo en la dirección que aparece en el sobre adjunto.*

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS  
PROYECTO DE TESIS:

No. de Boleta: \_\_\_\_\_

"CONOCIMIENTO DE JURISPRUDENCIA MEDICA POR EL MEDICO DEL AREA METROPOLITANA"

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: M F TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

AÑO DE GRADUACION \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD : \_\_\_\_\_

1. ¿ En cuál de los siguientes casos NO puede develarse el secreto médico?
  - a. Denuncias de enfermedades transmisibles
  - b. Certificados médicos solicitados por autoridades judiciales
  - c. Dictámenes médico-legales
  - d. Divulgación del médico que atendió a un paciente herido que es buscado por la justicia.
  - e. A requerimiento de un abogado particular.
  
2. De los siguientes delitos, cuál o cuales por su profesión está en riesgo de cometer:
  - a. Aborto.
  - b. Lesiones.
  - c. Homicidio.
  - d. a y b son correctas.
  - e. a, b y c son correctas.
  
3. ¿ Debe recibir usted honorarios por un peritaje médico-legal ?
  - a. Sí.
  - b. No.
  - c. Algunas veces.
  - d. Solo los médicos forences pueden realizar peritajes médico-legales.
  - e. Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
  
4. ¿En cuál de los siguientes códigos se determina la tarifa de los honorarios médicos ?
  - a. Código Penal.
  - b. Código de Salud.
  - c. Código de Trabajo.
  - d. Código de Deodontología Médica.
  - e. Ninguno de los anteriores.
  
5. La usurpación de calidad es una falta :
  - a. Penal.
  - b. Civil.
  - c. Laboral.
  - d. a y b son correctas.
  - e. a, b y c son correctas.

6. ¿ Cómo se le llama al acto **anunciar, prescribir, administrar o aplicar cualquier medio real o suestamente** destinado al diagnóstico , pronóstico, tratamiento o prevención de enfermedades, en forma habitual, aunque lo hiciere en forma gratuita; que tiene por autor a persona sin título habilitante o con título pero sin autorización para ejercer la medicina o carreras afines ?
- a. Impericia
  - b. Negligencia
  - c. Imprudencia
  - d. Curanderismo.
  - e. Charlataneria.
7. ¿Cuál de las siguientes es una forma de ejercicio ilegal de la medicina ?
- a. Curanderismo.
  - b. Charlataneria.
  - c. Sesión de Diploma.
  - d. a y b son correctas.
  - e. a, b y c son correctas.
8. Cuando un médico actúa en ausencia de conocimientos fundamentales comete mala práctica por :
- a. Impericia
  - b. Negligencia
  - c. Imprudencia
  - d. Curanderismo.
  - e. Charlataneria.
9. Cuando un médico actúa en forma perezosa, con falta de celo profesional y falta de constancia, comete mala práctica por:
- a. Impericia
  - b. Negligencia
  - c. Imprudencia
  - d. Curanderismo.
  - e. Charlataneria.
10. Cuando un médico actúa en forma temerosa o precipitada incurre en mala práctica por :
- a. Impericia
  - b. Negligencia
  - c. Imprudencia
  - d. Curanderismo.
  - e. Charlataneria.
11. Una de las siguientes NO es una causa general atribuible a mala práctica demostrada:
- a. Errores en el diagnóstico
  - b. Errores en el tratamiento
  - c. Errores en el cobro a los pacientes
  - d. Daños secundarios a la terapia
  - e. Retrasos en el diagnóstico y/o tratamiento

12. ¿ Cómo se le llama al código que fija las normas fundamentales, no legales\*, que deben ser respetadas por los que se dedican al ejercicio de la medicina?
- a. Código civil
  - b. Código de Salud
  - c. Código de Deodontología Médica.
  - d. Código Penal
  - e. Ley de colegiación obligatoria.
13. ¿ Cuál de los siguientes NO es un capítulo que esté contemplado en el código anterior ?
- a. Relaciones del médico con sus colegas
  - b. De los delitos penales del médico
  - c. Relación médico-paciente
  - d. Secreto profesional
  - e. Trasplante de órganos
14. ¿ Sabe usted quién aplica las sanciones por violaciones a este código ?
- a. El Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala.
  - b. La Corte Suprema de Justicia.
  - c. La Dirección General de Servicios de Salud.
  - d. La Universidad de San Carlos de Guatemala.
  - e. Ninguno de los anteriores.
15. A la entidad que consiste en anunciar o permitir la curación de enfermedades a plazo fijo por medios secretos o supuestamente infalibles. El autor puede ser persona legalmente autorizada o no autorizada para el ejercicio de la medicina. Se le conoce como:
- a. Impericia
  - b. Negligencia
  - c. Imprudencia
  - d. Curanderismo.
  - e. Charlatanería.
16. A los efectos nocivos inevitables de la actuación profesional del médico y de los medios que emplea; se definen cómo:
- a. Impericia.
  - b. Negligencia.
  - c. Imprudencia.
  - d. Iatrogenia.
  - e. Mala práctica.
17. ¿ En cuál de las siguientes situaciones el médico puede verse enfrentando a la ley?
- a. Iatrogenia
  - b. Mala práctica
  - c. Responsabilidad dolosa
  - d. a y b son correctas.
  - e. a, b y c son correctas.

\* Desde el punto de vista jurídico entienda como normas no formales.



18. ¿ De los siguientes cual NO es un tipo de certificado médico que usted otorga por exigencia de leyes especiales ?
- a. Nacimiento
  - b. Defunción
  - c. Accidentes de Trabajo
  - d. Enfermedades crónicas
  - e. Embarazo y maternidad de empleados
19. Consiste en el ejercicio inadecuado de la profesión. ¿qué término corresponde a esta definición ?
- a. Impericia.
  - b. Negligencia.
  - c. Imprudencia.
  - d. Iatrogenia.
  - e. Mala práctica.
20. Según "El Reglamento para el Ejercicio de la Medicina y demás profesiones Conexas", se considera médico tratante o de cabecera y esta obligado a certificar la defunción del paciente si este falleciere al que lo atendió en las últimas:
- a. 12 horas
  - b. 24 horas
  - c. 36 horas
  - d. 48 horas
  - e. 72 horas
21. ¿ Cuáles considera usted que son las principales causas o riesgos que le pueden hacer incurrir en la mala práctica?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
22. ¿En el ejercicio de profesión ha sufrido usted incidente que lo haya implicado civil o penalmente ?
- SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
23. ¿ Si su respuesta fue sí, a qué atribuye el factor causal ?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

24. ¿ Qué acciones cree Ud. que deben tomarse para evitar la mala práctica?

---

---

---

25. ¿ Quién cree usted que debe realizar estas acciones ?

- a. El Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala.
- b. La Corte Suprema de Justicia.
- c. La Dirección General de Servicios de Salud.
- d. La Universidad de San Carlos de Guatemala.
- e. Otro. Especifique: \_\_\_\_\_

26. ¿ Ha leído Ud. el Código de Deontología médica ?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

27. ¿ Ha leído Ud. el Código de Salud?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

28. ¿ Ha leído Ud. el Código Civil?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

29. ¿ Ha leído Ud. el Código Penal?

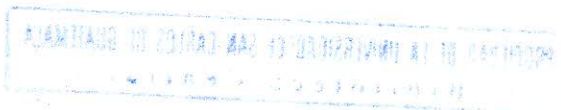
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

30. Desea hacer alguna sugerencia:

---

---

---



## INSTRUCTIVO PARA CALIFICAR EL CUESTIONARIO

Para las preguntas de la 1 a 20 solo existe una respuesta posible, se considerará como buena una pregunta si el inciso marcado concide con el presentado en este instructivo y es el único marcado; se considerará como mala una pregunta si el inciso marcado no concide con el presentado en este instructivo, si **hay dos o más** marcados o si no existe ninguno marcado. Las preguntas de la 21 a 30 no tienen calificación.

1. e. A requerimiento de un abogado particular.
2. e. a, b y c son correctas.
3. a. Sí puede, según el arancel del Organismo Judicial.
4. e. En ninguno.
5. a. Penal.
6. d. Curanderismo.
7. e. a, b y c son correctas.
8. a. Impericia.
9. b. Negligencia
10. c. Imprudencia
11. c. Errores en el cobro a los pacientes.
12. c. Código de Deodontología Médica.
13. b. De los delitos penales del médico
14. a. El Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala.
15. e. Charlataneria.
16. d. Iatrogenia.
17. e. a, b y c son correctas.
18. d. Enfermedades crónicas
19. e. Mala práctica.
20. d. 48 horas

## ANEXO II. FORMULAS

- a) Estimación del Tamaño de la muestra:

$$n = \frac{z^2 \sigma^2}{d^2}$$

$n$  = Tamaño de la muestra

$z$  = Coeficiente de confianza

$\sigma^2$  = Varianza de la de la variable en la población

$d$  = Unidades de amplitud (26)

- b) Estimación de la Media de la Muestra:

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n}$$

$\bar{x}$  = Media de la muestra.

$n$

$\sum_{i=1}^n x_i$  = Indica que debe sumarse todos los valores de la variable desde el primero hasta el último.

$n$  = Tamaño de la muestra.

- c) Estimación de la Variancia de la Muestra:

$$s^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}{n - 1}$$

$s^2$  = Variancia de la muestra.

$n$

$\sum_{i=1}^n x_i$  = Indica que debe sumarse todos los valores de la variable desde el primero hasta el último.

$n$  = Tamaño de la muestra.

$\bar{x}$  = Media de la muestra.

---

<sup>1</sup> Indica los grados de libertad (gl).