

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS



INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA:
FACTORES QUE INFLUYEN EN DEMANDAS POR RESPONSABILIDAD
MÉDICA

Presentado Por:

Diego Luis Chopin Pérez

Anna Paola Coto Guevara

Para Optar al Título de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA LEGAL

Asesora de investigación:

Dra. Carolina Eugenia Paz Barahona

Asesora metodológica:

Dra. Lizeth Yomara Lucero de Maravilla

SAN SALVADOR, DICIEMBRE DE 2021

INDICE

Contenido

INTRODUCCIÓN	IV
OBJETIVOS	6
Objetivo primario	6
Objetivos secundarios	6
GLOSARIO DE TERMINOS Y ABREVIATURAS	7
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA A TRATAR	12
Definición de Responsabilidad Médica	15
Tipos De Responsabilidad Médica	19
Responsabilidad Profesional Por Complicaciones Asociadas A La Práctica Médica.	23
Responsabilidad médica por complicaciones asociadas a intervenciones quirúrgicas.	24
Responsabilidad médica por complicaciones asociadas a intervenciones no quirúrgicas.	31
Marco legal	35
DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES Y LAS ACTIVIDADES	36
DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO.	36
PLAN DE INTERVENCIÓN Y PROTOCOLOS.	38
DEFINICIÓN DE ROLES POR NIVELES DE ATENCIÓN.	39
Diseño y métodos	40
Limitaciones y posibles sesgos	41

Consideraciones éticas	42
Organización del estudio	43
Conclusiones	44
Recomendaciones	45
ANEXOS	46
BIBLIOGRAFIA	61

INTRODUCCIÓN

La profesión médica desde tiempos antiguos se ha considerado un arte honorable, encaminado a velar por la vida, integridad de las personas y reestablecer el estado de salud de estas, a través de la implementación de los conocimientos del galeno, los recursos disponibles para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del enfermo.

Sin embargo, en las últimas décadas, las demandas por responsabilidad médica han aumentado, producto de diversos factores. Dentro de estos se mencionan, la asimilación de la autonomía del paciente, en la cual este se vuelve participe de su condición y ejerce su derecho de emitir opinión con respecto al abordaje de su padecimiento; así mismo, la concepción de que cualquier resultado negativo en el diagnóstico o tratamiento es meramente culpa del profesional de la salud y, por último, la despersonalización de la relación médico-paciente (1).

En este contexto, la responsabilidad médica se convierte en un tema de alta complejidad, que involucra diversos elementos para poder determinarla. Desde establecer si se trata de responsabilidad civil o penal, hasta determinar la modalidad de responsabilidad involucrada.

En la legislación salvadoreña se carece de tal término, de ahí que, para poder atribuir un delito relacionado con la responsabilidad médica, se hace uso de algunos términos como lesiones y homicidio culposos. Cabe la aclaración que estos términos son de uso exclusivo de los juristas que son los encargados de atribuir el tipo de delitos (2).

En ese sentido, El Instituto de Medicina Legal colabora con la administración de la justicia realizando la autopsia médico legal, en los casos de fallecidos por sospecha de mala praxis y la revisión de expedientes clínicos, en los casos que se pretende establecer un nexo causal entre el resultado obtenido de una intervención médica y el accionar médico.

Por lo tanto, esta investigación bibliográfica pretende conocer aquellos factores que motivan a los pacientes o familiares de estos a interponer demandas por responsabilidad médica, con la finalidad de promover la comunicación interinstitucional que permita mejorar la relación médico paciente en el área clínica e indirectamente la atención brindada; disminuyendo así dichas litigaciones. De igual manera, impulsar la unificación de aspectos a considerar para la realización de un análisis de expediente clínico, valoración de daño corporal y autopsia médico legal en casos específicos de responsabilidad médica plasmado en protocolos diseñados para dichos casos.

OBJETIVOS

Objetivo primario:

Identificar cuáles son los factores que motivan a los usuarios a interponer una demanda por responsabilidad médica.

Objetivos secundarios:

Establecer los elementos teóricos necesarios para la realización de un protocolo de análisis de revisión de expediente clínico.

Determinar cuáles son las especialidades médicas que están más frecuentemente involucradas en litigios por mala praxis.

Establecer cuáles son las razones más frecuentes por las que los pacientes, o sus familiares, demandan a los médicos en el contexto de una responsabilidad médica.

GLOSARIO DE TERMINOS Y ABREVIATURAS

Términos

1. Responsabilidad: Deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otra persona, a consecuencia de un delito, de una culpa o de otra causa legal. (3)
2. Responsabilidad civil: La obligación de resarcir en lo posible el daño causado y los perjuicios inferidos por uno mismo o por un tercero, y sin causa que excuse de ello. (4).
3. Responsabilidad penal: La que se concreta en la aplicación de una pena, por acción u omisión “dolosa o culposa” del autor de una u otra. (4)
4. Negligencia: Omisión de la diligencia o cuidado que debe ponerse en los negocios, en las relaciones con las personas y en el manejo o custodia de las cosas. (4).
5. Imprudencia: Omisión de las precauciones extremas, como consecuencia de la confianza y habitualidad que crea el desempeño de una actividad. (4).
6. Impericia: Se manifiesta cuando el profesional, técnico o auxiliar, prestador de servicios de atención médica, o el perito médico, carecen de los conocimientos científicos o técnicos y/o de la destreza necesaria para realizar un procedimiento determinado o para emitir una opinión, respectivamente. (4).
7. Inobservancia a la norma: Se integra cuando el facultativo no cumple las medidas que se imponen con carácter obligatorio (las prácticas médicas), tanto en los reglamentos de carácter general como específico, pudiendo derivando de la inobservancia una responsabilidad. (4).
8. Litigar: Proviene de la palabra latina litigium, y significa pleito o disputa; de lo anterior se deduce que basta con la inconformidad entre las voluntades de dos personas distintas para que surja un litigio. (5).
9. Lesiones: El que por cualquier medio, incluso por contagio, ocasionare a otro un daño en su salud, que menoscabe su integridad personal, hubiere producido incapacidad para atender las ocupaciones ordinarias o enfermedades por un período de cinco a veinte días, habiendo sido necesaria asistencia médica o quirúrgica. (2)

10. Lesiones culposas: Cuando las lesiones culposas se produjeren como consecuencia del ejercicio de una profesión o actividad médica o paramédica, se impondrá, además, la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de tal profesión o actividad. (2)
11. Homicidio: Delito consistente en matar a alguien sin que concurren las circunstancias de alevosía, precio o ensañamiento. (3).
12. Homicidio culposo: Si la muerte culposa se produjere como consecuencia del ejercicio de una profesión o actividad médica o paramédica, se impondrá, además, la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de tal profesión o actividad (2)
13. Lex artis médica: Conjunto de normas o criterios valorativos que el médico, en posesión de conocimientos, habilidades y destrezas, debe aplicar diligentemente en la situación concreta de un enfermo y que han sido universalmente aceptados por sus pares (6).
14. Mala praxis: Responsabilidad profesional por los actos realizados con negligencia (4)
15. Perito: El perito es un sujeto necesario de la relación procesal penal que, por medio de sus conocimientos especializados, suministra a los órganos encargados de la procuración y administración de justicia, la forma y medios de interpretar y apreciar los hechos que son sometidos a su pericia. (4)
16. Peritaje: Es la operación del especialista, traducida en puntos concretos, en inducciones razonadas y operaciones emitidas, como generalmente se dice, de acuerdo con su "leal saber y entender", y en donde se llega a conclusiones concretas. (6)
17. Protocolo: Serie ordenada de escrituras matrices y otros documentos que un notario o escribano autoriza y custodia con ciertas formalidades. (3).
18. Judicializar: Llevar por vía judicial un asunto que podría conducirse por otra vía, generalmente política (3).
19. Nexo causal: El principio de causalidad es muy bien aplicado en la filosofía y la ciencia, como lo cita Alvarado Marambio: "todo estado de cosas contingente tiene una causa". Las cosas no suceden de manera aislada, sino que una cosa esta

ligada a otra en proceso de interacción lo que ocurre primero se le llama causa y lo segundo efecto, lo que une a ambas se le llama nexa. (4).

20. Causa: Aquello que se considera como fundamento u origen de algo (3)
21. Efecto: Resultado o consecuencia, aquello que sigue por virtud a una causa (3)
22. Causa de muerte: Es la enfermedad, traumatismo o anormalidad que sola o en combinación es la causante del inicio de la secuencia de trastornos funcionales, ya sea breve o prolongada, que eventualmente culmina en la muerte (7)
23. Cirugía: Parte de la medicina que tiene por objeto curar las enfermedades por medio de operación (3).
24. Cirugía general: Comprende el diagnóstico y tratamiento de enfermedades que se resuelven por procedimientos quirúrgicos o potencialmente quirúrgicos (8).
25. Factor: Elemento o causa que actúan junto con otros (3).
26. Ilícito: Lo prohibido por la ley a causa de oponerse a la justicia, a la equidad, a la razón o a las buenas costumbres (9).
27. Jurisprudencia: Criterio sobre un problema jurídico establecido por una pluralidad de sentencias concordes (3).
28. Anafilaxia: Reacción alérgica aguda mediada por IgE que potencialmente pone en peligro la vida y que tiene lugar en personas previamente sensibilizadas cuando vuelven a exponerse al antígeno sensibilizador (8).
29. Síndrome de Burnout: Una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la vivencia de encontrarse agotado (10).
30. Incapacidad: Situación de enfermedad o de padecimiento físico o psíquico que impide a una persona de manera transitoria o definitiva, realizar una actividad profesional y que normalmente da derecho a una prestación de seguridad social (3).
31. Tipificar: En la legislación penal o sancionatoria, definir una acción u omisión concreta, a las que se asigna una pena o sanción (3).
32. Secuela: Trastorno o lesión que queda tras la curación de una enfermedad o un traumatismo, y que es consecuencia de ellos (3).
33. Cuantía: Es el valor de las cosas que se disputan en un litigio (11)

34. Indemnización: Resarcir de un daño o perjuicio, generalmente mediante compensación económica (3).
35. Idiosincrasia: Rasgos, temperamento, carácter, etcétera, distintivos y propios de un individuo o de una colectividad (3).
36. Resarcir: Indemnizar, reparar, compensar un daño, perjuicio o agravio (3).
37. Hospitalización: Internar a un enfermo a un hospital o clínica (3).
38. Demanda: Petición escrita formulada ante un tribunal de justicia y también el medio escrito a través del cual el demandante expone unos hechos y razona sus pretensiones frente al demandado, a un tribunal iniciando un proceso (12).
39. Reclamación: Oposición o contradicción que se hace a algo considerado injusto, o que no se consiente (3).
40. Fatalidad: Cualidad de fatal (3).
41. Severidad: Cualidad de severo. Duro en el trato o castigo. (3).
42. Sanción: Proceder impuesto por la autoridad pública al autor de una infracción a un deber jurídico (9).
43. Complicación: Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado (8).
44. Autopsia: Operación médica consistente en el examen de un cadáver que tiene por finalidad la determinación de la causa, el momento, o la etiología de una muerte sujeta a investigación judicial (13).
45. Legislatura: Tiempo durante el cual funcionan los cuerpos legislativos (3).
46. Criminalización: Asignar como etiqueta o calificativo a un individuo o grupo el carácter de criminal sin que haya sido sometido o condenado en un proceso penal (6)
47. Sentencia: Resolución de carácter jurídico que expresa una decisión definitiva sobre un proceso (que puede ser penal o civil) (4).
48. Perioperatorio: Alrededor del momento de la cirugía. Por lo general, este período se extiende desde que el paciente va al hospital o el consultorio médico hasta el momento en el que el paciente vuelve a la casa. (3).
49. Postoperatorio: Que se produce o aplica después de una operación quirúrgica (3).

50. Implicación: Acción y efecto de implicar o implicarse; repercusión o consecuencia de algo (3).

Abreviaturas:

1. CSJ: Corte Suprema de Justicia.
2. IML: Instituto de Medicina Legal.
3. FGR: Fiscalía General de la República.
4. COVID 19: Coronavirus 19
5. CP: Código Penal
6. MINSAL: Ministerio Nacional de Salud.
7. Art.: Artículo.
8. CPP: Código Procesal Penal.
9. CC: Código Civil.
10. Lit.: Literal.
11. Pág.: Página.
12. Párr.: Párrafo.
13. Vol.: Volumen.
14. Num.: Numeral.
15. Ref.: Referencia.
16. Inc.: Inciso.
17. F.: Folio.
18. RAM: Reacción adversa a medicamentos.
19. A. n. e.: Antes de nuestra era.
20. IAH: Índice de apnea-hipopnea.
21. IAM: Infarto agudo del miocardio.
22. TH: Trasplante de hígado.
23. AOS: Apnea obstructiva del sueño.
24. MD: Medicina Defensiva.
25. ICP: Intervención coronaria percutánea.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA A TRATAR

Desde hace mucho, la ética ha ocupado un lugar de importancia en el ejercicio de la medicina, tornando esta actividad más humana y procurando siempre que su actuación sea intachable, puesto que, desde la antigüedad, se ha considerado que el médico se ocupa de los bienes de mayor valor y significación para las personas: la vida, la integridad y la salud (1).

Es el profundo significado ético de los antiguos códigos deontológicos que, desde el famoso juramento Hipocrático, ayudaron a otorgar un carácter sacrosanto a la profesión del galeno, la cual se traducía en un paternalismo absoluto del médico sobre el enfermo, siendo considerado este último como una persona carente de derechos sanitarios, convirtiéndolo en un mero objeto de cuidados de salud.

En estos códigos, la palabra “derecho”, referida a los enfermos, no tiene cabida, ya que las obligaciones que le son exigidas al facultativo médico emanan de la grandeza de una profesión que lo pone al servicio del hombre enfermo, y no como una respuesta al derecho del enfermo de ser atendido médicamente. De esta forma, el sujeto enfermo, tal como es descrito en dichos códigos deontológicos, aparece como un individuo humano carente de capacidad de discernimiento y decisión, que se entrega completamente a las manos sanadoras del médico (1)

La exigencia de responsabilidad a los profesionales médicos se remonta al código de Hammurabi en el año 1750 a.n.e, y en las leyes de diversas culturas, tanto griega como romana y egipcia se hace referencia al comportamiento del médico, incluidas graves sanciones cuando la conducta del facultativo reportaba algún daño a la persona (14).

En la última década se han realizado una serie de estudios referentes a la responsabilidad médica; en uno de ellos sobre la frecuencia de las causas de quejas contra especialistas en medicina de emergencia reportados en archivos de medicina forense en Estados Unidos y Europa en donde se evidenció que en el 56% de los casos

el motivo de demanda fue la muerte del paciente, y hubo cerca de un 70% de casos desestimados al demostrar la inocencia del médico (15).

Sumado a lo anterior en los sistemas de puntuación de trauma para determinar responsabilidad en caso de muerte traumática con reclamo de mala praxis médica, se observó que el 44% de los casos estaban relacionados con cirugía general, un 24% con neurocirugía y 16% con cirugía cardiovascular, poniendo en evidencia una relación entre las especialidades y subespecialidades intervencionistas con las demandas por responsabilidad médica (16).

La mayoría de estudios sobre responsabilidad médica se basan en las especialidades involucradas y factores demográficos de los pacientes; sin embargo, cabe mencionar que el factor humano del personal involucrado es de suma importancia, concluyendo que las personas con bajo nivel de inteligencia emocional aumentan el riesgo de litigaciones por mala praxis médica (17).

Como podemos observar la responsabilidad médica es un tema de actualidad y una de las materias jurídicas de mayor desarrollo teórico, con gran repercusión en la salud, tanto en la práctica asistencial, como en la economía de las instituciones. Tal es así, que en las últimas décadas adquiere mayor impulso, como repuesta a cambios sociales y culturales, entre los cuales cabe mencionar los siguientes:

- 1) Los avances de la medicina, donde los logros de ésta, al aumentar la expectativa de vida y resolver progresivamente una mayor cantidad de situaciones críticas, instalan en el inconsciente colectivo, la idea de que la muerte o la enfermedad deben obedecer a una falla de la medicina y, en consecuencia, tener un responsable.
- 2) Los cambios en la forma de prestación asistencial y la mayor complejidad de la tarea asistencial, modifica cualitativamente la relación médico-paciente, despersonalizándose.
- 3) El cambio de paradigma desde el paternalismo médico a la autonomía del paciente. Este cambio de paradigma en la relación médico-paciente favorece el cuestionamiento del médico y estimula el reconocimiento de los derechos del paciente.

Como resultado de los anteriores cambios, la práctica médica está indisolublemente ligada al derecho; por lo que, la seguridad del paciente y el riesgo de reclamaciones por presunta mala praxis o mala práctica por parte del profesional de la salud hacia un paciente, ya sea en la consulta privada o en un servicio de salud pública, ha aumentado en los últimos tiempos, lo cual hace que la responsabilidad profesional sea actualmente un tema prioritario de primer orden en el ámbito de la medicina (14).

Por ende, la relación entre la Medicina y el Derecho se ha tornado cada vez más difícil, a pesar de que ambas disciplinas propenden por el bienestar social, pareciera que al Derecho le correspondiera salir en defensa de la sociedad frente de la medicina, y a su vez, la Medicina, tuviera que actuar a la defensiva ante a la mirada inquisitiva del Derecho.

Una vez que la práctica médica abandonó su tradición, el principio de beneficencia que la regía cedió su anterior primacía al principio de la autonomía. Hoy, cuando el paciente manifiesta su decisión frente a un tratamiento que le plantea su médico, desplaza el principio de beneficencia, y resulta de menor importancia que el derecho a la autonomía (18).

Se ha consolidado definitivamente la evolución de la concepción del paciente como sujeto pasivo en la relación médica, a la del paciente como titular de derechos. Es allí que encontramos el primer freno al acto médico. El profesional deberá ceñirse a lo permitido por el paciente, so pena de extralimitarse en aquella autorización dada por este a la hora de consultarlo y tener consecuencias jurídicas.

Lo anterior es una muestra de que el acto médico dejó de ser una práctica meramente asistencial y de cara al paciente para entrar en terrenos legales, de obligaciones, contrato y, sobre todo, de consecuencias jurídicas (18).

Definición de Responsabilidad Médica

El acto médico es una forma especial de relación entre personas, que surge en el momento en el cual, una persona afligida por su estado de salud –paciente– acude a una segunda –médico para que con base en sus conocimientos y técnicas la restablezca al estado en que se encontraba; el médico, por su parte, deberá orientar todos sus esfuerzos para lograr este objetivo (18).

Visto de esta manera, el acto médico es un contrato verbal entre dos personas en el cual cada una de ellas se compromete a unas obligaciones determinadas.

Para el cumplimiento de las obligaciones asumidas por el profesional de la salud, éste acude a sus conocimientos, entrenamiento y se apoya de los recursos técnicos y tecnológicos; es decir, emplea todos los medios disponibles para llevar a cabo un tratamiento o, si se requiere, para adelantar un procedimiento, con miras a una sola finalidad: la recuperación de la salud del paciente.

Entonces, según Tamayo (18), “La responsabilidad es la consecuencia jurídica en virtud de la cual, quien se ha comportado de forma ilícita debe indemnizar los daños producidos a terceros”.

La responsabilidad médica es aquella que surge en el momento que un profesional de la salud, llámese persona natural o jurídica, que con su actuación ilícita ocasiona un daño real a uno de sus pacientes, teniendo la obligación de resarcir los perjuicios que cause al paciente mismo o a su familia. Para la configuración del daño se deben dar unos elementos, los cuales son fundamentales en la teoría de la responsabilidad civil y otros elementos especiales de la responsabilidad médica (18).

Para que sea real y efectiva la responsabilidad médica se deben cumplir los siguientes requisitos: la actuación debe ser realizada por un profesional del área de la salud; debe concurrir a esta acción un evento dañoso y una conducta antijurídica imputable al

profesional o al centro hospitalario donde se prestó el servicio; y, lo más importante, una relación causa/efecto entre la actuación del prestador de servicios de salud y el resultado dañino. Debe añadirse que la conducta puede ser analizada por la acción o la omisión del prestador y que produzca un resultado dañoso al sujeto pasivo (paciente-familia) (19)

En la doctrina de Deik, se considera que participan en la responsabilidad médica, varios elementos principales: el primero de ellos, el sujeto activo, es el actor quien debe ser un profesional de la salud, sujeto que intervenga mediante su labor en el área (enfermera, paramédico, entre otros); el segundo componente, es el elemento objetivo, el cual consiste en el daño en la salud o la vida de una persona, tratándose desde una lesión hasta la muerte del sujeto pasivo.

En tercer lugar, se ubica un elemento subjetivo, consistente en que la acción sea realizada con culpa, desplegando la conducta con imprudencia, impericia, negligencia o violación de reglamentos. Por último, se analiza el elemento de la causalidad, la relación causal entre el acto médico o del profesional de la salud y el daño que realmente afecta al paciente (19)

Se considera que el nexo causal o relación de causalidad como también se le llama es el eslabón que une una causa para que produzca un efecto, es decir, un antecedente con una consecuencia, si no se puede establecer la relación causal de determinada situación no es posible determinar que esa causa provocara el daño que se le atribuye. A nivel jurídico es indispensable para determinar la responsabilidad del autor de un hecho ilícito (20)

El principio de causalidad es muy bien aplicado en la filosofía y la ciencia, como lo cita Alvarado Marambio: “todo estado de cosas contingente tiene una causa”. Las cosas no suceden de manera aislada, sino que una cosa esta ligada a otra en proceso de interacción lo que ocurre primero se le llama causa y lo segundo efecto, lo que une a ambas se le llama nexo.

Es así como el peritaje médico establece la relación de causalidad entre un hecho denunciado y el daño causado, consiste en determinar si hubo daño para que la

Autoridad Judicial determine al responsable, que debe responder por los actos cometidos para que se haga justicia. (20)

En términos de la responsabilidad médica se supone que el médico está para brindar una atención adecuada a sus pacientes y por lo tanto debe ser muy cuidadoso con su trabajo, cuando se falta al deber de cuidado, una actitud negligente, imprudente, de impericia o inobservancia de reglamentos va a tener efectos o consecuencias sobre la integridad del paciente, y se requiere un análisis minucioso de los detalles para establecer la relación causal (20)

Igual importancia reviste el tema del consentimiento informado cuando se pretenda una intervención de un paciente, en todos los casos, se debe permitir una información por parte del profesional de la salud, en la que debe indicarse qué procedimiento es el que se va a llevar a cabo, las consecuencias que puede tener y los beneficios del mismo; al presentarle al paciente los riesgos de la intervención de que se trate, el consentimiento debe darse de forma voluntaria y consciente; de manera preferible se debe firmar por las partes el documento donde se da a conocer la voluntad y en el que se aceptan los riesgos posibles.

La problemática planteada dentro del tema del consentimiento informado es de gran relevancia dentro de la responsabilidad médica, aún en presencia de la materialización de un riesgo que se había informado, pero el daño es consecuencia de un obrar negligente o culposo por parte del médico, debe reconocérsele a las víctimas el perjuicio que se les cause (19)

Las demandas por responsabilidad médica son una situación actual, compleja y costosa, que concierne a los profesionales e instituciones de salud, a los pacientes y a sus allegados, a los legisladores, las autoridades judiciales y los administradores de recursos, entre otros. Son la punta del iceberg del problema central de la atención de la salud y las enfermedades: la seguridad del paciente.

Dicha seguridad se refiere a las normas, las prácticas y los sistemas relacionados con la prevención de lesiones médicas. Generalmente, las políticas para abordar la

responsabilidad médica se han centrado en la limitación de las sentencias por los daños ocasionados y en las reformas de los seguros, sin atender de manera efectiva el trasfondo de ello: la prevención de los errores médicos y de la mala práctica (21)

Para la jurisprudencia, la culpa medica aparece preferentemente como un apartamiento de las orientaciones referenciales contenidas en protocolos o guías clínicas.

Teóricamente, la culpa medica supone infracción a la *lex artis*, pero esta no es una auténtica ley sino un conjunto más o menos inorgánico de criterios valorativos propios del oficio. Eventualmente los protocolos pueden facilitar el reconocimiento de las reglas del arte (es más, un fallo *Morales Cancino* habla de “protocolo constitutivo de la *lex artis*”). Por esta vía, un comportamiento distinto al sugerido por el protocolo medico puede tenerse por infracción a la *lex artis*. (22)

El reconocimiento de la culpa medica se ve facilitado por esta “codificación” flexible de los deberes de conducta asociados a determinados tratamientos. Este método ofrece dos ventajas a la jurisprudencia. Por una parte, simplifica el establecimiento de deberes inherentes a una disciplina científica en la que los jueces normalmente no tienen *expertise*; en vez de arriesgarse a descubrir esos deberes, los jueces descansan en la autoridad de los protocolos (independientemente de su déficit normativo o de su carácter no exhaustivo) (22)

Por otra parte, la falta de servicio aparece constituida, como si fuese una culpa infraccional, por el solo hecho de transgredirse alguna de las recomendaciones contenidas en estos documentos, de un modo relativamente mecánico. Paradójicamente, la frecuencia con que son reconocidas faltas de servicio de diagnóstico y de ejecución del tratamiento sugiere que la prescripción del tratamiento es difícilmente censurable. El peso estadístico del error de diagnóstico revela que la jurisprudencia prefiere detectar fallas en el procedimiento que condiciona el tratamiento, antes que juzgar su mérito intrínseco. Sin embargo, este método “procedimentalista” genera la

apariencia engañosa de que el diagnóstico es una operación mecánica y no un ejercicio dominado también por criterios prudenciales.

Por su parte, la recurrencia de las faltas cometidas en la administración material del tratamiento sugiere que, para los jueces, una vez decidido el tratamiento solo cabe ejecutarlo con fidelidad. Aunque aquí también caben juicios prudenciales, en la práctica parece más sencillo controlar estos aspectos que penetrar en la justificación técnica del tratamiento (22)

Tipos De Responsabilidad Médica

La negligencia médica puede originar responsabilidad civil, la cual genera una acción para que la víctima pueda presentar una demanda requiriendo la indemnización de los perjuicios causados, ya sean materiales o morales. Empero, la acción de la víctima no es sempiterna, quedando limitada por el tiempo y, en lenguaje jurídico, por la prescripción, que constituye un modo de extinguir las acciones (23)

El actuar médico también puede incurrir en responsabilidad penal; sin embargo, no cualquier transgresión formal o material de las normas deontológicas o reglas jurídicas que disciplinan el ejercicio de las profesiones sanitarias puede ser sancionada por el derecho penal; el cual, nunca olvidemos, está sometido a los inamovibles principios de la “previa tipificación” y de la “intervención mínima del derecho sancionador penal” (24).

Resulta fácil encontrar otras contravenciones de deberes legales y/o deontológicos que, aunque pueda derivar de ellas una responsabilidad civil (como sucede con incumplimientos relacionados con la correcta obtención del consentimiento informado del paciente para realizar una intervención médica específica), no tienen por qué ser por sí mismas constitutivas de una concreta infracción penal. (25)

En cuanto a los criterios de imputación, es fundamental determinar el criterio aplicable y el contenido de la responsabilidad. En cuanto al primero, la doctrina coincide en la existencia de dos criterios perfectamente diferenciados: el subjetivo y el objetivo. En el

subjetivo, la imputación de responsabilidad dependerá de la culpa o negligencia del agente causante del daño; en el objetivo solo se tomará en cuenta el resultado, o sea el daño provocado por acción u omisión, sin importar la actividad volitiva del agente.

En cuanto al concepto de obligación de responsabilidad se plantea la posibilidad de reparar los daños patrimoniales y los daños morales, con especial referencia a los daños corporales, que en caso de la actuación médica pueden ser muy relevantes; y de indemnizar los perjuicios que puedan provocarse en el ejercicio de la actividad médica (26).

Factores Influyentes en las Demandas por Responsabilidad Médica

Es imprescindible señalar que existen diversos factores para disminuir los problemas legales que sufren los profesionales de la salud en su ejercicio diario. Algunos de ellos, no relacionados directamente con la práctica asistencial en sí misma y que son más difíciles de resolver, los llamados “Factores de tipo no asistencial”; los que comprenden a los generados por las formas de organización en el sistema de prestación de salud; los medios de comunicación; los abogados; la sociedad; el sistema educativo de pre y postgrado en las Facultades de medicina; los avances tecnológicos. (14)

Los otros, que si forman parte de la atención médica y que deberían ser de más fácil resolución, y que son denominados “Factores de tipo asistencial”, que comprenden entre ellos: practicar el ejercicio profesional fuera de los límites de competencia (negligencia, impericia, imprudencia); garantizar el buen resultado; no requerimiento u omisión del consentimiento informado; redacción inadecuada de las historias clínicas; archivo incorrecto de la documentación; inadecuada relación profesional-paciente, etc. (14)

En lo concerniente a los factores de riesgo de tipo no asistencial que tienen que ver con las demandas por mala praxis, corresponde conocer las causas más importantes para cada uno de los mismos como los siguientes:

1. Para los generados por las formas de organización en el sistema de prestación de salud:
 - a. Personal de salud y optimización de recursos humanos limitado.

- b. Carencia de elementos o medios materiales tecnológicos para la resolución de los diferentes problemas de salud.
 - c. Tiempo insuficiente para la atención de los pacientes.
 - d. Distribución caótica de pacientes, que obliga a la sobrecarga horaria.
 - e. Relación profesional/paciente despersonalizada.
 - f. Congelamiento de cargos o ausencia de ascensos de categoría en el sector público.
 - g. Escasos o nulos concursos de méritos públicos para ascensos de categoría.
 - h. Falta de incentivo para una adecuada capacitación del personal de salud.
2. Para los generados por los medios de comunicación:
- a. Incremento indiscriminado en la adquisición de conocimientos médicos científicos, con la consiguiente distorsión por la población en general.
 - b. Falta de regulación en el manejo de información de casos puntuales de presunta mala praxis.
3. Para los generados por los abogados:
- a. Actividad de los abogados dirigida en contra de los profesionales en forma indiscriminada sin analizar los fundamentos de la acusación.
4. Para los generados por la sociedad:
- a. Los adelantos en el área de salud crearon la idea en el paciente que su curación es un derecho absoluto, siendo la práctica profesional de resultado infalible.
 - b. La interposición de demandas en forma indiscriminada con fines meramente lucrativos.
 - c. Autodiagnóstico y automedicación sobre la base de información consultada en medios sociales informáticos sin ningún fundamento científico.
5. Para los generados por el sistema educativo de pre y postgrado:

- a. Insuficiente formación sobre la responsabilidad profesional en el currículo de grado.
 - b. Deficiente formación asistencial, motivada por la práctica masiva de los alumnos que no permite el trato personalizado con el paciente.
 - c. Dificultad en la actualización permanente de conocimientos en el postgrado.
6. Para los generados por los avances tecnológicos:
- a. La llegada de la alta tecnología trajo consigo un deterioro de la relación profesional/paciente, con sobreabundancia de solicitud de estudios y su deshumanización de la atención (14)

Con base en lo anterior, se señala que una mala comunicación entre el médico y el paciente es uno de los factores más importantes que afecta el buen uso del proceso de atención médica (27).

Por lo tanto, la mejor manera de evitar la mala praxis y sus consecuencias es el ejercicio de una medicina asertiva, fundamentada en un conocimiento sólido, actualizado y basado en evidencias; practicar estrategias para establecer una buena comunicación con el paciente y sus familiares, conocer y respetar los derechos del paciente, conocer las obligaciones que le imponen las leyes y hacer respetar sus derechos como médico (28)

Así mismo, en el ejercicio de la actividad médica se genera una relación jurídica. El criterio de imputación predominante en la responsabilidad civil del médico debe ser el subjetivo, valorando en todo caso su pericia y destreza en el ejercicio de la profesión. Los daños por la actuación negligente del personal médico pueden ser de índole patrimonial o moral; ambos deber ser reparados e indemnizados según las normas vigentes (26)

Ya lo menciona Roberto Sotomayor, en La Tercera, en una carta en la que propone una judicatura especial para atender a las personas insatisfechas con la atención en salud, pues todo indica que es tiempo de propiciar un modelo que, siendo justo y oportuno, evite

la criminalización de los profesionales y dé respuesta a los requerimientos de los pacientes, pues, tal como consigan múltiples autores la mayoría de las veces sólo quieren una explicación y/o disculpas (26)

Responsabilidad Profesional Por Complicaciones Asociadas A La Práctica Médica.

Para ahondar en el entendimiento de la génesis de las litigaciones por responsabilidad médica, se deben tomar en cuenta factores tanto intrínsecos como extrínsecos a la asistencia médica, y este acápite hace referencia a las consecuencias propias del actuar médico.

Como se mencionó previamente en este texto, existe una relación estrecha estadística entre las especialidades médicas y la incidencia de demandas por responsabilidad médica, estando a la cabeza las especialidades quirúrgicas, siendo más específicos, aquellas diferentes a la ginecología y obstetricia (45%), seguida muy de cerca por la especialidad de ginecología y obstetricia (41%) acorde a estudios en Bogotá, Colombia, realizados en el año 2012 (21)

Teniendo en cuenta lo anterior es importante, desde el punto médico legal, revisar las complicaciones asociadas al actuar médico que son más comunes, exigiendo un mayor enfoque en las intervenciones quirúrgicas, las cuales, a pesar de los avances técnicos y tecnológicos, no están exentas a complicaciones, ya sea por los riesgos propios a su naturaleza o por la complejidad de los procedimientos, como en el casos de laringectomías en pacientes con cáncer laríngeo, o trasplantes de hígado (29)

Dentro de la sala de operaciones no solamente interviene el cirujano o gineco obstetra, sino además cada uno de los miembros del equipo, ya sea auxiliares, otros médicos y anestesistas, siendo éstos últimos importantes debido al riesgo de complicaciones en sus acciones (30).

Cabe agregar que, dentro de los aspectos de la atención médica a considerar, existe una tendencia justificada al análisis de los procedimientos quirúrgicos para valorar la

incidencia de complicaciones, pero muchas de las mismas se producen en el período posoperatorio, por lo tanto, el análisis médico legal debe abordar dicha fase tomando en cuenta el número de controles por parte del médico que intervino, o por allegados de la especialidad, además de los factores a los que pudo estar expuesto el paciente, como prolongación en su estadía, reacción adversa a medicamentos o infecciones con o sin resistencia a antibióticos. (29)

Responsabilidad médica por complicaciones asociadas a intervenciones quirúrgicas.

Las intervenciones quirúrgicas constituyen los motivos más frecuentes de reclamaciones de responsabilidad profesional. Dentro de la cirugía, los aspectos más conflictivos se dan por defectos de consentimiento, por la anestesia o por el propio resultado de la intervención; la cirugía plástica o reparadora tiene su problemática particular.

La valoración de los resultados de la intervención se plantea después de terminado todo el proceso, a la vista de los resultados obtenidos que el enfermo o sus familiares consideran inadecuados como consecuencia de una falta cometida. Tales resultados desfavorables pueden ser la muerte del operado o haber quedado secuelas de diversa naturaleza.

Para decidir sobre estas reclamaciones, los tribunales toman en consideración múltiples elementos, cuyo análisis se hace a través de una peritación médico legal, los principales son: La importancia del riesgo operatorio implícito, la precisión del diagnóstico preoperatorio, el estado general y patologías intercurrentes, la técnica quirúrgica realizada, la existencia de características anatómicas que requieran cuidados especiales y, los cuidados y vigilancia postoperatorias (31).

El análisis de las reclamaciones por presunta mala praxis que finaliza en indemnización permite recomendar actuaciones específicas en materia de seguridad clínica y jurídica.

Acorde a Alimohammadie et al (15), en su estudio de 2018, la más alta incidencia de atenciones en las unidades de emergencia, así como de reclamaciones, fueron los

traumas, lo cual implica alta demanda de procedimientos quirúrgicos de cuyas complicaciones pueden resultar dichas reclamaciones.

La cirugía bariátrica, a pesar de no ser considerada procedimiento de emergencia, ha sido razón de estudio por reclamaciones de mala praxis, y se evidenció que la muerte del paciente fue la principal causa de reclamación y mayoritariamente fue debida a dehiscencia de sutura y a problemas respiratorios. El número de sentencias condenatorias fue elevado a pesar de la infrecuencia de defectos de praxis (32).

Tomando en cuenta la tendencia de las reclamaciones en procedimientos que requieren alta capacitación, la exposición a litigaciones por responsabilidad médica es especialmente preocupante para los médicos en proceso de formación, como el caso de los residentes de cirugía, quienes se ven vulnerables tras la incidencia de complicaciones en el período perioperatorio.

Dicha problemática fue abordada por un estudio de Estado Unidos en 2017, en el cual se estudiaron 87 casos de mala praxis que involucraban a médicos residentes, y cuyos resultados revelaron que un 77% de los casos resultaron en muerte o discapacidad permanente. Además, en la mayoría de los casos se cuestionó el conocimiento médico, errores en la toma de decisiones y la incidencia de lesiones en el período perioperatorio (61%), en el preoperatorio (36%) y postoperatorio (64%), más que los errores y lesiones cometidas en el período intraoperatorio (49%).

Un total de 61 casos fueron procedimientos de elección (70%), siendo el procedimiento más común involucrado la colecistectomía, a pesar de haber sido citado en 6 de los casos. Además, 26 de los 87 casos (30%) involucraron procedimientos de urgencia o emergencia. Se nombraron 18 casos ortopédicos, de los cuales 14 involucraron un procedimiento electivo de extremidad, y 5 de estos casos (28%) involucraron un retardo en el diagnóstico de síndrome compartimental (33).

La complejidad de las intervenciones es uno de los elementos a tomar en cuenta por los tribunales, dichas intervenciones son realizadas, con cierta regularidad, en pacientes con pronóstico reservado, por lo cual la posibilidad de una subsecuente complicación es considerable.

Dentro de las diferentes subespecialidades quirúrgicas, la urología se encuentra por debajo de la media en número de reclamaciones y cuantía de las indemnizaciones por especialidades en la literatura internacional, aún así, en un estudio realizado en 2018 en Barcelona se registraron un total de 182 reclamaciones por presunta responsabilidad profesional médica en urología en el período 1990-2012. (34)

Los motivos de reclamaciones más frecuentes fueron los catalogados como defectos de práctica (54.39%), secuelas (61.53%) y complicaciones quirúrgicas o postquirúrgicas (19.32%), destacando que, el motivo de reclamaciones en urología está relacionado con un procedimiento en el 68.13% de los casos, siendo los defectos de procedimiento y las secuelas producidas los principales motivos registrados, siendo especialmente importante la pérdida de un órgano. Sin embargo, el análisis indicó que no existe diferencia significativa en cuanto a responsabilidad profesional médica según se trate de actos quirúrgicos o no y existe un porcentaje ligeramente superior en el ámbito médico (42.5% vs. 34.4%).

El análisis de las patologías reclamadas nos ayuda a conocer los eventos adversos más frecuentes de la especialidad, así como a adoptar las medidas adecuadas para evitarlas. La patología escroto-testicular (36%) representa la principal área de reclamaciones en urología, destacando la vasectomía como primera causa global de reclamación (34)

Las cirugías de otras subespecialidades, como el trasplante de hígado (TH), presentan una serie de factores que deben ser considerados para un adecuado abordaje, y dichos factores pueden influir en el apareamiento de complicaciones, como las complicaciones anastomóticas biliares en los TH, las cuales fueron razón de estudio en el año 2019, y en el que se valoró la incidencia de dichas eventualidades, encontrándose 103 pacientes con dicha complicación de los 509 casos de TH estudiados (20.2%). De dicho estudio también se encontró variabilidad en las complicaciones presentadas: fuga anastomótica en 25 casos (4.9%) y constricción en 77 (15.1%). Fuga en sitio de salida de tubos T ocurrió en 36 (7.1%) y obstrucción de tubo T en 16 (3.1%).

Esta variabilidad en las complicaciones implica un abordaje especializado al caso, resultando en la reintervención quirúrgica de 17 casos para revisión de la reconstrucción del conducto biliar. El análisis de múltiples variables reveló los siguientes 7 factores de

riesgo independientes para complicaciones biliares anastomóticas: trombosis de la arteria hepática del receptor, segundo TH, estenosis de arteria hepática del receptor, donante con hipertensión, receptor con carcinoma hepatocelular, muerte por anoxia del donante y el uso de material de sutura no absorbible para la reconstrucción biliar y concluyó con la identificación de factores de riesgos fisiológicos y anatómicos que contribuyen a la aparición de complicaciones biliares anastomóticas en TH. Especial consideración de estos factores podrían guiar el manejo perioperatorio y mitigar dichas complicaciones. (29)

Tal como se mencionó anteriormente, este análisis tiene importancia médico legal, debido a las consideraciones en los casos que hubiera una complicación de esa naturaleza, pues está dentro de los elementos de importancia judicial: la importancia del riesgo operatorio implícito, el estado general y patologías intercurrentes, la técnica quirúrgica realizada y la existencia de características anatómicas que requieran cuidados especiales (35).

Mientras que lo anterior nos sirve como ejemplo para considerar las diferentes complicaciones y que las mismas tienen consideración legal favorable para el equipo médico, existen otras intervenciones en las que la influencia de las variables es mínima, por lo tanto, la eventualidad de una complicación asociada a la intervención puede tener una implicación legal relevante y negativa para el personal de salud involucrado.

Se previene que en intervenciones poco invasivas o en las que se utiliza anestesia local, no se presenten complicaciones, o que las mismas no causen mayor daño al paciente o muerte, por lo que una complicación en este tipo de intervenciones puede iniciar una litigación por responsabilidad médica pues contrasta el riesgo esperado y el resultado obtenido. (36)

Lo anterior también se puede aplicar en aquellas cirugías en las que no existe una gran variabilidad de resultados al operar a pacientes con diferentes técnicas, o ya sea que tengan o no antecedentes patológicos. Como ejemplo se puede mencionar el estudio realizado en pacientes con apnea obstructiva del sueño (AOS) en 2016, en la que no se evidenció una asociación significativa entre la gravedad de la patología, invasividad y número de intervenciones con la aparición de complicaciones quirúrgicas.

En dicho estudio, los pacientes estudiados pasaron por una o varias cirugías en la nariz, palatofaringe (tonsila, adenoides, y paladar blando), y base de la lengua como tratamiento para la AOS. Se analizaron complicaciones pulmonares, quirúrgicas y cardiovasculares dentro de los primeros 30 días postoperatorios acorde a la severidad de la apnea obstructiva y los tipos de cirugía de vías aéreas superiores. Se usó regresión logística para evaluar la asociación de multivariantes de la apnea obstructiva, edad, sexo, índice de masa corporal, comorbilidades médicas, y tipos de cirugía de vías aéreas superiores con las complicaciones quirúrgicas a corto plazo. (37)

En el estudio se observó al menos una complicación quirúrgica en 48 de 95 pacientes (51%). En el modelo multivariable, la velocidad de aparición de las complicaciones se vio aumentada con la edad y el índice de masa corporal, pero no se vio asociado a la severidad del índice de apnea-hipopnea (IAH), tipo de procedimiento realizado o si se realizó una o más cirugías. Como conclusión de dicho estudio, los pacientes con apnea obstructiva del sueño que pasaron por cirugías de las vías aéreas superiores, la severidad de la patología evaluada por el IAH, y los sitios y número de operaciones realizadas no fueron asociadas con la aparición de complicaciones operatorias a corto plazo (37)

La constante de resultados en las variables del estudio anterior implica, desde el punto de vista médico legal, que los pacientes, a pesar de estar expuestos a diferentes factores, pueden esperar resultados similares, y que el apareamiento de una complicación, como discapacidad permanente o muerte, puede iniciar una litigación por responsabilidad médica, ya que no se justifica un resultado adverso dependiente de las variables, a excepción de la edad e índice de masa corporal.

La evaluación de estos estudios, pueden dar pautas para el abordaje de un caso de responsabilidad médica, por lo que la investigación de procedimientos específicos puede tener peso legal si estos son presentados de manera concisa para la valoración por parte de un tribunal (37).

Dentro del equipo médico, los anestesiólogos también pueden presentar en su labor complicaciones, destacando en muchas ocasiones la elección del uso de anestesia general o epidural, de las cuales Rosa Klotsz et al (38) realizó un estudio en el que

concluyó que el uso postquirúrgico de cualquiera de los dos no implicaba un mayor riesgo en pacientes posterior a la cirugía gastrointestinal.

También la falta de observación de pacientes postquirúrgicos se ha asociado con riesgo de reclamaciones médicas por mala praxis, según William O. Cooper, MD, et al, (39) quien manifiesta en su estudio que aquellos cirujanos que no solicitaron la observación de pacientes dentro de 24 meses posteriores a una operación presentaron un riesgo incrementado de complicaciones quirúrgicas y médicas.

Los esfuerzos para promover la seguridad del paciente y hacer alusión al riesgo de demandas por mala praxis debería continuar enfocándose en la habilidad de los cirujanos para comunicarse respetuosa y efectivamente con los pacientes y otras profesiones médicas.

A medida la tecnología avanza las técnicas y protocolos de atención también promoviendo la seguridad del paciente, razón por la cual se buscan los manejos que presenten menor probabilidad de eventualidades adversas, dentro de esos esfuerzos se valoró, por ejemplo, el éxito del tratamiento con antibióticos vs. Apendicectomía laparoscópica en niños con apendicitis no complicada (patología quirúrgica abdominal más común) en donde el éxito del manejo no quirúrgico fue del 67% y un poco menos de días de incapacidad al año en comparación al manejo quirúrgico (6.6 vs. 10.9 días), aunque se debe tomar en cuenta que en dicho estudio hubo una falta substancial de seguimiento, lo cual puede aumentar los riesgos de complicaciones como se abordó anteriormente (40).

Fuera de la posibilidad de complicaciones en un procedimiento quirúrgico, existe un proceso de decisión con respecto a qué procedimiento es el más indicado, y en ocasiones hay una dualidad sobre la cual decidir y de la que posteriormente se podría plantear cuestionamientos sobre idoneidad y éxitos anteriores de dicho procedimiento. Para ejemplificar lo anterior Rohan K. et al, (41) realizaron un estudio sobre la intervención coronaria percutánea (ICP) para evaluar los resultados de la revascularización de múltiples vasos vs. La revascularización de vaso ocluido en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) y shock cardiogénico concluyendo que los hospitales que utilizaban la revascularización de múltiples vasos obtuvieron peores

resultados, al evidenciarse dicha disparidad el médico deberá optar por la opción con mejores resultados para evitar reclamaciones.

Fuera de la sala de operación en la cual hay un equipo médico involucrado, existen procedimientos invasivos que requieren menos esfuerzo, tiempo, dinero o personal, y muchas de estas intervenciones tienen objetivo diagnóstico como el caso de punciones lumbares, toma de biopsias o incluso las tomas de muestras de sangre, aún así se toman en cuenta las medidas necesarias para evitar complicaciones subsecuentes como infecciones o sangrados posteriores al procedimiento.

Aún así muchas intervenciones diagnósticas presentan complicaciones que pueden conllevar un costo adicional a la salud o dinero del paciente, y por lo tanto iniciar procesos jurídicos a los médicos.

Sin menospreciar los resultados de sensibilidad y especificidad de estos métodos, se debe considerar de manera rutinaria el uso de técnicas no invasivas, como imágenes, para el diagnóstico. (41)

Estudios realizados por Hui Zhao, et al (42) y Jinhai Huo et al, (43) sobre complicaciones asociadas a procedimientos diagnósticos invasivos en anormalidades de pulmón que la incidencia de complicaciones era más alta en los pacientes en los que se realizaron procedimientos invasivos que en aquellos en los que se limitaron a estudios clínicos para llegar al diagnóstico definitivo. A lo anterior se debe tomar en cuenta que el estudio de imágenes no concluyente fue uno de los motivos de realizar un procedimiento diagnóstico invasivo acorde al mismo estudio.

Incluso se han estudiados demandas en procedimientos menores, pero con menoscabo estético, como el caso de las demandas por mala praxis relacionados a procedimientos por carcinomas keratócicos, siendo las injurias en la cara las más incidentes en litigios (44).

Nuevos procedimientos garantizan mejores resultados en pacientes con alta incidencia de demandas de mala praxis, como el caso de las personas en quienes se realiza una intervención ortopédica y con altas posibilidades de complicaciones, por ejemplo,

actualmente se propone planeación virtual preoperatoria asistida por computadora en las fracturas de cadera intertrocanterica (45).

Dentro del contexto de una intervención quirúrgica la correcta obtención del consentimiento informado es fundamental, y se ha demostrado que la falta de dicho consentimiento ha causado litigaciones por mala praxis, lo cual no solo menoscaba a los médicos de manera financiera sino en su reputación posterior al proceso judicial (46).

Responsabilidad médica por complicaciones asociadas a intervenciones no quirúrgicas.

Tomando en cuenta el estudio de H. Alimohammadi et al (15), después de los traumas, el dolor abdominal y la alteración del estado de conciencia fueron de las patologías que presentaron los pacientes en el departamento de emergencias que más reclamaciones hicieron, siendo dichas patologías manejadas, al menos en su inicio, de manera clínica, lo cual evidencia alta incidencia de demandas en procedimientos no quirúrgicos, por lo que es necesario la revisión de las complicaciones que se puedan manifestar a nivel clínico.

Los resultados adversos causados por mala praxis están fuertemente relacionados con demandas y penalizaciones financieras. Para reducir el riesgo, 9 de cada 10 médicos usan una excesiva precaución de medicación y métodos diagnósticos, lo cual se conoce como medicina defensiva, y conlleva a un coste anual de 46 millones de dólares según un estudio realizado en Estados Unidos (47).

Entre las complicaciones relevantes en la práctica médica se encuentra la reacción adversa a medicamentos, que a pesar de verse influenciada por la propia idiosincrasia del paciente, se ha visto dentro de litigaciones por responsabilidad médica.

Cheol W. Hyon, et al (48), realizaron un estudio con respecto a la mala praxis médica asociada a la anafilaxia inducida por medicamentos, en el cual expone que a pesar del aumento en su frecuencia, severidad y fatalidad, los médicos pueden no estar suficientemente conscientes de la reacción adversa a medicamentos (RAM) como la

anafilaxia inducida por medicamentos debido a su baja frecuencia, y además, los pacientes y cuidadores pueden no tener entendimiento suficiente sobre las características fatales de dicha patología, lo cual puede llevar a disputas legales.

Los antibióticos (22.2%), los medios de contraste (22.2%) y los antiinflamatorios no esteroideos (18.5%) fueron los medicamentos más comunes asociados a anafilaxia, seguidos de lidocaína, bloqueadores H₂, opioides e hidrocortisona. Siendo la administración más común la intravenosa (59.2%), seguida de la intramuscular (14.8%), subcutánea (7.4%) y oral (7.4%). Solo el 29.6% de los casos tuvieron síntomas mucocutáneos. En contraste, la frecuencia de síntomas respiratorios (74.1%), cardiovasculares (92.6%) y neurológicos (70.3%) fueron superiores. (48)

Doce (44.4%) de los 27 casos fueron diagnosticados en los primeros 10 minutos después de administrado el medicamento asociado; 6 fueron diagnosticados inmediatamente después de la administración. Se observó progresión a paro cardíaco en 23 casos (85.2%). Paro cardíaco ocurrió en 2 casos inmediatamente a la administración; y en el estudio, el intervalo medio desde el diagnóstico hasta el paro cardíaco fue 5 minutos. Como resultado de la anafilaxia murieron 18 pacientes (66.7%). Los otros 9 pacientes (33.3%) experimentaron daño cerebral isquémico.

Se reconocieron por la corte eventos de negligencia durante los procesos de toma de historia, prescripción y administración, observación y tratamiento de emergencia de la anafilaxia, clasificando dichos eventos en 8 grupos:

Observación inadecuada (6 casos); retraso o falta de administración de epinefrina (6 casos); ignorar historia de alergia o hipersensibilidad a medicamentos (6 casos); errores de prescripción (5 casos); Retardo o inapropiado manejo de las vías aéreas (4 casos); retardo o inapropiada resucitación cardiopulmonar (4 casos); Falta de test de piel (2 casos); inadecuada preparación del equipo de emergencia (2 casos) (48).

Considerando que hubo muchas presentaciones atípicas sin síntomas mucocutáneos en casos de litigaciones por anafilaxia asociada a medicamentos, los médicos deben familiarizarse con los criterios diagnósticos de la anafilaxia y no deben ignorar las presentaciones atípicas. Además, ya que la progresión mostró ser rápida y fatal, las

instituciones médicas y el personal deben ser capaces de responder prontamente. Incluso un error durante el proceso de toma de historia, prescripción y administración de medicamentos, observación, y tratamiento de emergencia pueden llevar a consecuencias fatales e indemnizaciones (48).

Como se abordó anteriormente, la toma de decisión es una fase clave, no solo a nivel quirúrgico sino clínico, pero en ocasiones los resultados adversos se presentan por igual independientemente del tratamiento elegido, como en el caso de las transfusiones sanguíneas liberales vs restrictivas en neonatos con peso menor de 1000 gramos. Aunque se debe tomar en cuenta que la creciente detección de complicaciones también se deba a la identificación activa de problemas potenciales (49)

Fuera de las complicaciones asociadas a los manejos médicos, existen otros factores a tomar en cuenta que pueden influenciar en la aparición de eventualidades adversas.

Entre dichos factores se puede mencionar el volumen hospitalario (número de casos de una condición específica), lo cual fue abordado por Christine G. Gourin, et al (50), quienes estudiaron la asociación entre el volumen hospitalario con los resultados de laringectomía en pacientes con cáncer de laringe.

En el estudio se evidenció que los centros asistenciales con alto volumen hospitalario fueron asociados con un descenso de las probabilidades de mortalidad intrahospitalario, complicaciones postquirúrgicas, y complicaciones médicas agudas de los pacientes en quienes se realizó una laringectomía (50).

Dentro de los factores que pueden influir en la aparición de resultados adversos en pacientes está la medicina defensiva (MD) la cual, paradójicamente, se ejerce para evitar complicaciones. Dicha práctica demostró ser inefectiva y hasta perjudicial en el caso de admisión hospitalaria de pacientes con síncope de bajo riesgo, al evidenciarse en un estudio que hubo un incremento en las demandas por mala praxis de médicos con el incremento de la admisión hospitalaria y subsecuentes gastos en seguros en pacientes con síncope de bajo riesgo. Se evidencia, además, que la percepción del riesgo de mala praxis tiene mayor influencia que parámetros objetivos, razón por la cual hay una

creciente en la indicación de estudios de imágenes avanzadas, una práctica común de la MD (51).

La incidencia de errores en la atención médica está ligado además al estrés o síndrome de “burnout”, por lo cual es razón de estudio en los profesionales de salud, identificándose a los médicos en entrenamiento los más afectados por dicho síndrome, lo cual debe ser considerado para la evaluación de sus acciones en una litigación por responsabilidad médica (10).

Las demandas por mala praxis se deben analizar de forma constante para su actualización y así considerar los nuevos retos que plantea el análisis de estos casos desde el punto de vista médico legal, se debe observar la tendencia que pueden tomar las reclamaciones por el fallo en los manejos de los pacientes con hospitalizaciones relacionadas con la enfermedad del coronavirus 2019 (52).

Acorde a William M Sage, et al (53), se debe contemplar la pandemia causada por el COVID-19 desde una perspectiva legal, al esperarse una serie de litigaciones relacionadas a la alta incidencia de hospitalizaciones, complicaciones y muertes, a lo cual el autor ha planteado en forma de pregunta, “¿otra crisis de mala praxis médica?”, haciendo referencia a que en este siglo se han presentado periodos de tiempos con alta incidencia de litigaciones por responsabilidad médica.

Una de las opciones en las cuales se ha recurrido actualmente la atención médica ha sido la “telemedicina” la cual plantea una exposición a demandas por mala praxis con sus propias características, entre los problemas que conllevan se pueden identificar: pobre verificación de la identidad del paciente, diagnóstico y tratamiento subóptimo e inadecuada toma de historia clínica (54).

Marco legal

En el marco legal salvadoreño no se establece el delito por responsabilidad médica, por lo tanto, los impartidores de justicia deben echar mano de otros delitos para poder procesar este tipo de actos. En este caso hablaremos de las lesiones y homicidio culposo.

Código Penal

Lesiones culposas

Art. 146.- El que por culpa ocasionare a otro, lesiones, será sancionado con prisión de seis meses a dos años.

Cuando las lesiones culposas se cometieren mediante la conducción de un vehículo, se impondrá así mismo la pena de privación del derecho a conducir o de obtener la licencia respectiva por un término de uno a tres años.

Cuando las lesiones culposas se produjeran como consecuencia del ejercicio de una profesión o actividad médica o paramédica, se impondrá, además, la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de tal profesión o actividad por un término de seis meses a dos años (55).

Homicidio Culposo

Art. 132.- El homicidio culposo será sancionado con prisión de dos a cuatro años.

Cuando el homicidio culposo se cometiere mediante la conducción de un vehículo, se impondrá así mismo la pena de privación del derecho a conducir o a obtener la licencia respectiva por un término de dos a cuatro años cuando ello sea requerido.

Si la muerte culposa se produjere como consecuencia del ejercicio de una profesión o actividad médica o paramédica, se impondrá, además, la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de tal profesión o actividad por un término de dos a cuatro años (55).

DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES Y LAS ACTIVIDADES

Acorde a las funciones forenses, con respecto al desarrollo de intervenciones, las mismas están enfocadas en el mejoramiento de los procesos de atención al usuario, el análisis de evidencia y la generación de reportes para el uso en procesos legales.

Teniendo en cuenta el enunciado anterior, y correlacionando las funciones de los médicos forenses con los casos de responsabilidad médica, las intervenciones están estipuladas tanto en la legislación nacional como en los protocolos institucionales.

Las intervenciones realizadas por médicos forenses en dichos casos consisten en el análisis de expedientes clínicos, la evaluación de lesiones cuyas causas se sospechan fueron acciones médicas y la realización de autopsias en casos que se relacionen con mala praxis. Por lo tanto, el desarrollo de protocolos para el abordaje de dichos casos es la intervención fundamental para la mejoría de los análisis y por ende para una adecuada resolución judicial.

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO.

Dentro de los análisis médico-legales se hace una constante relación con la parte judicial de los casos lo que brinda a los abordajes forenses una naturaleza diferente a otras áreas del quehacer médico.

Mientras que en muchas de las ramas de la medicina puede existir un rol activo para la detección de las diferentes patologías, dicho proceso tiene sus propias características en los casos de responsabilidad médica.

Los casos de mala praxis médica tienen su origen en la generación de un daño en procesos clínicos o quirúrgicos, pero su detección depende de la generación de una demanda legal por dicho daño, lo cual dependerá de la voluntad del paciente o allegados, luego de lo cual se realizará el análisis del caso por parte de medicina legal.

El aumento de la incidencia en las demandas por responsabilidad médica ha sido destacable y se debe a una serie de factores propios del desarrollo de la medicina

moderna, por ejemplo, el protagonismo del paciente con respecto al abordaje de su propia enfermedad, mayor disponibilidad de información médica para el público en general, el desarrollo de la telemedicina y deficiencias en la relación médico-paciente.

Lo anterior descrito brinda las herramientas y las condiciones para que, tanto el paciente como sus allegados, detecten deficiencias en la atención de salud y por ende demanden legalmente por dichas razones.

Posterior a la generación de la demanda legal con las instancias correspondientes, las mismas deben realizar su propio proceso, y valorar si dicha litigación tiene los fundamentos suficientes como para continuar el proceso legal, para ello se basan en lo que está estipulado en la legislatura nacional.

Actualmente, en El Salvador no se contempla la responsabilidad profesional médica como penable, así que para el abordaje legal de estos casos se procede a tipificarlos acorde al daño que se sospecha ha causado el acto médico. Es así, como en los casos en los que se ha producido un daño en el paciente se tipifica como delito de lesiones culposas y en los que ha producido la muerte, como delito de homicidio culposo.

Pero dicha tipificación no se concluye hasta haber agotado los análisis médico-legales y los recursos legales, por lo tanto es el trabajo forense con el cual se fundamenta la resolución judicial.

Al ser el fin último del médico forense, fundamentar el nexo de causalidad en los casos de responsabilidad médica, en la mayoría de los mismos no se da un diagnóstico sino que se exponen las relaciones entre las intervenciones médicas y sus consecuencias, siendo los procesos a realizar: El análisis de expediente clínico, la valoración de daño corporal y la realización de autopsias.

Cabe aclarar, que puede haber casos en los cuales sí se busque un diagnóstico en específico, pero los procesos siguen siendo los mismos, destacando en ocasiones la realización de autopsias si se sospecha mala praxis en intervenciones médico-quirúrgicas específicas.

PLAN DE INTERVENCIÓN Y PROTOCOLOS.

Habiendo establecido la naturaleza de la relación médico-legal en los casos de responsabilidad médica, y una vez estipulándose que es necesario el análisis forense por sospecha de un delito, independientemente de su tipificación, el abordaje puede ser a través de una revisión de expediente clínico, valoración de daño corporal y autopsia, o a través de la combinación de estos análisis.

Los casos de mala praxis no cuentan con un protocolo específico para su abordaje, pero en el Instituto de Medicina Legal utiliza protocolos con pautas generales para la valoración de lesiones y realización de autopsia, los cuales se ocupan como base para realizar parte del análisis (56).

A pesar de la perspectiva general de la guía técnica para el reconocimiento médico legal de lesiones del Instituto de Medicina Legal, se cuenta con elementos que pueden ayudar en casos de responsabilidad médica, como la solicitud de antecedentes médicos, quirúrgicos y un resumen de las atenciones hospitalarias recientes, valorando conveniente tener a la vista el expediente clínico (57).

Además, en dicha guía clínica se cuenta con un apartado específico para el reconocimiento médico legal de lesiones en personas hospitalizadas, y en el que se solicita una revisión de expediente médico para obtener los siguientes datos: Diagnósticos clínicos, tratamientos efectuados, exámenes realizados y exámenes de imágenes realizados.

Dentro de los objetivos de la guía técnica se solicita que, una vez realizado un examen médico legal completo y sistemático de lesiones, se determina el grado de afección funcional y se establezca el tiempo de incapacidad, siendo dicha información de relevancia legal, ya que servirá para la tipificación del delito en casos de responsabilidad médica.

En el caso que se relacione una muerte con un acto médico, el abordaje forense se hace a través de la guía técnica de autopsia médico legal, y sus conclusiones pueden aportar

elementos clave para la resolución judicial, por ejemplo, el establecimiento de la causa de muerte o la descripción de cuerpos extraños dentro del cadáver que se asocian a intervenciones quirúrgicas.

Se debe tener claro que, a pesar de los elementos que dichas guías técnicas nos proporcionan, las mismas no tienen especificaciones para casos de mala praxis, por la falta de dicho enfoque puede que no se brinden los elementos necesarios para la resolución judicial. A lo anterior se suma la falta de un protocolo específico para el análisis de revisión de expediente clínico.

La intervención de la presente investigación es sentar las bases para la creación de protocolos específicos para casos de responsabilidad médica durante las evaluaciones de lesiones, la realización de autopsias y sobre todo, para el análisis de revisión de expediente clínico, tomando en cuenta que éste último es un estudio clave para la resolución de dichos casos.

DEFINICIÓN DE ROLES POR NIVELES DE ATENCIÓN.

Debido a la naturaleza de los análisis forenses y a que no existe una estratificación marcada dentro de la institución, el abordaje de los casos de responsabilidad médica es ejecutado por dos instancias, la primera legal, en la cual se realizan las valoraciones con respecto a la sospecha de un acto penable y se solicitan los peritajes necesarios para su resolución.

La segunda instancia involucrada es la médico-legal, que a través de sus pericias contesta las interrogantes solicitadas por las instituciones legales, realizando las intervenciones mencionadas anteriormente.

Cabe mencionar que, de ser necesario, se puede solicitar la asistencia de otras especialidades de la medicina para la resolución de interrogantes cuyas respuestas requieran de su conocimiento y experiencia.

Diseño y métodos

Tipo de diseño

El estudio planteado sería tipo descriptivo transversal, ya que lo que se pretende es encontrar una relación entre los factores que motivan una demanda por mala praxis en un momento determinado.

Población de diana

El total de los peritajes de revisión de expediente clínico analizados en la región Metropolitana del Instituto de Medicina Legal de San Salvador, en el año de 2019.

Población de estudio

El total de los peritajes de revisión de expediente clínico en los cuales se haya presentado una demanda por sospecha de responsabilidad médica en el año 2019.

Muestra

Los peritajes de revisión de expediente clínico que hayan presentado una demanda por sospecha de responsabilidad médica y cuyo expediente clínico haya sido revisado en la sede metropolitana del Instituto de Medicina Legal en el año 2019.

Criterios de inclusión

- Que los expedientes clínicos hayan sido enviados por sospecha de responsabilidad médica.
- Peritajes de revisión de expedientes clínicos revisados en la sede metropolitana del Instituto de Medicina Legal

Criterios de exclusión

- Los peritajes de revisión de expedientes clínicos por otras pericias.

Método de muestreo

Método probabilístico aleatorio simple.

Procedencia de los sujetos

Los sujetos procederían de los peritajes de revisión de expediente clínico por sospecha de responsabilidad médica, realizados en la sede Metropolitana del Instituto de Medicina Legal en el año 2019.

Método de recogida de datos:

Se utilizaría una fuente primaria documental, los peritajes de revisión de expedientes clínicos por sospecha de responsabilidad médica, los datos recolectados serán introducidos en un instrumento.

Variables

Variable independiente:

Los peritajes de revisión de expediente clínico por **sospecha de responsabilidad médica**

Variables dependientes:

- Edad
- Sexo
- Especialidad médica
- Motivo de denuncia

Limitaciones y posibles sesgos

Limitaciones en el tiempo

La investigación no se lleva a cabo por las medidas de bioseguridad implementadas debido a la pandemia de SARS-CoV2, lo que imposibilitó disponer del período de tiempo

necesario para realizar la revisión de los peritajes de revisión de expediente clínico por sospecha de responsabilidad médica.

Limitaciones de la información

El expediente judicial no está adjunto al expediente clínico en todos los casos en que se realiza un peritaje por sospecha de responsabilidad médica, dificultando de esta manera conocer el motivo que llevó al paciente o su familiar a interponer la demanda.

Consideraciones éticas

La investigación se realizaría de acuerdo con la reglamentación ética vigente (Declaración de Helsinki, resolución 8430 de 1993). Según el artículo 7 de la resolución, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas de la investigación en salud, se consideraría como una investigación sin riesgo; porque el propósito principal de la investigación es analizar los expedientes usados para valorar responsabilidad médica y comprender los motivos para iniciar litigios en dichos casos. Dicho análisis tiene como objetivo mejorar el abordaje médico legal de casos de responsabilidad médica, así como exponérselos a las diferentes especialidades para poder tomar medidas preventivas ante dichos litigios.

La investigación no requeriría consentimiento informado de las personas en estudio, ya que se utilizarían expedientes clínicos analizados en el Instituto de Medicina Legal, sin embargo, se solicitaría un consentimiento informado a las autoridades de dicho instituto para poder realizar la revisión de los expedientes, dejando claro que se mantendrá el principio de confidencialidad de la información recolectada y se protegerá en todo momento la privacidad de la información de los pacientes y médicos involucrados.

Organización del estudio

El trabajo de investigación implicaría al departamento de Clínica Forense y Archivo de la sede metropolitana del Instituto de Medicina Legal y de su personal.

Se haría uso de los libros de registro de expediente clínico del año 2019, los cuales se solicitarían en la recepción del departamento de clínica forense, también de los peritajes realizados en el 2019 relacionados con la revisión de expediente por sospecha de responsabilidad médica, los cuales serían solicitados al personal del archivo de dicha institución.

Conclusiones

Existe un amplio bagaje teórico disponible para el estudio de casos de responsabilidad médica, y que, a pesar de la complejidad y variabilidad de los mismos, se es posible el abordaje específico con una base científica sólida y abundante, lo cual da pie a la realización de protocolos que contengan los elementos necesarios para valorar los puntos de interés jurídico que influyan en el desarrollo de las demandas, siendo de utilidad tanto para la revisión de estos casos como para su registro estadístico.

Hay una estrecha relación estadística entre las especialidades médicas y la incidencia de demandas por mala praxis, ubicándose a la cabeza las especialidades quirúrgicas y en segundo lugar la ginecología y obstetricia (21). Lo anterior asociado a la naturaleza, complejidad y riesgo del actuar médico propio de dichas ramas, cuyos procedimientos intervencionistas son más propensos a la aparición de complicaciones (29) (43).

Las demandas por responsabilidad médica no son un fenómeno homogéneo y unicausal debido a las variables y complejas interacciones en la relación médico paciente, lo que conlleva a una amplia gama de razones por las que un paciente o sus familiares inician dichas litigaciones, ya sea por complicaciones relacionadas a intervenciones quirúrgicas (39) o a las que no están relacionadas a intervenciones quirúrgicas como una observación inadecuada, errores de prescripción, falta de preparación de equipo de emergencia, entre otras (48).

Recomendaciones

Realizar un protocolo médico legal específico de responsabilidad médica, tanto para la revisión de expedientes clínicos como para el abordaje de peritajes de lesiones y autopsias solicitadas en el contexto de casos de mala praxis, los cuales deben contener los puntos de interés jurídico necesarios para su resolución y que cuenten con un apartado estadístico en el que se informe sobre la causa de la demanda, tipo de lesión o muerte, si fue perioperatorio, especialidad del médico y datos demográficos del paciente.

Elaborar una base de datos estadísticos a través de los protocolos planteados en el acápite anterior en la que se reflejen las características más comunes que comprenden los casos por responsabilidad médica, y las que pueden ser usadas para programas de prevención de dichas litigaciones en las especialidades médicas más afectadas a través de reuniones interinstitucionales.

Promover a través de interacciones entre el IML y los diferentes centros de salud, programas para la comprensión de los factores que influyen en las demandas por responsabilidad médica, usando como base el amplio bagaje teórico y los datos estadísticos reflejados en el protocolo antes expuesto.

ANEXOS.

Anexo 1: Consentimiento informado.

 **CORTE SUPREMA DE JUSTICIA**
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL "DR. ROBERTO MASFERRER" 

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS MÉDICO-LEGALES CINF

DATOS GENERALES

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ D.U.I.: N°: _____ NO PORTA ()

TOMA DE HUELLA DACTILAR: SÍ () NO () DEDO _____

TOMA DE FOTOGRAFÍA PARA IDENTIFICACIÓN: SÍ () NO ()

Nombre del acompañante: _____ D.U.I.: _____

Relación: _____ Dirección: _____

Nombre del Representante Legal: _____ D.U.I.: _____

(En casos de tratarse de personas menores de edad o de personas incapaces)

Institución que lo solicita: _____ Número de oficio: _____

CONSENTIMIENTO

Yo, _____ de _____ años de edad, he sido informado (a) de manera amplia por el médico forense asignado acerca de los alcances del examen médico legal que ha sido ordenado por la Autoridad competente y de la importancia del mismo para el proceso judicial que se ha iniciado.

Entiendo completamente que la información médica generada puede ser usada como evidencia, así como que el examen médico legal puede incluir por la naturaleza del delito en investigación el examen del área genital y la recolección de evidencia sobre mi cuerpo y vestimentas y la toma de muestras de fluidos corporales y fotografías.

Leído lo anterior en voz alta y de una manera totalmente libre, otorgo el consentimiento al Médico Forense: _____ para la realización de los siguientes procedimientos médico-legales marcando con una X las casillas correspondientes:

1. SÍ () NO () Utilización de la información generada
2. SÍ () NO () Examen médico completo, incluido en casos de delitos sexuales el examen del área genital y paragenital.
3. SÍ () NO () La recolección de evidencia sobre mi cuerpo (incluye los residuos subungueales) y las vestimentas
4. SÍ () NO () La toma de muestras de sangre y/o orina para exámenes complementarios en los laboratorios de Ciencias Forenses
5. SÍ () NO () La toma de fotografías de los hallazgos durante el examen médico legal para ser presentadas como evidencia adicional.

FIRMA: _____

CÓD 5.4.82

Anexo 2: Protocolo de reconocimiento de lesiones.

	CORTE SUPREMA DE JUSTICIA INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL "DR. ROBERTO MASFERRER"	
PROTOCOLO DE RECONOCIMIENTO DE LESIONES		
		PLES
DATOS GENERALES		
Institución que lo solicita: _____ Número de oficio: _____		
Lugar del reconocimiento: _____ Fecha/ Hora: _____		
Nombre del paciente: _____		
D.U.I. N°: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____		
Sexo: Hombre () Mujer () Género: LGBTI () Especifique: _____		
N/D () Nombre con el que se identifica: _____		

Actividad manual: _____ Escolaridad: _____		
Ocupación: _____ Dirección: _____		

Área geográfica: Urbana () Rural () Municipio: _____		
Departamento: _____ Nombre del acompañante: _____		
_____ D.U.I.: _____		
Relación: _____ Dirección: _____		

RECIBIÓ ATENCIÓN HOSPITALARIA: Sí () No () Hospital: _____		
_____ Expediente N°: _____		
SE CUENTA CON EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: SÍ () NO ()		
ANTECEDENTES MÉDICOS: Hipertensión arterial () Diabetes Mellitus ()		
Cardiopatías () Otras () Especifique: _____		
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: _____		

CÓD. 5.4.29		
Página 1 de 9		

ANTECEDENTES PERSONALES: Tabaquismo () Alcoholismo ()

Otras drogas: () Especifique: _____ Último uso: _____

Otros de importancia: _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS (Cuando aplique):

Menarquía: _____ Fecha de última menstruación: _____

Grávida: _____ Para: _____ Abortos: _____ Cesáreas: _____ Vivos: _____

Fecha de último parto o cesárea: _____ Vida sexual activa: Sí () No ()

Planificación Familiar: Sí () No () Método: _____

ANTECEDENTES MÉDICO LEGALES: _____

HISTORIA MÉDICO LEGAL (DÓNDE, CUÁNDO, CÓMO, QUE, QUIEN) _____

IDENTIFICACIÓN DEL (O LOS) AGRESOR (ES)

UN HECHOR: Conocido () Desconocido ():

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

RELACIÓN CON LA VÍCTIMA: Parentesco familiar: () Especifique: _____

Conocido de la víctima: () Especifique: _____

Si es Desconocido: Complexión: _____

Tatuajes: (Forma, color, ubicación): _____

Características especiales: _____

Estado del Agresor: Alcohol: Sí () No () Drogas: Sí () No () Tipo: _____

MÁS DE UN HECHOR

1. Desc.() Complexión: _____

Tatuajes: _____

Características especiales: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Alcohol Sí () No () Drogas: Sí () No () _____

Relación con víctima: Parentesco familiar () E: _____ Conocido () E: _____

2. Desc.() Complexión: _____

Tatuajes: _____

Características especiales: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Alcohol Sí () No () Drogas: Sí () No () _____

Relación con víctima: Parentesco familiar () E: _____ Conocido () E: _____

3. Desc.() Compleción: _____

Tatuajes: _____

Características especiales: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Alcohol Sí () No () Drogas: Sí () No () _____

Relación con víctima: Parentesco familiar () E: _____ Conocido () E: _____

4. Desc.() Compleción: _____

Tatuajes: _____

Características especiales: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Alcohol Sí () No () Drogas: Sí () No () _____

Relación con víctima: Parentesco familiar () E: _____ Conocido () E: _____

5. Desc.() Compleción: _____

Tatuajes: _____

Características especiales: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Alcohol Sí () No () Drogas: Sí () No () _____

Relación con víctima: Parentesco familiar () E: _____ Conocido () E: _____

EXAMEN FÍSICO: MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS (CUANDO APLIQUEN):

Peso: _____ Kg. Talla: _____ cm. IMC: _____ Diámetro de hombros: _____ cm

Perímetro torácico: _____ cm Perímetro abdominal: _____ cm Perímetro del brazo: _____ cm.

Perímetro del muslo: _____ cm. SIGNOS VITALES PA: _____ FC: _____ FR: _____

ESTADO GENERAL (describiendo actitud y comportamiento): _____

Cabeza: _____

Cara: _____

Cavidad oral: _____

Cuello: _____

Tórax: _____

Miembros superiores: _____

Abdomen: _____

Genitales externos: _____

Espalda: _____

Miembros inferiores: _____

Dientes: _____

FOTOGRAFÍAS TOMADAS: SÍ () NO () CANTIDAD: _____

RADIOGRAFÍAS APORTADAS: SÍ () NO ()

NÚMERO	FECHA	DESCRIPCIÓN
--------	-------	-------------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Se dio referencia a centro médico: SÍ () NO () Motivo: _____

DIAGRAMAS ELABORADOS: Cuerpo () Área Genital () Otro () _____

COMENTARIO MÉDICO LEGAL: _____

Anexo 3: Protocolo de autopsia



CORTE SUPREMA DE JUSTICIA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL "DR. ROBERTO MASFERRER"



PROTOCOLO DE AUTOPSIA (ADULTO MASCULINO)

Autopsia N° _____

AUTM

DATOS GENERALES

Nombre completo del occiso (a): _____ Edad: _____

Fecha y hora de autopsia: _____

Nombre del Médico Forense Responsable: _____

Nombre del Asistente de sala de autopsia: _____

Autoridad que ordena la autopsia: _____

DUI N°: _____

Sexo: _____

Género: LGBTI _____ Especifique: _____

Nombre con el que se identificaba: _____

DATOS DEL LEVANTAMIENTO:

Fecha y hora: _____

Lugar del levantamiento: _____

Médico que realiza el levantamiento: _____

Tanatocronodiagnóstico al momento del levantamiento _____

REVISIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS:

NÚMERO: _____ CENTRO: _____

EXAMEN EXTERNO

Talla: _____ cm.

Diámetro de hombros: _____ cm. Perímetro torácico: _____ cm.

Perímetro abdominal: _____ cm. Perímetro de brazos: _____ cm. Perímetro de muslos: _____ cm.

El cadáver corresponde a _____ que aparenta la edad de _____ años.

La piel de color _____

Cicatrices _____

Tatuajes _____

Uñas _____

Cabeza _____
Cara _____
Cabello _____
Oídos externos _____
Los ojos de color _____, las pupilas de _____ cm de diámetro _____
Nariz _____
Boca _____
Labios _____
Dientes _____ (En casos necesarios, con diagrama) Estudio por odontólogo: _____
Cuello _____
Tórax _____
Mamas _____
Abdomen _____
Dorso _____
Extremidades superiores _____
Extremidades inferiores _____

GENITALES EXTERNOS:

La implantación del vello púbico es _____
El pene _____
Escroto _____
Año _____

TANATOCRONODIAGNÓSTICO

Deshidratación: Signo de Sommer (_____) Signo de Stenon Louis (_____) Otro: _____
Livideces: _____
Región anatómica: Rostro (_____) Tórax (_____) Dorso (_____) Abdomen (_____) M.Sup. (_____) M.Inf. (_____)
Rigidez: Cabeza (_____) Cuello (_____) M. Superiores (_____) M. Inferiores (_____)
Fenómenos de Putrefacción: Mancha verdosa (_____) Veteado venoso (_____) Enfisematoso (_____)
Fase colicuvativa (_____) Reducción esquelética (_____)
Observaciones: _____

ANTROPOFAGIA CADAVERICA: _____ **Tipo:** _____

Rostro (____) Tórax (____) Dorso (____) Abdomen (____) M.Sup. (____) M.Inf. (____)

Observaciones: _____

DESCRIPCIÓN DE LAS ROPAS

EVIDENCIA DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

DESCRIPCIÓN TOPOGRÁFICA DE TRAUMA

EXAMEN INTERNO:

El cadáver es abierto con la técnica _____

CABEZA:

El cráneo de _____ cm de grosor, _____

Etmoides y peñascos: _____

La silla turca: _____

La duramadre: _____

Leptomeninges: _____

El cerebro pesó _____ gr.

Los hemisferios cerebrales: _____

Al corte coronal la corteza de _____ cm de espesor, _____

Los ventrículos: _____

La sustancia blanca: _____ Las masas grises: _____

El cerebelo: _____ Las amígdalas: _____

El mesencéfalo: _____

El puente: _____ El bulbo raquídeo: _____

La médula espinal: _____

La hipófisis

El polígono de Willis: _____

El examen de la médula espinal:

CUELLO:

Los vasos: _____

El timo: _____

La laringe: _____

La tráquea de _____ cm. de longitud, _____ de diámetro, _____

Gruesos bronquios: De _____ cm. de diámetro, _____

Huesos hioides: _____

Las amígdalas palatinas: _____

TÓRAX

La pleura parietal: _____

La cavidad torácica con (ml y tipo de líquido): _____

El diafragma: _____

CARDIOVASCULAR:

El corazón pesó _____ gr. El pericardio: _____

La superficie epicárdica: _____

Las arterias coronarias: _____

El atrio derecho: _____

El atrio izquierdo: _____

El ventrículo derecho de _____ cm de espesor

El ventrículo izquierdo de _____ cm de espesor

Válvulas cardíacas: tricúspide _____ cm, pulmonar _____ cm, mitral _____ cm y aórtica _____ cm; _____

Las cuerdas tendíneas: _____

El miocardio: _____

El endocardio ventricular: _____

La arteria pulmonar de _____ cm de diámetro: _____

Troncos venosos: _____

La arteria aorta de _____ cm de diámetro,

RESPIRATORIO:

El pulmón derecho pesa _____ gr., el izquierdo _____ gr. La superficie externa

A la palpación _____

Al corte _____

Las ramificaciones bronquiales: _____

Las ramificaciones arteriales: _____

Los ganglios linfáticos del hilio: _____

ABDOMEN:

El peritoneo: _____

Líquidos: _____

La vena cava inferior (y afluentes): _____

El hígado pesa _____ gr. La superficie capsular _____ la
consistencia es _____ los bordes son _____ al corte el parénquima

La vesícula biliar: _____

Las vías biliares extrahepáticas con el colédoco de _____ cm de diámetro, _____

El bazo de _____ gr. de peso, la superficie capsular _____ de consistencia
_____. Al corte _____

El páncreas pesa _____ gr. _____

El riñón derecho pesa _____ gr., el izquierdo pesa _____ gr.

Las cápsulas desprenden con _____ revelando una cortical _____

Al corte: _____

Los cálices y pélvises: _____

Uréteres: De _____ cm. de diámetro, _____

Vejiga: _____, con un volumen de orina de _____ ml.

GENITALES INTERNOS:

El testículo derecho pesa _____ gr., de consistencia _____ al corte _____

El testículo izquierdo pesa _____ gr., de consistencia _____ al corte _____

La próstata pesa _____ gr., _____

El cordón espermático: _____

Los anillos inguinales: _____

DIGESTIVO:

La lengua: _____

La faringe: _____

El esófago: _____

El estómago con la mucosa _____, contiene _____

El duodeno: _____

El intestino delgado: _____ Al abrirlo la mucosa
_____ y contiene _____

El colon: _____

El apéndice: _____

Los vasos mesentéricos _____, el mesenterio: _____

SISTEMA ENDOCRINO:

La tiroides pesa _____ gr. _____ (Si aplica).

La suprarrenal derecha pesa _____ gr., la izquierda _____ gr. _____, de consistencia _____, al
corte _____. (Si aplica).

SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO Y TEJIDO SUBCUTÁNEO:

El panículo adiposo de _____ cm de ancho. _____

Los miembros superiores: _____

Los miembros inferiores: _____

RADIOGRAFÍAS REALIZADAS:

CRÁNEO: N° _____ DESCRIPCIÓN _____

TÓRAX: N° _____ DESCRIPCIÓN _____

ABDOMEN: N° _____ DESCRIPCIÓN _____

MIEMBROS SUPERIORES: N° _____ DESCRIPCIÓN _____

MIEMBROS INFERIORES: N° _____ DESCRIPCIÓN _____

FOTOGRAFÍAS REALIZADAS: N° _____

DESCRIPCIÓN HISTOPATOLÓGICA:

EXÁMENES DE TOXICOLOGÍA:

MUESTRAS

EXÁMENES SOLICITADOS

OTROS INDICIOS RECOLECTADOS

UÑAS (_____) PEINADO PÚBLICO (_____)

FROTIS ANAL (_____) FROTIS ORAL (_____) FROTIS DE PIEL (_____) Sitio: _____

ROPA INTERIOR (_____)

Describa _____

VESTIMENTAS (_____)

Describa _____

FIBRAS (_____)

Describa _____

ELEMENTOS PILOSOS (_____)

Describa _____

FIBRAS VEGETALES (_____)

Describa _____

INSECTOS: _____

Describa _____

OTROS:

Describa _____

EXÁMENES DE LABORATORIO:

FTA (_____) OTRO (_____)

Especifique: _____

DIAGNÓSTICOS FINALES:

DIAGNÓSTICO FISIOPATOLÓGICO:

CAUSAS DE MUERTE:

1. a) _____

b) _____

c) _____

2. _____

BIBLIOGRAFIA

1. Parra Sepúlveda DA. La evolución ético-jurídica de la responsabilidad médica. In ; 2014. p. 207-213.
2. Asamblea Legislativa de El Salvador. Código Penal. 2009..
3. Real Academia de la Lengua Española. 2001..
4. Diccionario Jurídico Elemental..
5. Corte Suprema de Justicia. 2003..
6. Diccionario Jurídico de México..
7. Vargas Alvarado E. Medicina Legal. 4th ed. México: Trillas; 2012.
8. Diccionario médico. 2012..
9. Enciclopedia Jurídica. 2020..
10. Anli Yue Zhou MMMea. Factors Associated With Burnout and Stress in Trainee Physicians A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Network Open. 2020.
11. Enciclopedia de economía de España. 2021..
12. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Revista de Investigación. 2010..
13. Diccionario panhispánico del español jurídico. 2020..
14. Responsabilidad médica: Factores De Riesgo No Asistencial En Las Demandas Por Mala Praxis. Revista Médica La Paz. 2017.
15. Alimohammadi H, Hatamabadi H, Khodayari A, Douktehchi ZAM. Frequency and Causes of Complaints against Emergency Medicine Specialists in Forensic Medicine Files. Arch Acad EmergMed. 2019.
16. Arslan MN, Kertmen C, Melez OD, Evcuman D, Buyuk Y. Use of Trauma Scoring Systems to determine the physician's responsibility in cases of traumatic death with medical malpractice claim. Trauma Acil Cerrahi Derg. 2017 July; 23(4).
17. Shouhed D, Beni C, Manguso N. Association of Emotional Intelligence with Malpractice Claims. A Review. 2019 Enero.
18. Rivera Alvarado MI. ¿Qué se entiende por responsabilidad del acto médico? Una reflexión desde la biojurídica. Escritos. 2021 Febrero.

19. Toro Cortés LM, Vásquez Lara MA. Impacto del dictamen pericial médico en los procesos de responsabilidad derivada de la prestación de servicios de salud. Revista CES derecho. 2021 Febrero.
20. Arboine Ciphaz M. Causalidad y responsabilidad médica. Medicina Legal de Costa Rica. 2021 Febrero.
21. Tamara P LM, Jaramillo S SH, Muñoz P LE. Informes periciales por presunta responsabilidad médica en Bogotá. Colombian Journal of Anesthesiology. 2011.
22. Valdivia JM. Negligencia médica en hospitales públicos. Revista Médica de Chile. 2018.
23. Pizzaro W. C. La prescripción liberatoria en la responsabilidad civil médica. Revista Médica de Chile. 2020.
24. Moscoso Matus K. Responsabilidad Médica: Dilema entre justicia civil y penal. Revista Médica de Chile. 2016.
25. Rodríguez Lainz J. La Omisión de Información en las historias clínicas en el ejercicio de la medicina privada como supuesto de responsabilidad por mala praxis médica. Cuadernos de Medicina Forense. 2017.
26. Hernández Fernández L, Rodríguez Corría R, Quintero Sarduy N, Domínguez Rodríguez D. La Responsabilidad Civil en las Relaciones Jurídicas Originadas por la Prestación de Servicios Médicos. EDUMECENTRO. 2020 Marzo.
27. Alvarado Guevara AT, Flores Sandí G. Errores médicos. In Acta Médica Costarricense; 2021; Costa Rica. p. 16-23.
28. Guzmán Mejía JI. Ante la mala praxis quirúrgica, ¿trascendencia ética o legal? In ; 2018. p. 46-53.
29. Fady M. K. Assessment of Anastomotic Biliary Complications in Adults Patients Undergoing High-Acuity Liver Transplant. JAMA Surg. 2018;: p. 431-439.
30. Dan Han P, Aayush Khadka S, Margaret McConnell P, Jessica Cohen P. Association of Unexpected Newborn Deaths With Changes in Obstetric and Neonatal Process of Care. JAMA Network Open. 2020.
31. Gisbert Calabuig JA. Medicina Legal y Toxicología. Sexta ed.: Elsevier Masson; 2004.
32. Bruguera M, et al. Análisis médico-legal de las reclamaciones judiciales en cirugía bariátrica. Ciresp. 2012.

33. Cornelius A. T. Medical Malpractice Lawsuits Involving Surgical Residents. *JAMA Surg.* 2018.
34. Vargas-Blasco C, Gómez Durán EL. Malpraxis en urología: lecciones en seguridad clínica y jurídica. 2018.
35. James Quinn M, et al. Association Between US physician Malpractice Claims Rates and Hospital Admission Rates Among Patients With Lower Risk Syncope. *JAMA Network Open.* 2020.
36. Benson JS CC. Urological malpractice: analysis of indemnity and claim data from 1985-2007. 2017.
37. Zamzil Amin Asha'ari M. Association between severity of obstructive Sleep Apnea and Number and Sites of Upper Airway Operations With Surgery Complications. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016.
38. Rosa Klotz MD ea. Gastrointestinal complications after pancreatoduodenectomy with epidural vs. Patient-Controlled Intravenous Analgesia. *JAMA Surg.* 2020.
39. William O. Cooper Mea. Use of Unsolicited Patient Observations to Identify Surgeons With Increased Risk for Postoperative Complications. *JAMA Surg.* 2017.
40. Peter C. Minneci Mea. Association of Nonoperative Management Using Antibiotic Therapy vs Laparoscopic Appendectomy with Treatment Success and Disability Days in Children with Uncomplicated Appendicitis. *JAMA.* 2020.
41. Rohan Khera Mea. Revascularization practices and outcomes in patients with multivessel coronary artery disease who presented with acute myocardial infarction and cardiogenic shock in the US, 2009-2018. *JAMA Intern Med.* 2020.
42. Hui Zhao ea. Update Analysis of Complication Rates Associated With Invasive Diagnostic Procedures After Lung Cancer Screening. *JAMA Network Open.* 2020.
43. Jinhai Huo P Mea. Complication Rates and Downstream Medical Costs Associated With Invasive Diagnostic Procedures for Lung Abnormalities in the Community Setting. *JAMA Intern Med.* 2019.
44. Raghav Tripathi Mea. Characteristics of State and Federal Malpractice Litigation of Medical Liability Claims for Keratinocyte Carcinoma. *JAMA Dermatol.* 2019.
45. Xiaoyang Jia M. Association of Computer-Assisted Virtual Preoperative Planning With Postoperative Mortality and Complications in Older Patients With Intertrichantheric Hip Fracture. *JAMA Network Open.* 2020.

46. Jennifer Grauberger Bea. Allegations of failure to Obtain Informed Consent in Spinal Surgery Medical Malpractice Claims. JAMA Surg. 2017.
47. Bishop TF FAKS. Physician's views on defensive medicine: a national survey. Archives of Internal Medicine. 2016.
48. Cheol Won Hyeon M. Medical Malpractice related to drug-induced anaphylaxis An analysis of lawsuit judgments in South Korea. Medicine. 2019.
49. Axel R. F. Effects of Liberal Vs Restrictive Transfusion Thresholds on Survival and Neurocognitive Outcomes in Extremely Low-Birth-weight Infants. JAMA. 2020.
50. Christine G. Gourin MM. Association of Hospital Volume With Laryngectomy Outcomes in Patients With Larynx Cancer. JAMA Otolaryngol Head Neck surg. 2018.
51. Sameed Ahmed M. Khatana M. Rates of Advanced Imaging by Practice Peers After Malpractice Injury Reports in Florida 2009-2013. 2019.
52. Giacomo Fiacchini Mea. Evaluation of the Incidence and Potential Mechanisms of Tracheal Complications in patients with COVID-19. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2020.
53. William M. Sage M. Another Medical Malpractice Crisis. JAMA. 2020.
54. Alexander L. Fogel MMJCKM. Reported Cases of Medical Malpractice in Direct-to-Consumer Telemedicine. JAMA. 2019 April; 321(13).
55. Asamblea Legislativa de El Salvador CP. Del Homicidio y sus formas. 1997..
56. CSJ. Guía Técnica Autopsia Médico Legal; 2020.
57. CSJ. Guía Técnica de Reconocimiento Médico Legal de Lesiones; 2020.