

Editor en Jefe  
Arturo Santos García

# Oftalmología

## en la opinión de los expertos

SERIE PARA LA EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA EN OFTALMOLOGÍA

Libro 3

**Ejercicio profesional de la Oftalmología**

Dr. Juan Carlos Altamirano Vallejo

**garaitia**  
EDITORES

# Autores

## Editor en Jefe

Dr. Arturo Santos García

## Editor de la Sección:

### Retina médica y quirúrgica

Dr. en C. Enrique A. Roig Melo Granados

## Dr. en C. Arturo Santos García

Especialista en Retina Médica y Quirúrgica  
 Director del Instituto de Oftalmología y Ciencias Visuales  
 Centro Universitario de Ciencias de la Salud  
 Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco  
 Coordinador del Programa de Retina Médica y Quirúrgica  
 Universidad de Guadalajara

## Dr. en C. Enrique A. Roig Melo Granados

Especialista en Retina Médica y Quirúrgica  
 Director de Enseñanza  
 Instituto de Oftalmología y Ciencias Visuales  
 Centro Universitario de Ciencias de la Salud  
 Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco  
 Jefe de Enseñanza del Programa de Retina Médica y Quirúrgica  
 Universidad de Guadalajara

## Dr. Juan Carlos Altamirano Vallejo

Especialista en Retina Médica y Quirúrgica  
 Director Médico  
 Centro de Retina Médica y Quirúrgica  
 Centro Médico Puerta de Hierro  
 Guadalajara, Jalisco

## Lic. Roberto Becerra Zavala

Licenciado en derecho, Maestría en Política y Gestión Pública. Abogado Conciliador de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (CAMEJAL) durante el periodo 2004 al 2010

## Dr. Juan Carlos Olivares Gálvez

Director General de Regulación Sanitaria, Secretaría de Salud, Jalisco

## M. en C. Pedro de Alba Macías

Miembro del Consejo de Estudios e Investigaciones en Bioética, Médico Conciliador de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (CAMEJAL) durante el periodo 2004-2010. Especialidad en Bioética

## Dr. José de Jesús Villalpando Casas

Representante de la Academia Nacional de Medicina ante el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas. Expresidente del Consejo de Endocrinología

## Dr. Jorge Perales Casillas

Ex presidente del Consejo Mexicano de Oftalmología 2006-2008

## Lic. Claudia Covarrubias Ochoa

Maestría en Derecho Fiscal, Administradora Local de Servicios al Contribuyente Servicio de Administración Tributaria-SAT

### Declaración de intereses:

El autor manifiesta que no tiene o ha tenido relación de algún tipo con las compañías con las que directa o indirectamente se podrían asociar con la información del manuscrito. No existe ninguna influencia en el proceso de selección de información, redacción o de contenido, por lo que no existe ningún tipo de sesgo, en este sentido; en la expresión del criterio científico.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación o transmitida en ninguna forma o por ningún medio electrónico, óptico, mecánico, fotocopiado o de cualquier clase sin permiso escrito del editor. Esta edición ha sido producida en México por Garaitia Editores, S.A. de C.V.

Copyright © 2010 Garaitia Editores, S.A. de C.V.

Oftalmología en la opinión de los expertos

Serie para la Educación Médica Continua en Oftalmología

• Libro 3. Ejercicio profesional de la Oftalmología

ISBN 978-607-9024-04-8

Diseño y formación: Garaitia Editores

Impreso en México

**garaitia**  
EDITORES

Garaitia Editores, S.A. de C.V.  
 Miguel Ángel de Quevedo 505, Desp. 2  
 Col. Romero de Terreros • 04310, México, D.F.  
 Tel. 5658 8666 • www.garaitia.com

# Contenido

|  |    |
|--|----|
| Marco jurídico de la profesión médica y de la especialidad en Oftalmología   |    |
| I.- ¿Por qué es importante conocer el orden jurídico? .....  | 5  |
| II.- Normas sanitarias relevantes para el médico y el oftalmólogo .....  | 6  |
| III.- Responsabilidad legal .....  | 10 |
| <i>Responsabilidad Civil</i> .....   | 10 |
| <i>Responsabilidad Penal</i> .....   | 12 |
| <i>Responsabilidad Administrativa</i> .....  | 14 |
| IV.- Derechos de los pacientes y de los prestadores de servicios de salud ...  | 14 |
| V.- Consentimiento informado .....   | 15 |
| VI.- Instituciones concededoras de conflictos entre médicos y pacientes ....   | 19 |
| <i>Comisiones de Arbitraje Médico</i> .....  | 19 |
| <i>Comisiones de Derechos Humanos</i> .....  | 19 |
| <i>Juzgados Civiles</i> .....  | 19 |
| <i>Ministerios Públicos y Juzgados Penales</i> .....   | 19 |
| <i>Cédulas profesionales con efecto de patente emitidas por la DGP/SEP para la práctica de la oftalmología</i> ..... | 21 |
| <i>Cédulas profesionales con efecto de patente emitidas por la DGP/SEP para la práctica de especialidades</i> .....  | 21 |
| VII.- Conclusiones .....   | 21 |
| Referencias bibliográficas .....   | 22 |
| Autoevaluación .....   | 23 |
| <br>   |    |
| Regulación sanitaria para la práctica de la Oftalmología   |    |
| Introducción .....   | 25 |
| Requerimientos para consultorios médicos .....   | 26 |
| Requerimientos para consultorios de especialidad en oftalmología .....   | 28 |
| Prescripción de medicamentos .....   | 29 |
| <i>Receta médica</i> .....   | 29 |
| <i>Medicamento Genérico Intercambiable</i> .....   | 29 |
| <i>Denominación genérica</i> .....   | 29 |
| <i>Denominación distinta</i> .....   | 29 |
| Referencias bibliográficas .....   | 32 |
| Autoevaluación .....   | 33 |
| <br>   |    |
| La ética en la práctica de la Oftalmología   |    |
| Introducción .....   | 35 |
| Ética Profesional .....  | 35 |
| ¿Cuál ética? .....   | 36 |
| Los códigos de ética médica .....  | 36 |
| ¿Qué es un problema ético? .....   | 37 |
| Ética en oftalmología .....  | 37 |
| <i>Competencia</i> .....   | 38 |

|   |           |
|---|-----------|
| <i>Consentimiento informado</i> .....   | 38        |
| <i>Estudios clínicos y procedimientos de investigación</i> .....                              | 38        |
| <i>Otras opiniones</i> .....  | 38        |
| <i>El oftalmólogo incapacitado</i> .....  | 38        |
| <i>Evaluación pre-tratamiento</i> .....   | 38        |
| <i>Delegación de servicios</i> .....  | 38        |
| <i>Cuidado postoperatorio</i> .....   | 38        |
| <i>Procedimientos médicos y quirúrgicos</i> .....   | 38        |
| <i>Procedimientos y materiales</i> .....  | 39        |
| <i>Relaciones comerciales</i> .....   | 39        |
| <i>Comunicación con otros colegas</i> .....   | 39        |
| <i>Comunicación con el público</i> .....  | 39        |
| <i>Interrelaciones entre oftalmólogos</i> .....   | 39        |
| <i>Conflicto de interés</i> .....   | 39        |
| <i>Testimonio de un experto</i> .....   | 39        |
| <b>Casos clínicos</b> .....   | <b>40</b> |
| <b>Conclusión</b> .....   | <b>41</b> |
| <b>Referencias bibliográficas</b> .....   | <b>42</b> |
| <b>Autoevaluación</b> .....   | <b>43</b> |
| <br>  |           |
| El papel de los Consejos Certificadores en la práctica de la Oftalmología                     |           |
| <b>Introducción</b> .....   | <b>44</b> |
| <b>El por qué de los Consejos</b> .....   | <b>44</b> |
| <b>Qué son los Consejos</b> .....   | <b>44</b> |
| <b>Características</b> .....  | <b>45</b> |
| <b>Legitimación y marco legal de los Consejos</b> .....                                       | <b>45</b> |
| <b>Lo que no son los Consejos</b> .....   | <b>46</b> |
| <b>Consejo Mexicano de Oftalmología</b> .....   | <b>47</b> |
| <b>Conclusiones</b> .....   | <b>49</b> |
| <b>Autoevaluación</b> .....   | <b>50</b> |
| <br>  |           |
| Aspectos fiscales fundamentales para la práctica de la Oftalmología                           |           |
| <b>Introducción</b> .....   | <b>51</b> |
| <b>¿Qué son los impuestos?</b> .....  | <b>51</b> |
| <b>¿Por qué debo pagar impuestos?</b> .....   | <b>51</b> |
| <b>Programa de Actualización y Registro (PAR)</b> .....                                       | <b>52</b> |
| <b>Regímenes fiscales para los profesionistas</b> .....                                       | <b>52</b> |
| <i>Personas físicas</i> .....   | 52        |
| <i>¿A qué impuestos (obligaciones) como profesionista tiene en el libre ejercicio?</i> .....  | 52        |
| <i>Régimen fiscal de los Profesionistas en el Impuesto Sobre la Renta (ISR)</i> .....         | 53        |
| <i>Impuesto a los depósitos en efectivo (IDE)</i> .....                                       | 53        |
| <b>Impuesto Empresarial a Tasa Única (IETU)</b> .....   | <b>54</b> |
| <i>¿Cómo se determina el pago mensual del Impuesto Empresarial a Tasa Única (IETU)?</i> ..... | 54        |
| <i>Derechos del contribuyente</i> .....   | 55        |
| <b>Clave de Identificación Electrónica Confidencial</b> .....                                 | <b>55</b> |
| <i>¿Cómo se obtiene?</i> .....  | 55        |
| <i>¿Qué requisitos se deben presentar?</i> .....  | 56        |
| <b>Firma Electrónica Avanzada (Fiel)</b> .....  | <b>56</b> |
| <b>Otras obligaciones fiscales</b> .....  | <b>56</b> |
| <b>Una herramienta para el cumplimiento oportuno: portal <i>Micro e</i></b> .....             | <b>57</b> |
| <i>Facilidades administrativas</i> .....  | 57        |
| <b>Recursos</b> .....   | <b>57</b> |

# Marco jurídico de la profesión médica y de la especialidad en Oftalmología

Lic. Roberto Becerra Zavala<sup>1a</sup>

## I.- ¿Por qué es importante conocer el orden jurídico?

Empecemos por la cuestión básica, ¿Por qué es importante que los médicos y en particular los oftalmólogos conozcan el marco jurídico que regula su práctica? Si bien pueden existir diversas respuestas, citaré un principio de derecho romano muy conocido entre los abogados: "*ignorantia non excusam legem*", esto es, la ignorancia de la ley no es excusa. Lo anterior implica que todas las personas deben hacer un esfuerzo por conocer las leyes para evitar cometer alguna infracción y ser sancionados, aunque tal vez lo más importante del principio es que al cumplir los mínimos éticos establecidos en la normatividad jurídica permitirá tener mejores ciudadanos.

Por otra parte, debemos reconocer que existen diversas disposiciones jurídicas y las personas pueden sentir que están nadando en un mar de normatividades jurídicas que incluso los ahogan, los prestadores del servicio de salud no se escapan de esta situación.

No obstante el problema anterior, el cual implicaría un estudio más minucioso y aportar nuevas soluciones, el hecho es que todo profesional de la salud debe conocer la normatividad que regula su actividad, ya que un cumplimiento cuidadoso podrá evitarle muchos problemas.

Empezaré por lo básico, pues es importante distinguir la jerarquía y la competencia normativa existente dentro de nuestro país.

Revisando el Artículo 40 de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, se menciona: "es voluntad del pueblo mexicano constituirse en una República representativa, democrática, federal, compuesta por Estados libres y soberanos en todo lo concerniente a su régimen interior; pero unidos en una federación establecida según los principios de esta ley fundamental." Lo que quiero resaltar es que la adopción del federalismo trae consigo lo que Carbonell denomina "principio de competencia normativa"<sup>1</sup> y esto da como resultado que exista una división en dos órdenes normativos materiales: uno Federal y otro Local (31 Estados y el Distrito Federal). Ésta división es horizontal, para ejemplificar lo anterior comentaremos que: Los delitos de lesiones u homicidio están contemplados en 33 Códigos Penales (1 Federal y 32 correspondientes a los Estados y al Distrito Federal) ninguno está por encima de otro, cada uno es aplicable según la competencia que tiene, por ello habrá que estudiar cuál de ellos aplica. De igual manera, existe la Ley General de Salud y diversas Leyes Estatales de Salud.

El siguiente asunto a estudiar es el jerárquico, existen normas superiores e inferiores y obviamen-

<sup>1a</sup> Lic. En Derecho. Mtro. en Política y Gestión Pública. Trabajó en la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (CAMEJAL) como Abogado Conciliador del 2004 al 2010.

te, éstas últimas no pueden excederse o contraponerse a lo establecido por las superiores.

El orden jurídico tiene una estructura y existe una relación íntima entre todas ellas. Por ejemplo: "la Constitución condiciona a la legislación, de tal forma que una Ley no puede ser contraria a la Constitución porque es precisamente ésta la que hace posible la ley."<sup>2</sup> Lo mismo sucede entre la ley y el reglamento. Así el Artículo 4º párrafo tercero contempla el derecho a la protección a la salud y con esta condición general, la Ley General de Salud amplía la normatividad y establece nuevas condiciones, pero al ser insuficientes, diversos Reglamentos entran en acción, pero éstos últimos no pueden contradecir lo dispuesto por la Ley que les estableció las condiciones o lineamientos.

Con las precisiones antes mencionadas, un médico o prestador del servicio de salud debe conocer diversas normas sanitarias y distinguir la competencia y la jerarquía que existe en el orden jurídico nacional.

Un jurista importante fue Hans Kelsen, quien defendió una visión iuspositivista que llamó teoría pura del derecho. Una de sus aportaciones es la llamada pirámide normativa que permite visualizar la jerarquía antes explicada. En la parte superior de la pirámide está ubicada la norma que da sustento a la inferior y así sucesivamente. (Figura 1)

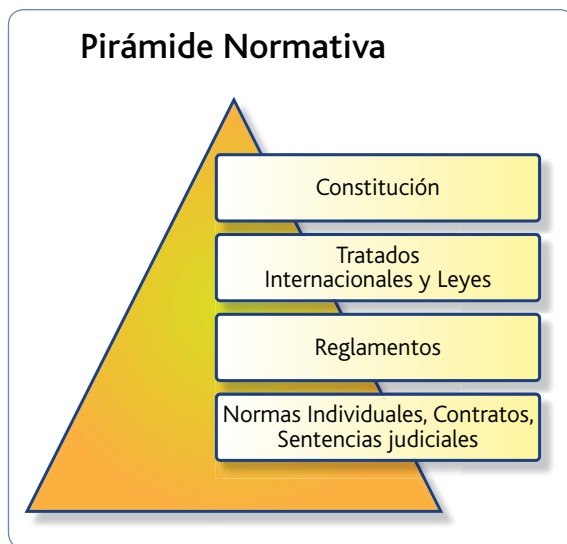


Figura 1.

Pirámide normativa.

Nuestra Carta Magna también dispone una jerarquía, el Artículo 133 dispone: "Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los Tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión..."

Existen diversos análisis respecto a los conflictos normativos que se pueden presentar que implicarían un estudio amplio, pues existen diversos criterios para solucionar cuál es la norma aplicable, ya sea en el tiempo, en el espacio, entre otros, pero dichos asuntos habría que dejárselos a un conocedor de las leyes para que ofrezca una solución, pues incluso entre los propios juristas existen opiniones encontradas.

## II.- Normas sanitarias relevantes para el médico y el oftalmólogo

La mayoría de los médicos y prestadores del servicio de salud conocen que el Artículo 4º párrafo tercero de nuestra Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos estipula el derecho a la protección, a la salud, además de señalar que la "Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución", sin embargo, las demás disposiciones sanitarias gradualmente se van desconociendo, lo cual es entendible porque son vastas y raramente compiladas.

Otra disposición constitucional de interés es el Artículo 5º Constitucional, pues en éste se contempla la libertad de trabajo y particularmente en su párrafo segundo dispone que "la Ley determinará en cada Estado, cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deban llenarse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo." De lo antes citado, es importante apreciar que no existe una sola Ley reglamentaria del Artículo 5º, sino varias, pues cada Estado tiene la suya, por ejemplo, en Jalisco existe la Ley para el Ejercicio de las Profesiones para el Estado de Jalisco y en el Distrito Federal existe la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal.

Las Leyes para el Ejercicio de las Profesiones, especifican cuáles son las profesiones que requieren título para su ejercicio y las condiciones para obtenerlo. La medicina es una de ellas, así como el derecho, entre otras. Por convenios entre las Entidades Federativas y la Federación, lo común es que se otorgue primero la Cédula Federal y posteriormente uno puede acudir a la Dirección de Profesiones de la Entidad respectiva para que le entreguen la Cédula Estatal, pero teniendo la primera uno puede ejercer libremente la licenciatura en medicina en cualquier parte de nuestra república. Ejercer la medicina sin título y cédula además de conllevar sanciones administrativas es un delito como veremos más adelante en el apartado referente a la responsabilidad penal.

En cuanto a las Leyes Sanitarias, la más relevante es la Ley General de Salud, en ésta encontramos una visión general de la reglamentación del derecho a la protección de la salud contenido en la Carta Magna y las bases o modalidades en que se deben prestar los servicios de salud, así como la concurrencia entre la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general, entre otros aspectos de importancia.

Otras Leyes que se pueden enunciar a manera de ejemplo son las Leyes Estatales de Salud en cada Entidad Federativa, la Ley General para el Control del Tabaco, además de las Leyes de Seguridad Social que contienen algunas disposiciones vinculadas con el tema de la salud, aunque principalmente es en sus Reglamentos donde se ahonda más el tema, entre ellas están: la Ley del Seguro Social, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Ley del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas.

Los Reglamentos como ya se mencionó profundizan o ahondan lo que dispusieron las Leyes y encontramos diversos Reglamentos derivados de la Ley General de Salud, algunos de ellos son: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de: Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres 1985, reformado en 1987; Sanidad Internacional 1985; Prestación de Servicios de Atención Médica 1986; Investigación para la Salud 1987; Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios 1988 reformado en 1999; de Insumos para la Salud 1998; de Control Sanitario de

Productos y Servicios 1999; Publicidad 2000; Consumo de Tabaco 2000; Protección Social en Salud 2004.

Haciendo una pausa, el oftalmólogo se podrá cuestionar de todas esas leyes y reglamentos, cuáles me aplican. La respuesta, aunque no precisa, sería, todo depende. Existirán normas que poco tengan que ver con su actividad, pero otras sí le incumbirán por la actividad que esté desempeñando. Así, la Ley General de Salud enuncia de manera general en el Título Cuarto lineamientos que se deben de seguir en materia de trasplantes, por lo que el oftalmólogo que participe en trasplantes de corneas debe conocer dichas disposiciones, pero además investigar si existe un Reglamento que ahonde más sobre el tema, lo que en nuestro ejemplo sería el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres. No cumplir con ciertas disposiciones implica sanciones administrativas e incluso penales.

Un Reglamento básico para todo Prestador del Servicio de Salud es el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. En éste encontramos diversos deberes, por ejemplo para los oftalmólogos puede ser de utilidad las disposiciones para prestar servicios en Consultorios o en Hospitales, ya que la mayoría de sus atenciones son ambulatorias y por ende deben cubrir los requisitos que ahí se señalan, entre ellos llevar un registro diario de pacientes, contar con las áreas que señala el Reglamento, entre otras.

Retomando la cuestión de la normatividad, existen otras regulaciones como son los Decretos emitidos por el Ejecutivo Federal (Ejemplo: Certificados de defunción y muerte fetal), Acuerdos emitidos por la Secretaría de Salud o por otras dependencias como el Consejo de Salubridad General, Circulares y las Normas Oficiales Mexicanas. Todas estas regulaciones son administrativas y tienen finalidades concretas, no pretenden legislar, sino reglamentar aspectos muy específicos.

En cuanto a los Acuerdos debe entenderse como "la orden dictada por un superior al inferior jerárquico, conforme a una decisión tomada individual o colegiadamente, con base en la ley, jamás en forma caprichosa."<sup>3</sup>

Las Normas Oficiales Mexicanas (NOMS) son regulaciones sui generis que vale la pena analizar. De acuerdo al artículo 3º fracción XI de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización se definen como:

"...la regulación técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes, conforme a las finalidades establecidas en el Artículo 40, que establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación."

Su elaboración es muy diferente a la de una ley o reglamento, pues en éstas si bien es expedida por las dependencias de la administración pública competentes, son sometidas en una de sus etapas a un Comité Consultivo e incluso participan particulares con opiniones, por ello vale la pena estar pendiente cuando se modifica una NOM.

Existen diversas Normas Oficiales Mexicanas que pueden ser de interés para los prestadores del servicio de salud. Para los oftalmólogos pueden ser de importancia las siguientes:

- NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico. En esta Norma se especifica cómo y quién debe elaborar el Expediente Clínico.

Uno de los documentos más importantes que regula son las Cartas de Consentimiento Bajo Información, especificando en qué eventos mínimos la requieren y los requisitos que debe contener. Por su importancia lo analizaremos más adelante.

- NOM-170-SSA1-1998, si en alguna intervención es necesaria la aplicación de anestesia, es importante revisar el contenido de esta regulación, pues aquí se especifican las medidas y acciones que deben realizarse antes, durante y después del procedimiento.

El numeral 16 especifica la "Administración de anestesia durante la práctica de procedimientos de cirugía ambulatoria o de corta estancia hospitalaria." Veamos lo que dispone (he subrayado lo que me parece importante resaltar):

## 16.1 Preoperatorio

### 16.1.1 Características generales.

Todo paciente que sea sometido a cualquier procedimiento quirúrgico ambulatorio o que implique corta estancia postoperatoria, deberá firmar su carta de consentimiento informado, que asegure que conoce las características del evento anestésico quirúrgico, así como sus posibles complicaciones y se seguirán los mismos lineamientos para la administración de cualquier manejo anestésico.

16.1.2 Situaciones especiales que excluyen al paciente de cirugía ambulatoria y de corta estancia:

- Probabilidad de transfusión sanguínea.
- Empleo crónico de medicamentos potenciadores de los anestésicos, que impidan su egreso.
- Niños con probabilidad de ayuno prolongado.
- Lactantes con alto riesgo de complicación respiratoria (prematuros, etc.).
- Antecedentes familiares o personales de hipertermia maligna.
- Características personales o socioeconómicas que a juicio médico impidan su adecuado seguimiento domiciliario.
- Cirugía de urgencia que requiere de hospitalización.
- Paciente con enfermedad aguda intercurrente.
- Riesgo anestésico 3 o mayor, de acuerdo a la escala del numeral 9.2.2 de esta Norma.  
(El numeral 9.2.2 dispone cómo se clasifica al paciente según el riesgo anestésico y en base a ésta se podrá determinar si la intervención puede ser ambulatoria o no: "Analizar los aspectos del estado físico que pueden afectar las decisiones sobre el riesgo operatorio y el manejo, clasificando al paciente según el riesgo anestésico, calificando al paciente en una escala de 1 a 5 con las siguientes condiciones:

- Paciente sano que requiere cirugía sin antecedente o patología agregada.
- Paciente que cursa con alguna enfermedad sistémica, pero compensada.
- Paciente que cursa con alguna enfermedad sistémica descompensada.
- Paciente que cursa con alguna enfermedad sistémica incapacitante.
- Paciente que, se le opere o no, tiene el



riesgo inminente de fallecer dentro de las 24 horas posteriores a la valoración, por ejemplo: pancreatitis aguda.

Aunque esta Norma no menciona que se trata de la clasificación de la *American Society of Anesthesiologists* (ASA), los concededores de los criterios saben que se trata de ésta, pues coinciden en sus cinco clases.

Respecto a esta cuestión, un compañero médico me sugirió que consideraba que los oftalmólogos tenían la posibilidad de realizar dos opciones: a) La primera estabilizar al paciente con ASA-3 para poder convertirlo en ASA-2 y de esta manera poder intervenirlo en forma ambulatoria, o bien, b) Realizar la intervención quirúrgica asociada a hospitalización por más de 24 horas posteriores al procedimiento quirúrgico. Como abogado podría responder que sí es factible cualquiera de las dos opciones, resaltando que lo trascendental es que sea lícito, o sea esté apegado a la *lex artis ad hoc* y que se realice con la diligencia y prudencia apropiada. En cuanto a una cuestión que se me ha realizado, respecto a si la valoración preanestésica debe ser realizada obligadamente por un médico especialista en anestesiología, esto es, que tenga cédula que lo faculte para dicha especialidad, la Norma Oficial Mexicana menciona en el numeral 4.11 son procedimientos anestésicos, "...todos aquellos que deben ser aplicados por un médico anesthesiólogo calificado." Una pregunta que tendríamos que realizarnos es ¿La valoración preanestésica es un procedimiento anestésico o es factible que pueda considerársele como un acto aislado dentro de la práctica de procedimientos ambulatorios o de corta estancia? Por la redacción de la Norma y relacionándola con la referente a cirugías mayores ambulatorias, la selección de los pacientes debe ser cuidadosa y ser ejecutada y seguida de cerca por el Anesthesiólogo, aunque para otros pudiera considerarse una medida exagerada. En los hechos y en la práctica común puede suceder que un médico no especialista en anestesiología realice la valoración preanestésica, un aspecto determinante es que tenga la pericia para hacer dicho acto de manera adecuada, pues si el médico no especialista actúa con impericia, imprudencia o negligencia y en su caso causare un daño por esta circunstancia, podría ser responsable civilmente.

j. Condiciones especiales que excluyen al paciente de cirugía ambulatoria y de corta estancia.

### 16.1.3 Requisitos:

16.1.3.1 El paciente tendrá el tiempo de ayuno que se considere adecuado, además de contar con exámenes de laboratorio y gabinete realizados dentro de los 90 días previos a la aplicación de la anestesia, salvo en aquellas condiciones específicas en que pueda haber sangrado intercurrente.

16.1.3.2 Valoración preanestésica no mayor a 5 días previos a la cirugía y nueva valoración antes del acto quirúrgico.

16.1.3.3 El riesgo anestésico quirúrgico deberá ser de cirugía electiva cuando el estado físico sea 1 o 2 de la escala mencionada en el numeral 9.2.2 de esta Norma y el tipo de cirugía será el catalogado como menor."

- NOM-205-SSA1-2002, para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria. Como su nombre señala, establece lineamientos que se deben seguir en cirugías mayores ambulatorias, por ejemplo, podemos citar el punto seis e incluso podemos apreciar como se van relacionando algunas normas con otras:

### 6. Criterios especiales

6.1 Excluyentes de cirugía mayor ambulatoria:

6.1.1 Probabilidad de transfusión sanguínea.

6.1.2 Probabilidad de requerir hospitalización.

6.1.3 Empleo crónico de medicamentos potencializadores de los anestésicos.

6.1.4 Lactantes con alto riesgo de complicación respiratoria.

6.1.5 Antecedentes familiares o personales de hipertermia maligna.

6.1.6 Estado físico mayor de 2 de la clasificación de la ASA.

6.1.7 Paciente con enfermedad aguda intercurrente.

6.1.8. Otras condiciones especiales que determine el cirujano o el anesthesiólogo y que excluyan al usuario de la práctica de cirugía mayor ambulatoria.

- NOM-209-SSA1-2002, regulación de los servicios de salud. Para la práctica de cirugía oftalmológica con láser excimer. Como bien

señala la introducción de esta norma, el láser innovó en varios campos de la medicina y ha tenido una preeminencia en la cirugía oftalmológica, el aumento de su uso por sus grandes ventajas impulsó la creación de esta norma para que ésta se realice con altos niveles de calidad.

Podemos apreciar en el numeral 5.3.1 de esta NOM, que la Cirugía Oftalmológica con Laser Excimer es considerada como Cirugía Mayor Ambulatoria y por ende, debe apegarse a los lineamientos establecidos en la NOM-205-SSA1-2002, para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria, como la valoración pre-anestésica y de la especialidad que sea necesaria (numeral 5.2.3), asimismo debe cumplirse lo estipulado en la NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

- NOM-197-SSA1-2000, establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Como se podrá deducir, esta norma es útil para cumplir con los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento tanto de Hospitales como de Consultorios de Atención Médica Especializada, lo cual resulta de interés para el oftalmólogo en ella se enumera los requerimientos para un Consultorio Oftalmológico.

### III.- Responsabilidad legal

El tema legal que más le interesa a los Prestadores de Servicio de Salud es el de la "responsabilidad". Éste término proviene del latín *responsum*. El *responsum* es el "obligado a responder de algo o alguien". ¿Qué responsabilidad tienen los Prestadores de Servicio de Salud? Existen responsabilidades éticas e incluso sociales, no obstante las que vamos a revisar son las jurídicas, esto es, las que la ley nos establece como deberes y cuyo incumplimiento nos obliga a responder.

A su vez la responsabilidad legal se puede subdividir en diversas materias y algunas de ellas van dirigidas a sujetos indeterminados, es decir, cualquier persona que encaje con lo que establece la Norma debe cumplirlo y otras exige que los sujetos tengan ciertas cualidades como los profesionistas o en es-

pecifico los médicos o Prestadores de Servicio de Salud, entre otros.

Veamos algunas responsabilidades:

#### Responsabilidad Civil

La Responsabilidad Civil se encuentra regulada en los Códigos Civiles de cada una de las Entidades Federativas.

La responsabilidad se divide en contractual y extracontractual. Ésta distinción es poco reflexionada y expuesta en los discursos de las Comisiones de Arbitraje Médico e incluso por la propia doctrina nacional, pero es una distinción que puede ser importante como estrategia para los abogados de las partes, ya que el tiempo que se tiene para ejercer la acción y demandar en la responsabilidad extracontractual es más breve (generalmente dos años desde que se causó el daño) y en la contractual es más amplia (puede ser de 5 a 10 años).

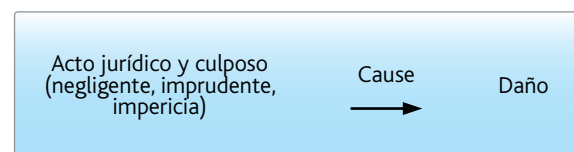
La responsabilidad contractual surge cuando existe un contrato y éste no se cumple o no se cumple adecuadamente lo que ocasiona un daño el cual debe ser reparado.

Hay que recordar que el Contrato de Prestación de Servicios Profesionales no necesariamente tiene que ser redactado por escrito y por ende son validos los contratos verbales.

La responsabilidad extracontractual es la que nace sin que antes haya existido un vínculo entre las partes como lo es el contrato u otra, aunque otros doctrinistas consideran que también nace cuando los daños van más allá de lo pactado.

En este tipo de responsabilidad deben existir ciertos elementos:

- Que se realice un acto antijurídico o ilícito;
- Que el acto sea culposo. La culpa es el género y las especies son: negligencia, imprudencia, impericia o inadvertencia;
- Que exista un daño; y
- Que haya una "causalidad" entre el acto culposo y el daño, esto para atribuirle al sujeto o sujetos la responsabilidad.



En la práctica, si un oftalmólogo demuestra que su actuación fue diligente, prudente y apegada a la pericia que estipula la *lex artis ad hoc*, aunque haya causado un daño, no sería responsable, pero si la parte que lo demanda logra demostrar “todos los elementos antes mencionados” y en particular que actuó con negligencia, imprudencia o impericia, sí deberá responder del daño ocasionado.

Independientemente de lo anterior, también existen excluyentes de responsabilidad, esto implica que aún cuando se demuestren todos los elementos anteriores, puede liberarse de la misma. Por ejemplo, la culpa inexcusable de la víctima, esto es, que el paciente cometa una culpa excesiva como no seguir instrucciones precisas y detalladas, sabiendo que de no hacerlo se ocasionara un daño, o bien, el caso fortuito o la fuerza mayor.

El tema de la responsabilidad civil es muy interesante y muy amplio, ya que cada elemento puede ser reflexionado y existen diversas teorías en la doctrina jurídica, la cual se está afinando principalmente en este ámbito.

De lo antes dicho, en nuestro País también es aplicable la opinión de Carmen Blas Orbán quien precisa: “aunque en principio, la distinción entre la responsabilidad contractual y la extracontractual parece perfectamente clara en la línea teórica, se hace preciso aclarar que las dos formas de responsabilidad civil, contractual y extracontractual, no siempre funcionan separadamente, pudiendo concurrir a la vez bien en un mismo sujeto responsable, bien en sujetos distintos. Por otra parte, en la práctica, aún cuando entre las partes exista una relación de carácter contractual, se duda en ocasiones si el daño se sitúa o no dentro de esta relación.”<sup>4</sup>

Agréguense además que el tema de responsabilidad civil al aplicarse al campo médico o sanitario evidencia mayores complejidades, debido a que las reglas generales no están pensadas para las particularidades de la actuación médica. Ejemplos sobran, simplemente el médico actúa generalmente en equipo; trabaja para clínicas u hospitales, entre otras modalidades, y todo ello modifica quién es el responsable civilmente. Así las cosas, la responsabilidad podría ser atribuida a un Jefe de Equipo por la negligencia de su personal dependiente o que él mismo haya integrado, máxime si él contrató con

el usuario del servicio o paciente (responsabilidad *in vigilando*), o bien, la Institución Hospitalaria o Clínica podría ser responsable, si ésta fue la que proporcionó al personal médico (responsabilidad *in eligiendo*) que haya ocasionado algún daño al paciente o usuario del servicio.

La responsabilidad objetiva o por riesgo creado es una institución que causa ruido, ya que en ésta no se necesita probar la culpa (negligencia, impericia, imprudencia), lo que significa que aún cuando se haya actuado diligentemente, si se causa un daño, debe responder, pero para ello se debe haberse utilizado determinados objetos que por sus efectos son peligrosos.

El Código Civil Federal estipula en su Artículo 1913:

*“Cuando una persona hace uso de mecanismos, instrumentos, aparatos o sustancias peligrosos por sí mismos, por la velocidad que desarrollen, por su naturaleza explosiva o inflamable, por la energía de la corriente eléctrica que conduzcan o por otras causas análogas, está obligada a responder del daño que cause, aunque no obre ilícitamente, a no ser que demuestre que ese daño se produjo por culpa o negligencia inexcusable de la víctima, por caso fortuito o fuerza mayor.”*

¿El anesthesiólogo es responsable por la aplicación de anestesia? ¿La anestesia es una sustancia peligrosa por sí misma o por las causas que estipula el Código?

Existen tesis que aunque aún no tienen el carácter de jurisprudencia, influyen en las decisiones judiciales. Éstas interpretan que la anestesia sí es sustancia peligrosa e incluso que los hospitales tienen responsabilidad solidaria, si el Anesthesiólogo tiene una relación de dependencia con la Institución y éste al aplicar la sustancia ocasiona un daño.

Lo anterior justifica que los oftalmólogos reflexionen la conveniencia de estar apoyados por anesthesiólogos, pese a que parezca poco necesario, ya que el experto en el manejo de la sustancia y en las complicaciones que se podrían llegar a presentar es éste.

Una cuestión que se me ha pedido aclarar es la conveniencia de que los Prestadores de Servicio de Salud contraten una Póliza de Seguros y cuál es la más adecuada. Es evidente que es beneficioso tener una Póliza de Responsabilidad Civil porque toda

práctica implica riesgos y algunos de ellos pueden originar daños por alguna negligencia, imprudencia o impericia de nuestra parte, lo cual es humanamente normal. El costo puede variar, no obstante si contratan varios profesionistas podrían lograr mejores condiciones. Existen Países que regulan la conveniencia de que se tengan pólizas como éstas. En este tema, hay que investigar que se contrate con una Institución seria y que en efecto sea una Compañía Aseguradora aprobada por las autoridades correspondientes (revisar lo que dispone la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros), ya que existen personas (físicas o morales) que venden contratos de otra índole, los cuales no necesariamente son seguros y sólo prestan asesoría u otros servicios, que aunque también pueden ser convenientes, hay que saberlos distinguir. Conocer la Póliza es importante, sobre todo cuando surge una eventualidad, para que la Institución no busque argumentos para evitar su compromiso.

Cumpliendo con el compromiso de mencionar la relación existente de la Responsabilidad Civil con el tema de las Especialidades oftalmológicas (Neurooftalmología y Retina Médica y Quirúrgica), consideradas como cursos de especialización que requieren de oftalmología (especialidad básica) como requisito previo y que están reguladas en la Dirección General de Profesiones (DGP), en la práctica oftalmológica, existe un gran número de oftalmólogos que realizan la administración intravítrea (mediante inyección intraocular) de medicamentos (esteroide y/o antiangiogénicos) para tratar enfermedades que afectan la retina (área del conocimiento que corresponde a los especialistas en retina médica y quirúrgica) Por ejemplo, algunos Oftalmólogos generales administran con frecuencia Kenalog® (esteroide introducido al País en forma ilegal y sin registro de SSA) lo anterior es evidentemente prohibido y conllevaría una sanción administrativa como mínimo, pues podría originar responsabilidad civil y penal; en cuanto a los Oftalmólogos que administran Avastin® (antiangiogénico que está autorizado por COFEPRIS y SSA para tratamiento de cáncer de colon metastásico y no para administración intraocular) y Lucentis® (antiangiogénico autorizado para administración intraocular para tratamiento de sólo una enfermedad

llamada degeneración macular relacionada con la edad tipo exudativa y que con frecuencia es administrado en forma intraocular para tratamiento de edema macular diabético) la respuesta dependerá del sustento existente en la literatura médica especializada que avale el uso de dichos medicamentos para otros tratamientos, por ello, para evitar responsabilidades de cualquier índole, es aconsejable no invadir áreas especializadas que no se dominan, pues se puede incurrir en una mala práctica y atentar contra la *lex artis ad hoc*.

### Responsabilidad Penal

El Diccionario Omeba precisa:

"La obligación de soportar la consecuencia específica del delito constituye la responsabilidad penal. Esta responsabilidad recae únicamente sobre el delincuente y no debe confundirse con la responsabilidad civil emergente del delito....La consecuencia específica del delito es la pena, la que sólo puede imponerse al autor o partícipe de un delito que sea penalmente responsable. Para que a un sujeto se lo considere penalmente responsable es menester que el delito que se le imputa aparezca configurado con todos los elementos esenciales para su existencia, por lo cual tiene que haber una acción positiva o negativa, que pueda atribuirse al sujeto activo como expresión de su personalidad, que sea antijurídica (contraria al derecho), típica (que se adecúe a una figura delictiva) y que el autor o partícipe sea imputable (o sea, capaz de comprender la criminalidad del acto y de dirigir sus acciones) y culpable (es decir, que su conducta le sea reprochable por no concurrir en el caso ninguna causa de exclusión de la culpabilidad)."<sup>5</sup>

Los Delitos Sanitarios se encuentran contemplados en los diversos Códigos Penales (31 Entidades Federativas y el Federal) además de los que establece el Título Décimo Octavo Capítulo VI de la Ley General de Salud, los cuales son Federales.

Una definición jurídica formal del delito es la que señala el Código Penal Federal en su artículo 7º: "es el acto u omisión que sancionan las leyes penales.", de ahí la importancia de conocer lo que disponen las leyes penales y en particular los delitos relacionados con la actividad médica, a efecto de conocer todos los elementos que integran el acto u omisión sancionado, ya que la ausencia de uno

impide que se integre el mismo y se evita la responsabilidad. Es por ello que un abogado hábil podría esquivar la responsabilidad de su defendido, si logra demostrar que no se cumplen “todos” los elementos” que definen el delito. Nosotros decimos no se tipifica el delito.

Hay que agregar, que la clasificación más conocida de los delitos es por la intencionalidad, pudiendo ser dolosos o intencionales y culposos o imprudenciales. En el caso de los médicos es menos usual el dolo, por lo que generalmente cuando se trata de daños a la salud catalogados como negligencias, se les denuncia por el delito culposo de lesiones u homicidio, la cual tiene una pena menor.

La responsabilidad penal es personalísima de manera que quién comete el delito se le considera autor de éste, aunque debe precisarse que la responsabilidad penal también se extiende a otros sujetos, “puede ocurrir que varias personas colaboren en la realización de un delito. De ser así, los que participan en forma principal y directa se llaman coautores. El que sin actuar de esa manera, convence a otro u otros para que ejecuten un delito se llama instigador. Y es cómplice el que, sin cometer el delito en forma directa, se limita a apoyar o ayudar al a los que lo cometen.”<sup>6</sup>

Antes de concluir, existe el delito denominado por algunas legislaciones como Usurpación de Profesión, por ejemplo está contemplado en el Capítulo VII del Título Decimotercero del Código Penal Federal, pero como mencionamos también la regulan otros Códigos Penales Estatales.

Podemos citar lo que dice el Código Penal del Estado de Jalisco en su artículo 170 que dice:

*“Se impondrán de un mes a tres años de prisión y multa de cien a trescientos días de salario mínimo:...*

II. Al que, sin tener título profesional o autorización para ejercer alguna profesión reglamentada, expedidos por autoridad y organismos legalmente capacitados para ello, conforme a las disposiciones reglamentarias del artículo 5o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, incurra en cualquiera de los casos siguientes:

- a). Se atribuya el carácter de profesionista;
- b). Realice actos propios de una actividad profesional;
- c). Ofrezca públicamente sus servicios como profesionista y;

- d). Use un título o autorización para ejercer alguna actividad profesional, sin tener derecho a ello.

Al responsable de la comisión de alguno de los delitos señalados en este artículo que, con motivo de éstos, ponga en riesgo o peligro la vida o la salud de personas, se le impondrán de tres a ocho años de prisión, independientemente de las penas que correspondan en su caso por los delitos de lesiones u homicidio.”

Son claros los supuestos que están prohibidos para el que no tenga título profesional o autorización para ejercer una profesión reglamentada como la medicina, sin embargo, no es tan entendible la disposición cuando un profesionista invade una especialidad reglamentada o un especialista invade un campo de alta especialidad.

Por otra parte, podría cometerse el delito de fraude si se engaña al público y aquello sería otro delito que hay que analizar. Algunas cuestiones poco exploradas y que podrían ser debatidas serían: ¿El título y cédula que faculta a los médicos como oftalmólogos, a qué lo autoriza? ¿Tiene límites frente a nuevas especialidades autorizadas como la especialidad en neurooftalmología y la especialidad en retina médica y quirúrgica?

Independientemente de la responsabilidad penal, si recordamos el aspecto de la responsabilidad civil, invadir especialidades que no se dominan, podría denotar un acto culposo (impericia) y con ello sólo bastaría probar la causalidad de dicho acto y el daño ocasionado para pedir la reparación del daño.

Ya que estamos analizando el asunto de los requisitos para ejercer la profesión, podemos agregar que algunas Compañías Aseguradoras como algunos Hospitales pueden exigir certificados emitidos por los Consejos de Especialidad para mejorar la calidad de los servicios que ofrecen, pero no hay disposición legal que obligue a los profesionistas a que deban contar con los mismos para poder ejercer en nuestro País, pero en los casos antes citados se verán impedidos a ser incluidos para ejercer en dichas Instituciones.

Respecto al tema anterior existe una tendencia a fortalecer la certificación como un elemento para poder ejercer ciertas especialidades o demostrar

que se tienen habilidades en conocimientos particulares, el cual ha permeado en la ley poco a poco, pero aún no es determinante. (Artículo 81 de la Ley General de Salud)

#### • *Responsabilidad Administrativa*

Ésta responsabilidad es denominada así, pues nace cuando se incumplen la normatividad administrativa. Existen diversas normas administrativas, por ejemplo, la Ley General de Salud como sus diversos reglamentos imponen diversos deberes a los prestadores del servicio de salud y su incumplimiento conlleva una sanción peculiar. El Artículo 417 de la Ley General enumera algunas como son: amonestación con apercibimiento, multa, clausura temporal o definitiva que puede ser parcial o definitiva y arresto hasta por treinta y seis horas.

En las leyes de Instituciones de seguridad social como en sus respectivos reglamentos se establecen diversos deberes a su personal. De igual manera, leyes y reglamentos que regulan a otros hospitales de asistencia social federales o estatales también imponen deberes y sanciones administrativas.

Es preciso mencionar que el personal que labora en instituciones públicas, al tener el carácter de servidores públicos, tienen deberes que cumplir, los cuales se estipulan en las leyes de responsabilidades de los servidores públicos (Existiendo una Federal y en cada Entidad Federativa) De no cumplirse con los deberes ahí estipulados, se les puede iniciar un procedimiento administrativo en las que usualmente participa un organismo contralor que aplica sanciones administrativas.

#### **IV.- Derechos de los pacientes y de los prestadores de servicios de salud**

En nuestro País existen dos documentos que proponen cuáles son los derechos generales tanto de los Pacientes como de los Médicos. El primero se denomina "Carta de los Derechos Generales de los Pacientes" y el segundo "Carta de los Derechos Generales de los Médicos". Ambas incluyen de manera sintética un decálogo de derechos. Para la elaboración participaron diversas Instituciones, tales como: Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), Secretaría de Salud, Comisión Nacional

de Bioética, Instituto Mexicano del Seguro Social, Comisión Nacional de Derechos Humanos, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Academia Nacional de Medicina, Academia Mexicana de Cirugía, Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidad Médica, Colegio de Médicos Lasallistas, Colegio Médico de México (Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica) y en una segunda etapa, otros organismos: federaciones, sociedades, asociaciones, colegios y consejos de medicina, comisiones estatales de arbitraje médico, hospitales públicos y privados, entre otros.

Para empezar podemos enunciar el Decálogo de los Derechos Generales de los Pacientes:

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

Actualmente, podría agregarse otros derechos que han surgido gradualmente y que son complementarios, por ejemplo los establecidos en el Artículo 77 Bis 37 de la Ley General de Salud que enumera los derechos de los beneficiarios del Sistema de Protección Social de Salud (mejor conocido como Seguro Popular)

Entre otros derechos adicionales y de reciente creación están el Artículo 51 Bis 1, Bis 2 y Bis 3 de la propia Ley General de Salud que al estar ubicadas en la Ley están por encima de lo que disponen Reglamentos de fecha anterior.

Después de presentar el tema de responsabilidades y de enunciar la carta de los derechos generales de los pacientes, es justo que compensemos la exposición presentando los derechos de los médicos o prestadores de servicio de salud.

El Decálogo de la "Carta de los Derechos Generales de los Médicos" es el siguiente:

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

Si se hace una revisión crítica y minuciosa, podemos apreciar que algunos derechos no son exclusivos del médico o de los prestadores del servicio de salud, sino de los profesionales (Número 1, 8, 9 y 10), de los trabajadores (Número 1, 2, 3 y 10) e incluso de cualquier persona (Número 5), no obstante fueron adaptados para conformar una propuesta y proponerla a la sociedad.

En realidad, al leerse la legislación sanitaria, uno podría enumerar y proponer otros derechos de los médicos que no están en el Decálogo, por ejemplo: El Derecho a recetar y prescribir medicamentos, El Derecho a la Libertad Prescriptiva, entre otros.

## V.- Consentimiento informado

El Consentimiento Informado estudiado y analizado desde el punto de vista legal o jurídico implica un espacio mayor, ya que no se limita al Documento denominado Cartas de Consentimiento Bajo Información. Así las cosas, en la práctica médica es común (o debe serlo) que se informe y se obtengan consentimientos, pero sólo algunos eventos específicos y determinados deberán asentarse por escrito por así

disponerlo la normatividad y son denominados como "Cartas de Consentimiento Bajo Información."

El Consentimiento Informado revela el valor de respetar la autonomía y dignidad de los pacientes, por ello en otros países como España, inclusive se ha discutido si éste es un derecho humano, es decir, un derecho inalienable de las personas, lo anterior revela lo "fundamental" de este derecho del paciente.

Solicitar el consentimiento, implica que antes se haya informado adecuadamente, de ahí el binomio consentimiento información.

El consentimiento informado es o debe ser lo más común en la relación médico paciente, pudiendo realizarse en forma verbal y no necesariamente escrita, inclusive podríamos decir que la mayoría de las veces es verbal, sin embargo, algunos casos peculiares por su relevancia requiere que se adopte la forma escrita y lo anterior para beneficio de ambas partes.

La normatividad sanitaria aporta algunas soluciones, pero son los Códigos Civiles los que especifican la validez de ciertas cuestiones, por ejemplo, la capacidad de las personas para consentir, entre otros aspectos. Me permito exponer algunas ideas que he estado reflexionando y que próximamente publicaré en un libro.

Podemos empezar revisando la Norma Oficial Mexicana, NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico, la cual aporta la idea y el término de "Cartas de Consentimiento Bajo Información" y se regulan los elementos que debe contener ésta:

10.1.1.1. Deberán contener como mínimo:

10.1.1.1.1. Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso;

10.1.1.1.2. Nombre, razón o denominación social del establecimiento;

10.1.1.1.3. Título del documento;

10.1.1.1.4. Lugar y fecha en que se emite;

10.1.1.1.5. Acto autorizado;

10.1.1.1.6. Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado;

10.1.1.1.7. Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; y

10.1.1.1.8. Nombre completo y firma de los testigos".

En vista de que se encuentran concentrados en el apartado 10, el numeral 10.2 señala que deben incluir: A) Nombre completo y firma de quien los elabora y B) Un encabezado con fecha y hora.

Los diez requisitos establecidos en la NOM, sólo son los mínimos y aún así están incompletos, por ejemplo, no se menciona lo obvio, esto es, que contenga el nombre y firma del paciente o su representante legal, sino únicamente el de los testigos. Por otra parte no se menciona cuántos testigos son suficientes y quién los debe elegir, lo que ocasiona incertidumbre para los profesionistas. Cabe mencionar, que el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica en su artículo 83 sí estipula expresamente que cuando se efectúen procedimientos que impliquen mutilación, deberán ser dos testigos idóneos designados por el interesado o por la persona que lo suscriba. Asimismo, podemos apreciar que la NOM ha sido superada por los Reglamentos y la misma Ley General de Salud por diversas reformas recientes, donde se va precisando algunas soluciones a ciertas cuestiones o dudas, por ejemplo, no basta con poner el acto autorizado, sino más bien con proporcionar la información suficiente (y útil), clara (comprensible), oportuna y veraz respecto a procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se pretenden realizar al propio paciente, lo que implica que sea personalizada. Por otra parte ade-

más de los riesgos y beneficios, deberá informársele de las alternativas y también existirán "Cartas" que requieren otros elementos o requisitos como mínimos, por ejemplo en Investigación en Seres Humanos, Trasplantes y Donaciones y para ello deberá revisarse los propios Reglamentos que determinan elementos más específicos.

Las consecuencias de las omisiones dependerán de los Actos Médicos y de sus resultados, pudiendo conllevar sanciones administrativas o incluso delitos, por ejemplo, investigaciones en seres humanos no consentidas implica un acto sumamente grave, máxime si se ocasionan daños.

Reiteramos que el consentimiento informado es una cosa y la "Carta de Consentimiento Bajo Información" otra, respecto a ésta última los eventos mínimos que señala la Norma, son los siguientes:

10.1.1.2. Los eventos mínimos que requieren de carta de consentimiento bajo información serán:

10.1.1.2.1. Ingreso hospitalario;<sup>2a</sup>

10.1.1.2.2. Procedimientos de cirugía mayor;

10.1.1.2.3. Procedimientos que requieren anestesia general;<sup>3a</sup>

10.1.1.2.4. Salpingoclasia y vasectomía;<sup>4a</sup>

10.1.1.2.5. Trasplantes;<sup>5a</sup>

10.1.1.2.6. Investigación clínica en seres humanos;<sup>6a</sup>

10.1.1.2.7. De necropsia hospitalaria;<sup>7a</sup>

2a El Artículo 80 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica refiere que: "En todo hospital y siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma. Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente." De lo anterior, queda claro que se debe recabar un Consentimiento al ingresar al Hospital, independientemente de que se deberá requerir otros para los diversos eventos que también se señalan en la norma. Llama la atención que el Artículo 82 del Reglamento referido disponga menos requisitos que los señalados en la NOM-168, por ejemplo se omite el acto autorizado, los riesgos y beneficios esperados y la autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias, pero por otra parte sí indica que deberá contener el nombre y firma de la persona que otorga la autorización y deberá ser impreso, redactado en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras.

3a La Anestesia General es aquella que produce un estado de inconsciencia mediante la administración de fármacos hipnóticos por vía intravenosa (anestesia total intravenosa), inhalatoria (anestesia total inhalada) o por ambas a la vez (combinada), la cual se denomina anestesia multimodal. La NOM-170-SSA1-1998, para la práctica de la Anestesiología, estipula como responsabilidad de los prestadores de servicio de anestesiología en su numeral 8.2: "Identificar al paciente en la sala de operaciones, confirmar el diagnóstico, el consentimiento informado, la cirugía propuesta y evaluar al paciente antes de la inducción anestésica." Y si bien, en la NOM-168 sólo se refiere anestesia general, la NOM -170 prevé que en la atención preanestésica, el plan de manejo anestésico debe ser autorizado por los padres del paciente o la persona legalmente responsable, obteniendo el consentimiento bajo información.

4a Reiteramos lo mencionado en el artículo 67 párrafo tercero de la Ley General de Salud establece: "Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran" Por otra parte, el artículo 119 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica estipula: "Para la realización de salpingoclasias y vasectomías, será indispensable obtener la autorización expresa y por escrito de los solicitantes, previa información a los mismos sobre el carácter de la intervención y sus consecuencias." Entendemos que por la relevancia que tiene para el proyecto de vida de las personas, un aspecto básico es informar las consecuencias que conlleva.

5a En cuanto a los Trasplantes y Donaciones no debemos olvidar lo ya señalado. La Ley General de Salud regula el consentimiento en materia de donaciones en sus Artículos 321,322, 323, 324, 325 y 326 y en materia de trasplantes en los Artículos 332, 333 fracción V. No obstante el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, aquí se mantiene el término consentimiento, Por ejemplo, artículos 12, 14,27, 81 y en otros se refiere a expresar la voluntad por escrito: Artículos 9,16, 24, 25, 26, 27, 38, 80,112) Por otra parte, no se debe olvidar los tipos penales establecidos en la Ley General de Salud establecidos en el Artículo 462.



10.1.1.2.8. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.

10.1.1.2.9. Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.<sup>8a</sup>

El numeral 10.1.1.4 de la NOM que estamos estudiando, contempla que en los casos de urgencia se estará a lo previsto por el Artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el cual es un caso excepcional.

De lo anterior, los oftalmólogos, una vez que realizan cirugías mayores entre otros de los eventos anteriores, están obligados a cumplir con esta Norma Oficial Mexicana y por ello deberán elaborar las correspondientes Cartas de Consentimiento Bajo Información, cumpliendo los requisitos mínimos antes citados.

### *i. Casos Excepcionales*

En principio y de manera general, quien debe emitir su voluntad es el paciente, pudiendo aceptar o no aceptar el procedimiento que se le propone u ofrece. Existirá también la posibilidad de que por la situación en que se encuentre el paciente prefiera no decidir y dejar la elección al prestador del servicio de salud, lo anterior no está debidamente regulado, pero podrá admitirse en algunos casos, pues ciertos actos son más estrictos por las consecuencias que conlleva, además se estaría respetando la esencia de la norma que es respetar la voluntad de las personas, pero lo aconsejable será asentarlo por escrito y si es factible obtener dicha expresión por escrito.

### *i.1. Incapacidad Legal*

Si el paciente o usuario no puede emitir su voluntad por ser incapaz, deberá emitirlo su representante legal. La incapacidad está regulada en los Códigos Civiles, así para el Artículo 49 del Código Civil para el Estado de Jalisco son incapaces: "I.-El menor de edad; II.-El mayor de edad que padezca enajenación psíquica aunque tenga intervalos lucidos y III.-Los sordomudos que no sepan darse a entender por escrito, mediante intérprete o por el lenguaje mímico de sistemas educativos y de comunicación universalmente aceptados." Para el caso de los menores de edad sus representantes legales serán quienes tengan la patria potestad, o sea el padre y madre. Otras figuras para incapaces serán la tutela y curatela.

### *i.2. Urgencias*

El Artículo 51 Bis 2 estipulado en la Ley General de Salud de reciente creación señala:

"...En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico."

El Artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica estipula que:

"En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, el documento a que se refiere el artículo anterior, será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que le acompañe, o en su caso, por su

6a El Artículo 100 fracción IV establece que la investigación en seres humanos debe contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud. El Reglamento en materia de Investigación agrega más disposiciones referentes a la importancia del consentimiento. Asimismo, en caso de no atender a lo previsto en el Título Quinto de la Ley General de Salud, se cometerá un ilícito, tal como lo dispone el artículo 465.

7a El Artículo 350 Bis 2 establece que: "Para la práctica de necropsias en cadáveres de seres humanos se requiere consentimiento del cónyuge, concubinario, concubina, ascendientes, descendientes o de los hermanos, salvo que exista orden por escrito del disponente, o en el caso de la probable comisión de un delito, la orden de la autoridad judicial o el Ministerio Público". Mientras que el Artículo 350 Bis 3 establece que "Para la utilización de cadáveres o parte de ellos de personas conocidas, con fines de docencia e investigación, se requiere el consentimiento del disponente. Tratándose de cadáveres de personas desconocidas, las instituciones educativas podrán obtenerlos del Ministerio Público o de establecimientos de prestación de servicios de atención médica o de asistencia social. Para tales efectos, las instituciones educativas deberán dar aviso a la Secretaría de Salud, en los términos de esta Ley y demás disposiciones aplicables".

8a. El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. establece en el Artículo 83 que: "En caso de que deba realizarse alguna amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente en el paciente o en la condición fisiológica o mental del mismo, el documento a que se refiere el artículo anterior deberá ser suscrito además, por dos testigos idóneos designados por el interesado o por la persona que lo suscriba. Estas autorizaciones se ajustarán a los modelos que señalen las Normas Técnicas".

tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizadas del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.”

Los supuestos son que presente incapacidad legal o incapacidad transitoria o permanente y los casos de urgencia, donde el consentimiento o voluntad del paciente no puede ser obtenido por razones claras y entendibles.

La solución que se proporciona en principio es que lo otorgue el familiar que lo acompañe o su representante legal y en el reglamento, el familiar más cercano en vínculo que lo acompañe o en su caso, su tutor o representante legal y obviamente a estos deberá proporcionárseles la información correspondiente.

En cuanto al familiar que lo acompañe o el más cercano en vínculo que lo acompañe no se establecen mayores precisiones e incluso no se señala si debe ser capaz o mayor de edad, aunque se puede suponer así se entiende para que sea válido dicho consentimiento. Es claro que será difícil pedir identificaciones y demás documentos, pero por lo menos debe asentarse quién está autorizando y en qué calidad. Si el incapacitado fuere incapaz legal, tendrán que emitir el consentimiento los representantes legales.

Sólo si no se encuentran los anteriores (familiares y/o representantes legales), se presentan dos supuestos. La Ley General de Salud es clara, pues autoriza a los médicos a que actúen de manera inmediata para preservar la vida y salud del paciente, pero deberán asentarlos por escrito. En tanto el Reglamento que es más antiguo contemplaba que debían ser médicos autorizados del hospital de que se tratara, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera y dejarán constancia por escrito en el expediente clínico.

Pueden suceder situaciones conflictivas como las ya mencionadas en el punto anterior, en el sentido de que no haya consenso o unanimidad en au-

torizar o no los procedimientos que se pretenden aplicar, pero consideramos que el médico deberá ponderar la autorización que vele por la preservación de la vida y salud.

### *i.3. Necesidad Terapéutica*

Este supuesto no está debidamente reglamentado en nuestro País, pero los Prestadores del Servicio de Salud, para determinados actos, podrán restringir cierta información cuando pueda causar un daño a la salud del paciente o usuario si éste es capaz, ya que en el caso de un menor de edad o incapaz deberá proporcionarse la información a sus representantes legales.

La situación problemática es que no deberá aprovecharse de esta excepción para actuar sin informar y sin obtener el consentimiento del paciente o usuario, por ello el criterio deberá ser objetivo y claramente apreciable.

En España el artículo 5.4 de la Ley 41/2002 menciona:

“Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.”

### *i.4. Riesgo de Salud Pública.*

La salud pública es un valor preponderante y cuando está en riesgo ésta, se le otorga una primacía por encima del derecho de los pacientes o enfermos.

El riesgo en efecto debe ser claro y el ejemplo más claro sucede con las epidemias de carácter grave. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el Artículo 73 fracción XVI Bases 2ª y 3ª, especifica que en caso de epidemias de carácter grave, la Secretaría de Salud tendrá la obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables.

Un ejemplo reciente sucedió con la epidemia de influenza humana AH1N1 (que en su origen todavía no se calificaba así, pues sólo se aclaraba que no se trataba del virus habitual de la influenza estacional, sino como mutante de un virus de origen porcino),

en la que mediante Decreto publicado el 25 de abril de 2009 se ordenaron diversas acciones ejecutivas en el Artículo segundo, tales como: el aislamiento de personas que puedan padecer la enfermedad y de los portadores de gérmenes de la misma, por el tiempo que resulte estrictamente necesario; la aplicación de sueros, vacunas y otros recursos preventivos y terapéuticos; el ingreso a todo tipo de local o casa habitación para el cumplimiento de actividades dirigidas al control y combate de epidemia; a la utilización de todos los recursos médicos y de asistencia social de los sectores público, social y privado existentes; ordenar las medidas atinentes a fin de evitar congregaciones de personas en cualquier lugar de reunión, incluyendo la clausura temporal de locales o centros de espectáculo, entre otras.

Este tema da para más, lo cierto es que pueden surgir muchas preguntas, algunas de ellas sí están reguladas, pero otras no tanto. El dónde, cómo y cuándo debe otorgar el consentimiento el paciente es un ejemplo. Lo ideal es cumplir con la esencia y fin de las disposiciones, esto implica que no debe informar personal administrativo sino el médico tratante, no debe informarse o entregarse el documento para su firma a unos minutos de entrar en la sala de operaciones o incluso en ésta, pues lo anterior puede afectar y coaccionar la libre voluntad de aceptar o no el procedimiento que se ofrece y las alternativas que tiene.

El hecho de obtener la firma de Carta de Consentimiento de Información no implica que sea un documento liberatorio de responsabilidad civil y/o penal, simplemente demuestra que se cumplió y respeto la voluntad del paciente y que éste conoce que existen riesgos, pese a que se actúe con diligencia, prudencia y pericia.

## VI.- Instituciones concedoras de conflictos entre médicos y pacientes

Existen diversas Instituciones que conocen de los conflictos entre médicos y pacientes, veamos alguna de ellas:

- *Comisiones de Arbitraje Médico.* Existe la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y diversas Comisiones Estatales, por ejemplo en Jalisco es la Comisión de Arbitraje

Médico del Estado de Jalisco (CAMEJAL). La competencia de la CONAMED se da principalmente cuando la Institución de Salud es Federal como el IMSS, ISSSTE. Ambas Instituciones intentan resolver los conflictos entre médicos y pacientes primero siendo mediadoras y conciliadoras, o sea como terceros imparciales y neutrales procuran que las partes en conflicto encuentren una solución, o bien les sugieren alguna. En caso de que las partes en conflicto no logren solucionar sus diferencias, las comisiones les ofrecen el arbitraje, esto es, les solicitan que los designen como árbitros para revisar el caso y para que tengan facultades de decidir a quien le asiste la razón. Los arbitrajes que pueden ofrecer son en estricto derecho o en conciencia, el primero es apegado a lo que estipula estrictamente la ley y el segundo le otorga más flexibilidad, por ello, éste último ha sido algo cuestionado. Si un médico es citado aquí, debe saber que aún no está en un conflicto judicial y las habilidades que requerirá tanto él como su asesor es la de un negociador.

- *Comisiones de Derechos Humanos.* También existe la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y diversas Comisiones en cada Entidad Federativas. La violación de derechos humanos que les compete es la que cometen los servidores públicos, por lo que sólo los médicos que tienen este carácter pueden ser llamados a responder por estas instancias, si se les interpone una queja por violar algún derecho humano. Sus resoluciones son recomendaciones a la Institución para que aplique ciertas medidas.
- *Juzgados Civiles.* Es el caso de las responsabilidades civiles antes mencionadas. Aquí al médico se le demanda y lo conveniente es que contrate un abogado para contestar la misma, ya que de no hacerlo las consecuencias pueden no serle afortunadas.
- *Ministerios Públicos y Juzgados Penales.* Cuando se considera que existió un delito se interpone una denuncia o querrela. El Ministerio Pú-

blico Federal o el de la Entidad Federativa que recibe la anterior, investiga si existen elementos para determinar que efectivamente hay un delito, generalmente citan a muchas personas involucradas y si consideran que existe un delito, se consigna ante el órgano jurisdiccional, o bien podría no ejercitar la acción penal por no encontrar elementos o mantenerlo en reserva. Existen otros supuestos, pero no son frecuentes en el caso de los médicos. Una vez que el Juez Penal es el que recibe la consignación, éste puede dictar el auto de formal prisión y con ello se iniciaría un proceso penal, con sus diversas etapas como la de pruebas entre otras y al final determinará con una Sentencia si procede o no la responsabilidad del médico. Hay que aclarar a los prestadores de servicio de salud, que no por ser llamados a declarar al Ministerio Público significa que ya son responsables, pues siempre debe seguirse todo un procedimiento hasta su total conclusión en la que un Juez sea el que determine con una resolución si existió o no una responsabilidad en este ámbito.

Como podemos apreciar existen diversas instituciones y cada una tiene sus reglas y procedimientos. Tener el dato preciso de negligencias médicas no es sencillo, ya que muchos conflictos entre médicos y pacientes se deben a fallas de comunicación, otros se podrán resolver antes de que conozca alguna institución y otras como en las Comisiones de Arbitraje Médico son resueltas sin que se estudie a fondo el caso.

Sólo para ilustrar cuáles son las especialidades del acto médico con más quejas en la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, presentamos el siguiente cuadro, (Cuadro 1):

Podemos darnos cuenta que de junio 2001 a diciembre de 2007, la Oftalmología ocupó el cuarto lugar. Las razones pueden ser diversas y requieren mayores análisis, aunque es claro que impone un reto a los Especialistas a efecto de tomar medidas preventivas de conflictos legales, tema que poco se ha profundizado.

Para ejemplificar de qué se quejan encontré lo siguiente:

- Insatisfacción con los resultados prometidos en cirugías refractivas de miopía y astigmatismo, así como por el agravamiento del estado que antes se tenía.
- Insatisfacción con los resultados prometidos para eliminar catarata (opacidad del cristalino), obteniéndose resultados que no fueron explicados al paciente.
- Queratocono a consecuencia de cirugía oftálmica.
- Falta de diagnóstico oportuno que conllevó la pérdida de oportunidad de ser operado para solucionar un problema oftálmico.
- Daño a las córneas en una operación oftálmica.
- Daño a la retina por desplazamiento de lente intraocular.
- Cirugía de estrabismo con malos resultados.
- Cirugía de presbicia con malos resultados.

| CAMEJAL Junio 2001 – Diciembre 2007<br>Enero – Diciembre 2007 |            |              | TOTAL<br>Junio 2001 – Diciembre 2007 |              |              |
|---|------------|--------------|--------------------------------------|--------------|--------------|
| ESPECIALIDADES  | No.        | %            | ESPECIALIDADES                       | No.          | %            |
| ORTOPEDIA   | 36         | 16.1         | ORTOPEDIA                            | 203          | 15.0         |
| ODONTOLOGÍA   | 32         | 14.3         | ODONTOLOGÍA                          | 195          | 14.5         |
| GINECOBSTERICIA   | 23         | 10.3         | GINECOBSTERICIA                      | 193          | 14.2         |
| OFTALMOLOGÍA  | 20         | 9.0          | OFTALMOLOGÍA                         | 88           | 6.5          |
| CIRUGÍA PLÁSTICA  | 20         | 9.0          | CIRUGÍA PLÁSTICA                     | 81           | 6.0          |
| OTRAS   | 92         | 41.3         | OTRAS                                | 592          | 43.8         |
| <b>TOTAL</b>  | <b>223</b> | <b>100.0</b> | <b>TOTAL</b>                         | <b>1 352</b> | <b>100.0</b> |

**CUADRO 1.** Especialidad del acto médico señalado como motivo de queja

Las quejas antes mencionadas no revelaron que efectivamente existió responsabilidad, pues la mayoría pudo solucionarse a través de la mediación y conciliación, lográndose un acuerdo amistoso, por ejemplo, regresándole lo que se le cobró, operándose nuevamente o comprometiéndose a pagar la reparación del daño con otro médico.

Como dato adicional la DGP/SEP otorga Cédulas de especialidad a aquellos individuos que obtienen un diploma de especialidad en algunas de las Universidades que integran el sistema nacional de educación y lo registran en dicha instancia. En notorio que no obstante, todas las Cédulas emitidas por la DGP corresponden a la especialidad en Oftalmología, su denominación varía de acuerdo al programa universitario que avala dicha especialidad:

#### *Cédulas profesionales con efecto de patente emitidas por la DGP/SEP para la práctica de la oftalmología*

- Especialidad en Oftalmología.
- Especialidad en Oftalmología General.
- Especialidad en Oftalmología Médico Quirúrgica.
- Especialidad en Cirugía Oftalmológica.

Es importante hacer notar que algunas instituciones hospitalarias ofertan adiestramiento especializado en algunas áreas específicas de la oftalmología tales como córnea, segmento anterior, estrabismo, etc. Sin embargo, al no representar un programa de posgrado avalado por una institución de educación superior (universidad) y por ende, no estar registrado ante la DGP, dicho adiestramiento no otorga un diploma que pueda ser registrado en la DGP y no es posible obtener una Cédula profesional con autorización de patente para hacer dicha especialidad oftalmológica.

Existen algunas excepciones a esta situación. Una de ellas es la especialidad en Neurooftalmología avalada por la UNAM y la otra es la especialidad en Retina Médica y Quirúrgica avalada por la Universidad de Guadalajara, ambas catalogadas por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) como cursos de especialización que tienen como requisito una especialidad básica, en este caso, oftalmología. Los registrados en ambos programas pueden regis-

trar su diploma en la DGP y obtener cédula profesional como especialistas.

#### *Cédulas profesionales con efecto de patente emitidas por la DGP/SEP para la práctica de especialidades*

- Especialidad en Medicina (Oftalmología Neurológica)
- Especialidad en Oftalmología Neurológica
- Especialidad en Retina Médica y Quirúrgica

## VII.- Conclusiones

Conocer la normatividad sanitaria sí importa y lo ideal es que los programas académicos incorporen una materia que oriente a los prestadores de servicio de salud respecto a estos asuntos, máxime porque en la normatividad se establecen deberes y sanciones, además de determinar derechos que son importantes conocer para poderlos ejercer libremente.

Podemos agregar y recordar un aspecto que ejemplifica los retos que implica. Cuando citamos el Artículo 133 de nuestra Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, nos dimos cuenta que los Tratados Internacionales firmados por el Presidente y ratificados por el Senado que no contravengan la propia Carta Magna son Ley Suprema de la Unión. Conocer lo que disponen los diversos Tratados es otro tema poco explorado, sin embargo el desconocimiento impide tomar acciones que fortalezcan el ejercicio profesional.

El Tratado de Libre Comercio de América del Norte que entró en vigor el 1° de Enero de 1994 entre Canadá, Estados Unidos de América y los Estados Unidos Mexicanos (México) contempla disposiciones de interés para los prestadores de servicios profesionales. El Capítulo XII establece los principios generales aplicables al comercio transfronterizo de servicios donde rige el principio de trato nacional, entre otros. Todo lo anterior conlleva oportunidades como riesgos. Algunos riesgos en cuanto a que los médicos estadounidenses como canadienses ejerzan en nuestro País son: aumento de costo de la medicina, fortalecimiento de la hegemonía del modelo curativo, desempleo de médicos nacionales, entre otros y algunas oportunidades son más opciones para los pacientes o usuarios nacionales, complementación de servi-

cios médicos, aumento de competencia y calidad, entre otros.

El Médico y en particular el Oftalmólogo tienen que estar atento a conocer la normatividad que lo rige, pues también forma parte de la prestación de un servicio profesional de calidad.

## Referencias bibliográficas

- 1 CARBONELL, Miguel. "El Federalismo en México: principios generales y distribución de competencias.", *Anuario de Derecho Constitucional Latinoamericano*, México, 2003, <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/dconst-la/cont/2003/pr/pr21.pdf>.
- 2 TAMAYO, Y Salmoran, Rolando. El Problema del Derecho y Conceptos Jurídicos Fundamentales en El Derecho en México, *Editorial Fondo de Cultura Económica*, México, 2ª Reimpresión 1999, pp.34.
- 3 RAMÍREZ, Marín, Juan. Derecho Administrativo Mexicano. Primer Curso, *Editorial Porrúa*, México, 2009, pp.122.
- 4 BLAS, Orbán, Carmen. Responsabilidad Profesional del Médico. Enfoque para el siglo XXI, *Editorial J. M Bosch*, Barcelona, 2003, pp.49.

- 5 OMEBA, Enciclopedia Jurídica Omeba, Tomo T 24 , Página 902.
- 6 NOVOA, Monreal, Eduardo. Derecho Penal en El Derecho en México, *Editorial Fondo de Cultura Económica*, México, 2ª Reimpresión 1999, pp.97.
- 7 Academia Nacional de Medicina. "Los Servicios Médicos: Oportunidades y Riesgos." en Síntesis Ejecutiva del Estudio: "El Tratado de Libre Comercio y los Servicios Médicos : Elementos para el Análisis y la Negociación." 1992, <http://www.posgrado.unam.mx/servicios/productos/omnia/antiores/27/02.pdf>.

### Páginas de internet recomendadas y consultadas:

- a. Orden Jurídico Nacional. <http://www.ordenjuridico.gob.mx/>
- b. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Aquí se puede encontrar la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y la Carta de los Derechos Generales de los Médicos, entre otros documentos de interés <http://www.conamed.gob.mx>
- c. La página de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco también tiene información relevante y focalizada a la Entidad <http://www.camejal.jalisco.gob.mx>

# Autoevaluación

## 1. Son los órdenes normativos materiales:

- a) El Distrito Federal y los 31 Estados
- b) El Federal y el local (Local incluye 31 Estados y el Distrito Federal)
- c) El Civil, el Penal y el Moral
- d) El de cada uno de los 31 estados

## 2. La pirámide legislativa se compone del siguiente orden:

- a) 1. Constitución, 2. Leyes, 3. Normas individuales, 4. Tratados Internacionales, 5. Sentencias Judiciales
- b) 1. Tratados Internacionales, 2. Constitución, 3. Leyes, 4. Normas individuales, 5. Sentencias Judiciales
- c) 1. Constitución, 2. Tratados Internacionales, 3. Leyes, 4. Reglamentos, 5. Normas individuales, Contratos, Sentencias Judiciales
- d) 1. Constitución, 2. Leyes, 3. Tratados Internacionales, 4. Normas individuales, 5. Contratos

## 3. En cada Estado, la Ley para el Ejercicio de las Profesiones se contempla en:

- a) El Artículo 5° Constitucional
- b) El Artículo 4° Constitucional
- c) El Artículo 73° Constitucional
- d) El Artículo 7° Constitucional

## 4. Un reglamento indispensable para todo prestador de servicios en salud durante su ejercicio profesional es:

- a) El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
- b) El Reglamento de la Escuela de Medicina de donde se obtiene el diploma correspondiente
- c) El Reglamento del Hospital donde se lleva a cabo la especialidad médica
- d) El Reglamento de la Universidad que otorga el diploma correspondiente

## 5. La NOM-168-SSA1-1998 es referente a:

- a) La regulación de los Servicios de Salud para la práctica de cirugía oftalmológica con láser excimer
- b) La práctica de la cirugía ambulatoria
- c) La práctica de la anestesiología
- d) El Expediente Clínico
- e) Requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales

**6. La NOM-170-SSA1-1998 es referente a:**

- a) La regulación de los Servicios de Salud para la práctica de cirugía oftalmológica con láser excimer
- b) La práctica de la cirugía ambulatoria
- c) La práctica de la anestesiología
- d) El Expediente Clínico
- e) Requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales

**7. La NOM-205-SSA1-2002 es referente a:**

- a) La regulación de los Servicios de Salud para la práctica de cirugía oftalmológica con láser excimer
- b) La práctica de la cirugía ambulatoria
- c) La práctica de la anestesiología
- d) El Expediente Clínico
- e) Requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales

**8. La NOM-209-SSA1-2002 es referente a:**

- a) La regulación de los Servicios de Salud para la práctica de cirugía oftalmológica con láser excimer
- b) La práctica de la cirugía ambulatoria
- c) La práctica de la anestesiología
- d) El Expediente Clínico
- e) Requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales

**9. La NOM-197-SSA1-2000 es referente a:**

- a) La regulación de los Servicios de Salud para la práctica de cirugía oftalmológica con láser excimer
- b) La práctica de la cirugía ambulatoria
- c) La práctica de la anestesiología
- d) El Expediente Clínico
- e) Requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales

**10. La responsabilidad legal se puede subdividir en:**

- a) Responsabilidad civil, penal y administrativa
- b) Responsabilidad moral y penal
- c) Responsabilidad civil, administrativa y moral
- d) Responsabilidad penal y administrativa

**11. Los siguientes son derechos de los pacientes, excepto:**

- a) Decidir libremente sobre su atención
- b) Contar con un expediente clínico
- c) Decidir sobre la atención de sus familiares
- d) Recibir trato digno y respetuoso

**12. El documento que acredita a un profesionalista para ejercer la práctica médica es:**

- a) Diploma expedido por hospital
- b) Certificación del Consejo de especialidad
- c) Cédula profesional
- d) Pertenencia a un Colegio de especialidad



# Regulación sanitaria para la práctica de la Oftalmología

Dr. Juan Carlos Olivares Gálvez

La Salud es una obligación de Estado, que se traduce en una facultad concurrente de los tres órdenes de gobierno; tanto la Federación, los Estados de la Unión, el Distrito Federal y los Municipios, tienen, en el ámbito de sus respectivas competencias, la responsabilidad de garantizar la salud en el país.

Para ello contamos con una base legal, definiéndola como el conjunto de acciones que lleva a cabo el gobierno mexicano para normar y controlar las acciones sanitarias dentro de los establecimientos, las actividades, productos y los servicios que puedan representar un riesgo o daños a la Salud de la Población General. Figura 1

En relación a los recursos humanos para la prestación los servicios de salud, se contempla una vasta legislación:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley de Educación
- Ley Reglamentaria del Artículo 5to. Constitucional y sus Reglamentos
- Ley de Metrología y Normalización de la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial
- Ley General de Salud y sus Reglamentos

El derecho a la educación se encuentra plasmado en la Constitución y en la Ley de Educación, estableciéndose que esta puede ser impartida por instituciones públicas y privadas. Existiendo dos sistemas: el de las escuelas incorporadas al Sistema Nacional de Educación y el de las escuelas que no forman parte de este sistema; por lo que la prepa-

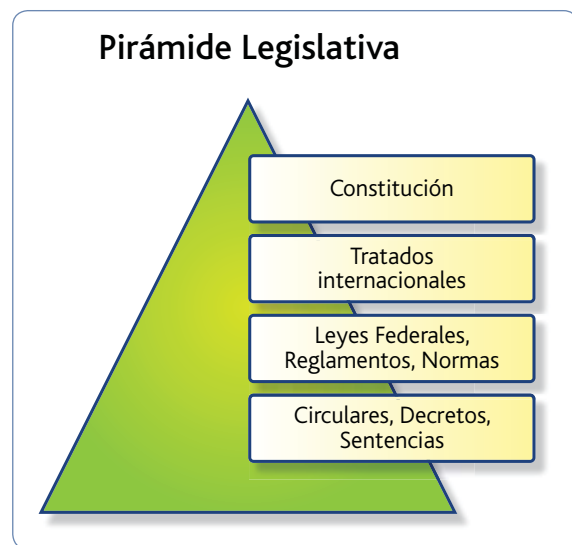


Figura 1.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece, en la parte conducente del Artículo 4º, que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los Servicios de Salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de Salubridad General”.

ración académica en salud solo podrán realizarla las que cuenten con el reconocimiento oficial de estudios.

Los recursos humanos para la prestación de servicios de salud deberán acudir a la Dirección General de Profesiones (DGP) a registrar: Los títulos nacionales o extranjeros y obtener su cédula profesional, la cual tiene el carácter de patente de ejercicio profesional en el país. En el caso de los especialistas

en oftalmología, deberán de registrar su título de médico y su diploma de especialidad expedida por una institución de educación superior perteneciente al Sistema Nacional de Educación (Universidad). Asimismo, deberán contar con cédula profesional como médico y como especialista en oftalmología emitidas por la DGP/SEP y dependiendo de la entidad federativa donde se ejerza deberá de obtener las cédulas estatales correspondientes.

En la Ley de Metrología y Normalización se elaboran las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) cuya finalidad es la de establecer las características y/o especificaciones que deban reunir los productos y servicios siendo de observancia obligatoria y las normas mexicanas que son de aplicación obligatoria, las cuales se utilizan en los procesos de certificación. Su campo de aplicación puede ser nacional, regional o local.

La Ley General de Salud (LGS) y sus Reglamentos, buscan la eliminación de los riesgos a la salud:

- Reglamento de Prestación de Servicios de Atención Médica y el de Insumos para la Salud; su objetivo es el de procurar, directa e indirectamente, que la producción, distribución y comercialización de medicamentos y la prestación de servicios de salud cumplan con los requisitos sanitarios mínimos indispensables, que garanticen la disminución del riesgo y daños a la salud.
- De acuerdo al Artículo 393 de la LGS, corresponde a la Secretaría de Salud (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, COFEPRIS) y a los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, la vigilancia del cumplimiento de esta Ley y demás disposiciones que se dicten con base en ella. La COFEPRIS y las entidades federativas otorgarán la autorización a que se refiere el presente artículo, a los establecimientos que cuenten con el personal, infraestructura, equipo, instrumental e insumos necesarios para la realización de los actos relativos, a los servicios de salud conforme a lo que establezcan las disposiciones de esta Ley y demás aplicables (LGS Art. 315).

## Requerimientos para consultorios médicos

Se define por consultorio a todo establecimiento público, social o privado, independiente o ligado a un servicio hospitalario, que tenga como fin prestar atención médica a pacientes ambulatorios. Las actividades de los consultorios quedarán restringidas al desarrollo de procedimientos de atención médica, que no requieran la hospitalización del usuario.

Los consultorios de oftalmología requieren tramitar un aviso de funcionamiento (no licencia sanitaria), para obtenerlo, deberán contar con los procesos, la infraestructura, el equipo e instrumental señalados en las Normas Oficiales Mexicanas (Tabla 1) tanto para medicina general como para las distintas especialidades médicas, asimismo, el responsable en la solicitud, deberá señalar las actividades que se realizarán en el consultorio. Para ello, el trámite se realizará en oficinas administrativas de la Secretaría de Salud donde deberá de presentar original y copia de título registrado ante la DGP/SEP y cédula profesional; así como el diploma de especialidad y cédula de especialidad, junto con el formato de aviso de funcionamiento debidamente requisitado. En el caso de los hospitales, deberán de tramitar la licencia sanitaria correspondiente.

Los establecimientos en los que se presten servicios de atención médica, deberán contar con un responsable sanitario, mismo que deberá tener título, certificado o diploma, que según el caso, haga constar los conocimientos respectivos en el área de que se trate.

Los documentos a que se refiere el párrafo anterior, deberán encontrarse registrados por las autoridades educativas competentes y deberán poner a la vista del público su título profesional, certificados, diplomas y en general, los documentos correspondientes, que lo acrediten como tal.

Conforme al Artículo 22 del Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, los profesionales del área de la salud contratados por establecimientos de atención médica, o los profesionales que en forma independiente prestan sus servicios en salud, deberán de contar con el título y/o diploma de especialidad debidamente registrado ante las autoridades educativas competentes y autorizado por las mismas para ejercer mediante el otorgamiento de una cédula profesional con efec-

| NOM               | Observación  |
|-------------------|--|
| NOM-001-SSA2-1993 | Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud.   |
| NOM-017-SSA2-1994 | Para la vigilancia epidemiológica.   |
| NOM-040-SSA2-2004 | En materia de información se salud.  |
| NOM-173-SSA1-1998 | Para la atención integral a personas con discapacidad.   |
| NOM-178-SSA1-1998 | Que establece los requisitos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.  |
| NOM-197-SSA1-2000 | Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.  |
| NOM-087-ECOL-1995 | Que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que prestan atención médica. |

**Tabla 1.** Normas Oficiales Mexicanas aplicables para Consultorios Médicos

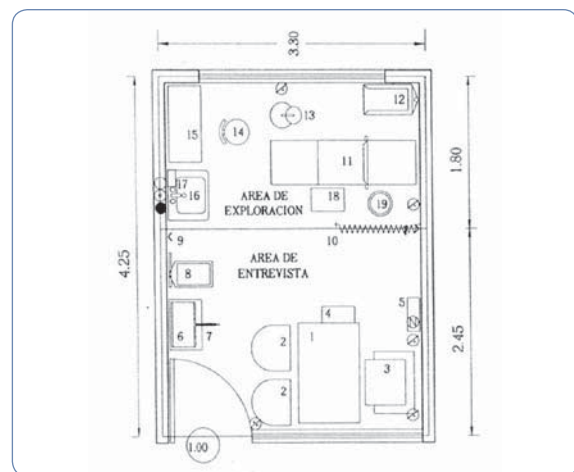
tos de patente; además, deberán de dar a conocer al público por medio de un rótulo en el sitio donde se presta el servicio: el nombre del profesionista, título profesional, universidad (institución que expide el título), horario de asistencia, horario de funcionamiento, número de cedula profesional y de especialidad.

Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado están obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la Norma NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico (mínimo 5 años).

Las personas que ejerzan la medicina o que realicen actividades afines, están obligadas a dar aviso a las autoridades sanitarias del padecimiento de enfermedades transmisibles, posteriormente a su diagnóstico o sospecha diagnóstica ya que, en ningún caso podrá desempeñar sus labores si padece alguna de las enfermedades infecto-contagiosas, por lo cual se le solicita constancia de no padecimiento de las mismas (NOM-017-SSA2-1994) por medio de un Certificado Médico expedido por una institución reconocida.

Desde el punto de vista de infraestructura se indican tres tipos de consultorios, para nuestro caso aplican:

*Tipo I.* El de medicina general que cuenta con área de interrogatorio y de exploración, conforme a lo establecido en la NOM-178-SSA1-1998. (Figura 2)



**Figura 2.**

Consultorio Tipo I.

*Tipo III.* El que cuenta con anexo para las pruebas funcionales que requiere la especialidad de oftalmología. (Figura 3) Todos los consultorios deben disponer del mobiliario mínimo establecido en la NOM-178-SSA1-1998.

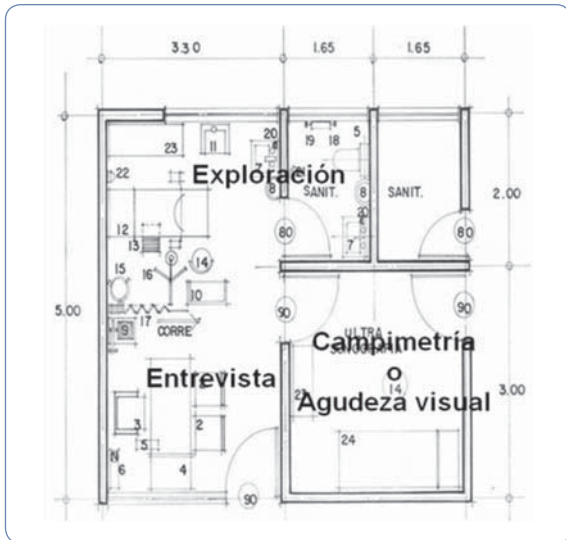


Figura 3.

Consultorio Tipo III.

Para el consultorio de Medicina General, en los casos que requieran variaciones de acuerdo a la especialidad de que se trate, éstas se señalan en el apartado correspondiente. (NOM-197-SSA1-2000)

Los consultorios deberán contar con las siguientes áreas:

1. Recepción o sala de espera
2. La destinada a la entrevista con el paciente
3. La destinada a la exploración física del paciente (RAM Art. 59).

### Requerimientos para consultorios de especialidad en oftalmología

Se acepta como consultorio tipo I ó del tipo III, si de acuerdo a su programa médico cuenta con anexo para pruebas de optometría. En el área de exploración cambia la mesa por sillón para efectuar los estudios con oftalmoscopio, medición de agudeza visual y de campimetría al paciente, con las dimensiones necesarias de acuerdo a la instrumentación que utilice para tales fines.

|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>Mobiliario</b> | Mesa para instrumentos oftalmológicos<br>Sillón para paciente |
|-------------------|---|

|               |  |
|---------------|--|
| <b>Equipo</b> | Armazón de pruebas<br>Caja de lentes para pruebas<br>Campímetro (o sustitución tecnológica correspondiente)<br>Exoftalmómetro<br>Foróptero (caja de pruebas)<br>Juego de cartillas a distancia o su equivalente tecnológico<br>Juego de sondas exploradoras para vías lagrimales<br>Keratómetro o eskiascopio<br>Lámpara de hendidura<br>Lensómetro<br>Lupa anaesférica de 20 dioptrías<br>Ocluser<br>Oftalmoscopio<br>Perímetro<br>Prisma para medir forias<br>Retinoscopio<br>Tonómetro<br>Recipiente con tapa para soluciones esterilizadoras |
|---------------|--|

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Instrumental</b> | Aguja para cuerpos extraños<br>Aguja para lavado de vías lagrimales<br>Blefarostato<br>Caja de Bard Parker con pinza de traslado<br>Dilatador de punto lagrimal<br>Gubia para cuerpos extraños<br>Juego de espejos para eskinoscopio, planos y cóncavos<br>Mango de bisturí o su equivalente tecnológico<br>Pinza conjuntiva recta<br>Pinza curva de iris, sin dientes<br>Pinza de fijación<br>Pinzas para pestañas<br>Recipiente hermético para desinfectantes (en su caso esterilizador)<br>Separadores de desmarres<br>Tijera para retirar puntos<br>Torundero<br>Sistema para guardar material estéril, campos y ropa |
|---------------------|---|

**Tabla 2.** Listado de mobiliario y equipamiento del Apéndice Normativo "AC" Oftalmología de la NOM-197-SSA1-2000.

## Prescripción de medicamentos

**Receta Médica:** Es el documento que contiene impreso el nombre y el domicilio completos, el número de cédula profesional de quien prescribe, la fecha, la prescripción de uno o varios medicamentos indicando la dosis, presentación, vía de administración, frecuencia y tiempo de duración del tratamiento, así como la firma autógrafa del emisor. Esta deberá ser emitida por médicos que cuenten con cédula profesional expedida por las autoridades educativas competentes. (Figura 4)

**Medicamento Genérico Intercambiable:** Es el medicamento que por haber vencido la patente que le daba exclusividad para fabricarlo un laboratorio, puede ser elaborado por diferentes compañías farmacéuticas. Y se le llama intercambiable, porque la sustancia activa que contiene es exactamente igual a la del medicamento original en cuanto a potencia terapéutica y es idéntica en perfiles de disolución o biodisponibilidad.

**Denominación Genérica:** Se refiere a la sustancia activa que contiene el medicamento.

**Denominación Distintiva:** Se refiere a la marca empleada por el laboratorio farmacéutico para denominar un medicamento. Es importante mencionar que un gran número de medicamentos utilizados en la práctica diaria del oftalmólogo se clasifican como genéricos intercambiables, no obstante el laboratorio farmacéutico los promueve como innovadores o de patente, por lo que es conveniente prestar atención a este hecho para no incurrir en irregularidades que pudieran generar sanciones.

De acuerdo al Artículo 31, del Reglamento de Insumos para la Salud el emisor de la receta prescribirá los medicamentos de conformidad con lo siguiente:

I. Cuando se trate de los incluidos en el Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables a que hace referencia el Artículo 75 de este ordenamiento, deberá anotar la Denominación Genérica y, si lo desea, podrá indicar la Denominación Distintiva de su preferencia, y

II. En el caso de los que no estén incluidos en el Catálogo referido en la fracción anterior, podrá indistintamente expresar la Denominación Distintiva o conjuntamente las Denominaciones Genérica y Distintiva.

Por ejemplo, cuando se requiera prescribir ciprofloxacino tópico, se deberá de tomar en cuenta que este se encuentra incluido en el Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables del Consejo de Salubridad General con la Clave 2174 y por ley en la receta se deberá anotar la denominación genérica (ciprofloxacino, solución oftálmica). Opcionalmente se podrá agregar la denominación distintiva (marca).

Cuando en la receta se exprese la Denominación Distintiva del medicamento, su venta o suministro deberá ajustarse precisamente a esta denominación y sólo podrá sustituirse cuando lo autorice expresamente quien lo prescribe.

El Artículo 32 del mismo reglamento, establece que la prescripción en las instituciones públicas se ajustará a lo que en cada una de ellas se señale, debiéndose utilizar en todos los casos únicamente las denominaciones genéricas de los medicamentos incluidos en el Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel o en el Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel. Por excepción, y con la autorización que corresponda, podrán prescribirse otros medicamentos.

**RECETA ORDINARIA**

DR. JOSÉ CHÁVEZ RIVERA.  
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUADALAJARA  
DGP/SEP2632647

NOMBRE DE PACIENTE  
FECHA DE EXPEDICIÓN

Nombre del medicamento y presentación (genérico y/o marca)

**Dosis, vía de administración, frecuencia**

**Tiempo de duración del tratamiento**

DOMICILIO: PEDRO LOZA No.27.S.H.  
GUADALAJARA, JAL. Teléfono 33 36 22 14

HORARIO DE CONSULTA  
DE 9:00 A 20:00 HRS

Figura 4.

Receta médica.

| Clave | Nombre genérico                       | Forma farmacéutica          | Cantidad   | Presentación                                   |
|-------|---------------------------------------|-----------------------------|--|--|
| 2821  | Cloramfenicol                         | Solución oftálmica          | 5 mg/ml  | Envase con gotero integral con 15 ml           |
| 2822  | Cloramfenicol                         | Ungüento oftálmico          | 5 mg/g   | Envase con 5 g                                 |
| 2893  | Hipromelosa                           | Solución oftálmica 2%       | 20 mg/ ml  | Envase con gotero integral 15 ml               |
| 909   | Lanolina y aceite mineral             | Ungüento oftálmico          | 3 g/100 g y 3g/100g  | Envase con 4 g                                 |
| 2804  | Nafazolina                            | Solución oftálmica          | 1 mg/ml  | Envase con gotero integral con 15 ml           |
| 2891  | Proximetacaina (Proparacaina)         | Solución oftálmica          | 5 mg/ ml   | Envase con gotero integral con 15 ml           |
| 2829  | Sulfacetamida                         | Solución oftálmica          | 0.1 g/ml   | Envase con gotero integral con 15 ml           |
| 2801  | Zinc y fenilefrina                    | Solución oftálmica          | 2.5 mg/ ml y 1.2 mg/ ml  | Envase con gotero integral con 15 ml           |
| 2900  | Acetilcolina cloruro de               | Solución oftálmica          | 20 mg/ ml  | Un frasco ampula y diluyente con 2 ml          |
| 2830  | Aciclovir                             | Ungüento oftálmico          | 3 g/ 100 g   | Envase con 4.5 g.                              |
| 2172  | Alcohol polivinílico                  | Solución oftálmica          | 14 mg/ml   | Envase con gotero integral con 15 ml           |
| 2873  | Atropina                              | Ungüento oftálmico          | 10 mg/g  | Envase con 3 g                                 |
| 2872  | Atropina                              | Solución oftálmica          | 10 mg/ ml  | Envase con gotero integral con 15 ml           |
| 2173  | Betaxolol                             | Solución oftálmica          | 0.5 mg/ml  | Envase con gotero integral con 15 ml           |
| 2877  | Ciclopentolato                        | Solución oftálmica          | 10 mg/ ml  | Envase con gotero integral con 3 ml            |
| 2174  | Ciprofloxacino                        | Solución oftálmica          | 0.300 g/100 ml   | Envase con gotero integral con 5 ml            |
| 2175  | Cloramfenicol y sulfacetamida         | Solución oftálmica          | 0.5 g/100 ml 10g/ 100 ml   | Envase con gotero integral con 5 ml            |
| 2899  | Cloruro de sodio                      | Pomada o Solución oftálmica | 50 mg/g o ml   | Envase con 7 g o con gotero integral con 10 ml |
| 2806  | Cromoglicato de sodio                 | Solución oftálmica          | 40 mg/ ml  | Envase con gotero integral con 5 ml            |
| 2176  | Dexametasona                          | Solución oftálmica          | 0.1 g/100 ml   | Envase con gotero integral con 5 ml            |
| 4408  | Diclofenaco                           | Solución oftálmica          | 1 mg/ml  | Envase con gotero integral con 5 o 15 ml       |
| 2177  | Dipivefrina                           | Solución oftálmica          | 0.1 g/ ml  | Envase con gotero integral con 10 ml           |
| 4410  | Dorzolamida                           | Solución oftálmica          | 20 mg/ml   | Envase con gotero integral con 5 ml            |
| 2871  | Fenilefrina                           | Solución oftálmica          | 100 mg/ ml   | Envase con gotero integral con 15 ml           |
| 2178  | Feniramina/nafazolina                 | Solución oftálmica          | 0.300 g/100 ml<br>0.016 g/ 100 ml                                      | Envase con gotero integral con 30 ml           |
| 2896  | Fluoresceína sódica                   | Papeles estériles           | 1 mg   | 200 papeles estériles                          |
| 2898  | Fluoresceína sódica                   | Solución inyectable         | 100 mg/ml  | Una ampolla con 15 ml                          |
| 2179  | Fluorometalona                        | Solución oftálmica          | 100 mg/ 100 ml   | Envase con gotero integral con 5 ml            |
| 2828  | Gentamicina                           | Solución oftálmica          | 3 mg/ ml   | Envase con gotero integral con 5 ml            |
| 4402  | Hialuronato de sodio                  | Jeringa oftálmica           | 10mg/ml  | Envase con una jeringa con un ml               |
| 2814  | Hipromelosa                           | Solución oftálmica al 0.5 % | 5 mg/ ml   | Envase con gotero integral con 15 ml           |
| 2874  | Homatropina                           | Solución oftálmica          | 2 g / 100 ml   | Envase con gotero integral con 5 ml            |
| 2826  | Idoxuridina                           | Ungüento oftálmico al 0.5 % | 100 g/0.5 g  | Envase con 3 o 7 g                             |
| 2827  | Idoxuridina                           | Solución oftálmica al 0.1 % | 0.1 g/100 ml   | Envase con frasco gotero con 5 ml              |
| 4411  | Latanoprost                           | Solución oftálmica          | 50 µg  | Envase con un frasco gotero con 2.5 ml         |
| 2180  | Levobunolol/alcohol polivinílico      | Solución oftálmica          | 0.5 g/100 ml 1.4 g/100 ml  | Envase con gotero integral con 10 ml           |
| 2181  | Levocabastina                         | Suspensión oftálmica        | 50 mg/ 100 ml  | Envase con gotero integral con 5 ml            |
| 2182  | Levoepinefrina                        | Solución oftálmica          | 0.200 g/100 ml   | Envase con gotero integral con 5 ml            |
| 2183  | Medrisona                             | Solución oftálmica          | 1.0 g/ml   | Envase con gotero integral con 5 ml            |
| 2824  | Neomicina, polimixina B y bacitracina | Ungüento oftálmico          | Neomicina 3.5 mg/g<br>polimixina B 5000 U/g<br>bacitracina 40 U/ g     | Envase con 3.5 g                               |
| 2823  | Neomicina, polimixina B y gramicidina | Solución oftálmica          | Neomicina 175 mg/ml<br>Polimixina B 5 000 U/ml<br>Gramicidina 25 µg/ml | Envase con gotero integral con 15 ml           |
| 2184  | Norfloxacino                          | Solución oftálmica          | 0.3 g/100 ml   | Envase con gotero integral con 5 ml            |
| 2851  | Pilocarpina                           | Solución oftálmica al 2%    | 20 mg/ ml  | Envase con gotero integral con 15 ml           |
| 2852  | Pilocarpina                           | Solución oftálmica al 4%    | 40 mg/ ml  | Envase con gotero integral con 15 ml           |
| 2185  | Prednisolona                          | Ungüento oftálmico          | 5 mg/g   | Envase con 3 g                                 |
| 2841  | Prednisolona                          | Solución oftálmica          | 5 mg/ml  | Envase con gotero integral con 5 ml.           |
| 2186  | Prednisolona sulfacetamid             | Suspensión oftálmica        | Prednisolona 5 mg/ ml y<br>sulfacetamida 100 mg/ml                     | Envase con gotero integral con 5 ó 10 ml       |
| 4407  | Tetracaína                            | Solución oftálmica          | 5 mg/ ml   | Envase con gotero integral con 10 ml           |
| 2858  | Timolol                               | Solución oftálmica          | 5 mg/ ml   | Envase con gotero integral con 5 ml            |
| 2189  | Tobramicina                           | Solución oftálmica          | 3 mg/ml  | Envase con gotero integral con 5 ó 15 ml       |
| 4409  | Tropicamida                           | Solución oftálmica          | 1 g/100 ml   | Envase con gotero integral con 5 ó 15 ml       |

CUADRO 1. Medicamentos empleados en Oftalmología que integran el cuadro básico

En el Cuadro 1. Se enlistan los medicamentos genéricos empleados en oftalmología que forman el cuadro básico.

Las recetas médicas expedidas a usuarios deberán tener impreso el nombre del médico, el nombre de la institución que les hubiere expedido el título profesional (universidad), el número de cedula profesional (cédula de especialidad en oftalmología y cédula profesional estatal cuando aplique), el domicilio del establecimiento, la fecha de expedición, firma autógrafa del emisor; se deberá indicar la dosis, presentación, vía de administración, frecuencia y tiempo de duración del tratamiento. Las recetas expedidas por especialistas, además de lo mencionado, deberán contener el número de cédula de la especialidad y, en las entidades federativas que lo requieran la cédula estatal correspondiente.

Solo podrán prescribir medicamentos: médicos cirujanos y especialistas, médicos veterinarios, cirujanos dentistas, homeópatas; debiendo contar con cédula profesional. Los medicamentos, para su uso y comercialización, serán identificados por sus denominaciones genérica y distintiva. La identificación genérica será obligatoria (LGS Art. 225). Los medicamentos, para su venta y suministro al público, se consideran:

- I. Medicamentos que sólo pueden adquirirse con receta o permiso especial, expedido por la Secretaría de Salud, de acuerdo a los términos señalados en el Capítulo V (estupefacientes);
- II. Medicamentos que requieren para su adquisición receta médica que deberá retenerse en la farmacia que la surta y ser registrada en los libros de control que al efecto se lleven en ella. El médico tratante podrá prescribir dos presentaciones del mismo producto como máximo, especificando su contenido. Esta prescripción tendrá vigencia de treinta días a partir de la fecha de elaboración de la misma.
- III. Medicamentos que solamente pueden adquirirse con receta médica que se podrá surtir hasta tres veces, la cual debe sellarse y registrarse cada vez en los libros de control que al efecto se lleven. Esta prescripción se deberá retener por el establecimiento que la surta

en la tercera ocasión; el médico tratante determinará, el número de presentaciones del mismo producto y contenido de las mismas que se puedan adquirir en cada ocasión.

Se podrá otorgar por prescripción médica, en casos excepcionales, autorización a los pacientes para adquirir anticonvulsivos directamente en los laboratorios correspondientes, cuando se requiera en cantidad superior a la que se pueda surtir en las farmacias;

- IV. Medicamentos que para adquirirse requieren receta médica, pero que pueden resurtirse tantas veces como lo indique el médico que prescriba.
- V. Medicamentos sin receta, autorizados para su venta exclusivamente en farmacias, y

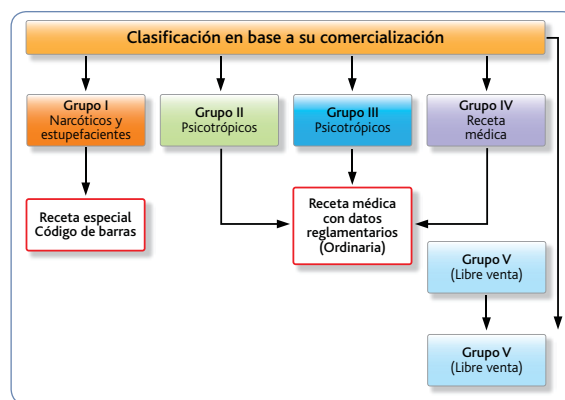


Figura 5.

Clasificación.

| GRUPO | REQUISITOS      | VIGENCIA                            | PRODUCTOS  |
|-------|-----------------|-------------------------------------|--|
| I     | Receta especial | Para tratamiento no mayor a 30 días | Cantidad máxima por día ajustado a indicaciones terapéuticas |
| II    | Receta médica   | 30 días                             | 2  |
| III   | Receta médica   | 30 días                             | 3  |

Figura 6.

Vigencia.

VI. Medicamentos que para adquirirse no requieren receta médica y que pueden expendirse en otros establecimientos que no sean farmacias. (LGS Art. 226).

La Secretaría de Salud determinará los medicamentos que integren cada uno de los grupos. (LGS Art. 227). (Figuras 5 y 6)

Las reacciones adversas de los medicamentos u otros insumos que se presenten durante la comercialización o uso de estos, las notificadas por los profesionales de la salud, las publicadas en la literatura científica y las reportadas por los organismos sanitarios internacionales, deberán hacerse del conocimiento inmediato de la Secretaría de Salud. (NOM-220-SSA1-2002).

## Referencias bibliográficas

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Editorial Trillas, 1997.
2. LGS. Ley General de Salud, Editorial Porrúa, 1997.
3. RAM. Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
4. R.I.P.S. Reglamento de Insumos para la Salud
5. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-178-SSA1-1998. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para atención médica de pacientes.
6. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. ambulatorios.
7. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.
8. NORMA Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2002, Instalación y operación de la farmacovigilancia.



# Autoevaluación

## 1. La vigilancia del cumplimiento de la Ley General de Salud corresponde a:

- a) La Secretaría de Educación Pública (SEP) y los gobiernos de las entidades federativas
- b) Los Colegios, Consejos y asociaciones médicas
- c) La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y la Secretaría de Educación Pública (SEP)
- d) La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y los gobiernos de las entidades federativas

## 2. La Norma Oficial Mexicana (NOM) que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica de especialidades (pacientes no ambulatorios) es:

- a) NOM-197-SSA1-2000
- b) NOM-173-SSA1-1998
- c) NOM-178-SSA1-1998
- d) NOM-168-SSA1-1998
- e) NOM-087-ECOL-1995

## 3. La Norma Oficial Mexicana (NOM) que establece los requisitos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios es:

- a) NOM-197-SSA1-2000
- b) NOM-173-SSA1-1998
- c) NOM-178-SSA1-1998
- d) NOM-168-SSA1-1998
- e) NOM-087-ECOL-1995

## 4. La Norma Oficial Mexicana (NOM) que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos (agujas, hojas de bisturí, etc.) que se generan en establecimientos que prestan atención médica es:

- a) NOM-197-SSA1-2000
- b) NOM-173-SSA1-1998
- c) NOM-178-SSA1-1998
- d) NOM-168-SSA1-1998
- e) NOM-087-ECOL-1995

**5. Conforme al artículo 22 del Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, los profesionales del área de la salud contratados por establecimientos de atención médica, o los profesionales que en forma independiente prestan sus servicios en salud, deberán de contar con:**

- a) Título/Diploma de especialidad emitido por una institución de educación superior y cédula profesional
- b) Título/Diploma de especialidad emitido por una institución de educación superior y diploma emitido por una institución hospitalaria
- c) Cédula profesional y pertenencia a un colegio de especialidad
- d) Título/Diploma de especialidad emitido por una institución de educación superior y pertenencia a un colegio de especialidad

**6. Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado están obligados a integrar y conservar el expediente clínico durante al menos:**

- a) 1 año
- b) 3 años
- c) 5 años
- d) 7 años

**7. Las recetas expedidas por especialistas deberán de contener:**

- a) Certificación por el Colegio de especialidad correspondiente
- b) Denominación genérica del medicamento
- c) Nombre del hospital en donde fueron realizados los estudios de especialidad
- d) Diagnóstico
- d) Pronóstico anatómico y funcional

# La ética en la práctica de la Oftalmología

M. en C. Pedro de Alba Macías

## Introducción

La Oftalmología, como el resto de las disciplinas médicas, se caracteriza por un vertiginoso desarrollo tanto en los aspectos teóricos, conocimiento nuevo, como en los prácticos, nuevas tecnologías, que obligan al especialista a mantenerse actualizado, invirtiendo una gran cantidad de tiempo en la revisión de la literatura especializada y en adiestramientos para la adquisición de las habilidades y destrezas que requieren las nuevas tecnologías, este panorama, ya de por sí complejo, se complica aún más con el surgimiento de las especialidades oftalmológicas y la necesaria delimitación de su campo de aplicación y por si esto fuera poco, existe además la necesidad de dar respuesta al reclamo cada vez mas insistente de una humanización de la práctica profesional, lo que requiere, en buena medida, la observancia de los aspectos éticos de dicha práctica.

La primera pregunta que algunos profesionales de la medicina se formulan, es ¿por que se requiere de la ética en la práctica de la profesión, si la medicina es una de las profesiones más reguladas por la ley positiva y sus reglamentos?, y la respuesta es, que la ley es necesaria pero no es suficiente para garantizar una buena práctica profesional, ya que un principio jurídico establece que, para el ciudadano común, todo lo que no esté explícitamente prohibido, está permitido.

Fácilmente se comprende que en el ámbito de la medicina, en el que todos los días estamos asistiendo a nuevos avances, tanto en los aspectos preventi-

vos, de diagnóstico o terapéuticos, las disposiciones legales están siempre rezagadas en la regulación de los nuevos procedimientos, un ejemplo, entre otros muchos, es la fecundación asistida, la cual se realiza en nuestro país desde hace varios años y en la legislación respectiva existen grandes lagunas, si la comparamos con la de otros países.

Por otra parte hay que tomar en cuenta que las disposiciones legales son heterónomas, esto significa que otros las elaboran y todos estamos obligados a cumplirlas y su no cumplimiento conlleva la aplicación de las sanciones previstas en la propia ley, en cambio, las disposiciones éticas revisten un carácter de autonomía, esto es que en forma libre, cada quién se compromete a su cumplimiento y la sanción por su no observancia, queda relegada al ámbito de la conciencia. Equidistantes entre estos dos extremos están los códigos de ética y conducta, que en el caso de los colegios médicos permiten la participación de todos los miembros en su elaboración, y una vez aceptados, su cumplimiento reviste carácter de obligatoriedad para todos los integrantes del colegio previendo la aplicación de sanciones que pueden llegar hasta la expulsión, desgraciadamente en nuestra país, la colegiación aún no es obligatoria por lo que muchos médicos quedan exentos de su cumplimiento.

## Ética profesional

Ya Aristóteles proponía una distinción conceptual entre "*Poiesis*" y "*praxis*", esto es entre producir y actuar. La rectitud del producir se mide por el pro-

ducto y ha de ser determinada en virtud de las reglas del arte (techné). La rectitud del actuar es de índole estrictamente ética; radica en el actuar mismo, en su adecuación a una situación, en su adecuación dentro del plexo de las relaciones morales. Se debe pues distinguir entre el "buen hacer" y el "obrar bien". En medicina al buen hacer está condicionado al dominio que el médico tenga de los conocimientos y las habilidades necesarias en la atención de sus pacientes y el obrar bien en el apego a las normas éticas que rigen el ejercicio de la profesión, de tal manera que puede darse el caso que un médico puede tener un buen hacer pero un pésimo obrar. Por ejemplo en la realización de una cirugía innecesaria excelentemente realizada estaría haciendo bien pero obrando mal.

### ¿Cuál ética?

Para el médico, cuya formación y práctica está fuertemente imbuida por el pensamiento científico de corte positivista, le resulta desagradable y hasta chocante encontrarse, al adentrarse en el estudio de la ética, que existen varias corrientes de pensamiento que en ocasiones llegan a ser contradictorias entre sí. Sin embargo hay que comprender que la ética, como rama de la filosofía, se fundamenta en la respuesta que se dé, desde la antropología filosófica a la pregunta sobre que es el hombre, las filosofías de corte idealista privilegian el pensamiento al grado que Hegel acuñó la frase: "el mundo existe porque yo lo pienso", en cambio las filosofías de corte materialista solo aceptan como existente la realidad material, concibiendo al hombre como un ser puramente biológico afirmando que el "cerebro humano secreta el pensamiento como el hígado la bilis" y esto es lo que lo diferencia del resto de los animales. Entre estos dos extremos se sitúan las filosofías realistas concibiendo al hombre como un ser dotado de una realidad material que es su cuerpo biológico y una realidad espiritual que trasciende lo puramente biológico.

No es posible, ni es la finalidad de este capítulo, profundizar en estos aspectos pero se comprenderá que las éticas emanadas de estos presupuestos tienen que ser necesariamente diferentes y dependerá de cada oftalmólogo y de sus valores adscribirse a alguna de ellas.

### Los códigos de ética médica

Ante este panorama y partiendo no ya de la teoría sino de la práctica, la profesión médica, se ha preocupado, desde siempre, de sentar una serie de normas éticas para regular su actuación, siendo el referente obligado el juramento hipocrático y en la edad media la oración de Maimónides, permaneciendo vigentes hasta mediados del siglo pasado en que las atrocidades cometidas por los médicos nazis en los campos de concentración, sobre todo en el terreno experimental, obligaron tanto a la sociedad en general como a las asociaciones médicas a un replanteamiento de las normas éticas, apareciendo en forma sucesiva la "Declaración Universal de los Derechos Humanos" por parte de la ONU(1948),<sup>1</sup> seguido del "Código Internacional de Ética Médica" adoptado por la asamblea general de la Asociación Médica Mundial (1949).<sup>2</sup> Desde entonces han ido surgiendo una serie de códigos elaborados por diversas organizaciones médicas que sería largo solo de enumerar, pero que evidencian la necesidad de dar cumplida respuesta, desde la ética, a las situaciones nuevas que plantea el acelerado avance de la medicina.

Entre estos documentos, es digno de mención especial la Carta Sobre el Profesionalismo Médico,<sup>3</sup> fruto de varios años de trabajo conjunto de la Federación Europea de Medicina Interna, el Colegio Americano de Médicos, la Sociedad Americana de Medicina Interna y el Consejo Americano de Medicina Interna a cuyos principios se han adherido, el Consejo Mexicano de Oftalmología así como el Concilio Internacional de Oftalmología y la Asociación Médica Norteamericana, esta carta debería ser cuidadosamente leída no solo por los médicos sino por todo el personal del área de la salud ya que contiene un agudo análisis de los riesgos que para el profesionalismo médico entrañan los nuevos sistemas de atención y las nuevas tecnologías, para a continuación explicitar tres principios para salvaguardarlo proponiendo adoptar 10 compromisos para guiar la práctica profesional. La Carta es muy breve pero induce a una larga reflexión sobre la práctica profesional en la actualidad, haciendo honor al dicho del gran humanista Baltasar Gracián: "*lo bueno, si breve, dos veces bueno*"

Los códigos de ética contienen un conjunto de reglas de carácter ético que una profesión se da a

sí misma y que sus miembros deben respetar (Hébarre). Se han definido también como "Conjunto sistemático de normas mínimas que un grupo de profesionales determinados establece y que refleja una concepción ética común o mayoritaria de sus miembros (Desantes).

### ¿Qué es un problema ético?

En la práctica profesional el médico tiene que estar constantemente tomando decisiones a favor de sus pacientes, el problema ético se presenta cuando chocan entre sí dos valores de similar jerarquía y el médico tiene que decidirse por alguno de los dos, por ejemplo cuando la autonomía del médico choca con la autonomía de su paciente, sería el caso que se presenta cuando un paciente, haciendo uso de su autonomía, le solicita al médico la aplicación de la eutanasia o cuando un tratamiento tiene importantes efectos secundarios indeseables y es necesario decidir si aplicarlo u optar por un tratamiento alternativo menos eficaz pero con efectos secundarios menores.

Esto hace necesario que el médico tenga muy bien estructurada su escala de valores y que estos se encuentren debidamente jerarquizados de manera que ante un problema de este tipo siempre prive el valor colocado en la parte más alta de la escala.

### Ética en Oftalmología

La ética médica debe ser observada por todos los médicos sin embargo el ejercicio de cada especialidad tiene características propias que hacen necesaria la elaboración de códigos específicos.

En esta sección, se hará una glosa de dos documentos, el Código de Ética de la Academia Americana de Oftalmología<sup>4</sup> y la Carta Sobre el Profesionalismo Médico<sup>3</sup>, esta última porque, como ya se dijo, ha sido adoptada por el Consejo Mexicano de Oftalmología y por lo tanto su observancia es obligatoria, cuando menos para los miembros de dicho consejo.

La primera parte del código de ética de la Academia Americana de Oftalmología explicita ocho principios, haciendo la aclaración que estos deben servir de modelo e inspiración para ejercer una conducta profesional ejemplar y que cualquier problema ético en oftalmología debe resolverse mediante

la determinación de servir los mejores intereses de los pacientes.

El segundo principio obliga a todos los miembros a proporcionar los servicios oftalmológicos con compasión, respeto por la integridad humana, honestidad e integridad.

El oftalmólogo debe continuar siendo competente en su campo de trabajo. Su conocimiento nunca podrá ser completo, y por tanto deberá estar suplementado por otros colegas cuando sea necesario. La competencia incluye la habilidad técnica, el conocimiento cognitivo, y las preocupaciones éticas por el paciente. De igual manera, incluye el conocimiento adecuado y apropiado para tomar una decisión aceptable y correcta en cuanto al manejo del paciente.

Se considera esencial mantener una comunicación abierta con el paciente. Las confidencias del paciente se deben mantener bajo el marco de la ley.

Los honorarios por servicios oftalmológicos no deben explotar a los pacientes ni a otros que pague por los servicios.

Si un miembro tiene bases suficientes para creer que otra persona se ha desviado de los estándares profesionalmente aceptados, de manera que afecte adversamente el cuidado del paciente o que no cumpla con los reglamentos de ética, el miembro debe de evitar la prolongación de esta conducta. La forma más adecuada de hacerlo es mediante una comunicación directa con la otra persona. Cuando esta comunicación no es efectiva o posible, el miembro tiene la responsabilidad de referir el asunto a las autoridades competentes y de cooperar con ellas en sus esfuerzos profesionales y legales para evitar la prolongación de esta conducta.

Es responsabilidad del oftalmólogo actuar en el mejor interés del paciente. Es responsabilidad del oftalmólogo mantener la integridad de la investigación clínica y básica. En materia de investigación, las relaciones profesionales con la industria deben promover los mejores intereses de los pacientes y de la profesión.

De estos principios se desprenden dieciséis reglas éticas que constituyen la segunda parte del código y que deberán servir de parámetro para juzgar sobre el comportamiento ético o no ético del oftalmólogo, son obligatorios y describen una conducta profesional mínimamente aceptable.

**Competencia.** Un oftalmólogo es un médico educado y capacitado para proporcionar cuidado médico y quirúrgico de los ojos y de las estructuras relacionadas. Un oftalmólogo debe realizar únicamente aquellos procedimientos para los que esté facultado en virtud de su entrenamiento específico o su experiencia, o cuando es asistido por alguien entrenado. Un oftalmólogo no puede falsificar sus credenciales, adiestramiento, experiencia, habilidad o resultados.

**Consentimiento informado.** La ejecución de procedimientos médicos o quirúrgicos debe ser precedida por el consentimiento informado apropiado.

**Estudios clínicos y procedimientos de investigación.** La ejecución de estudios clínicos o procedimientos de investigación, deben ser aprobados por los mecanismos reguladores correspondientes. Los estudios clínicos y de investigación son aquellos realizados para obtener una información adecuada que sirva de base para decisiones terapéuticas o de pronóstico, o para determinar la etiología o patogénesis en circunstancias en que no exista suficiente información. El consentimiento escrito para realizar estos procedimientos debe reconocer la naturaleza especial y las ramificaciones de estos estudios.

**Otras opiniones.** Se debe respetar el derecho del paciente de solicitar opinión(es) adicional(es). Deben realizarse una o varias consultas si la condición lo requiere.

**El oftalmólogo incapacitado.** Un oftalmólogo física, mental o emocionalmente incapacitado se debe retirar de las áreas de la práctica que se vean afectadas por dicha incapacidad. Si un oftalmólogo incapacitado no suspende esta conducta inapropiada, es deber de los oftalmólogos que saben sobre su incapacidad actuar para asegurar la corrección de esta situación. Esto podría implicar una gran variedad de acciones correctivas.

**Evaluación pre-tratamiento.** Se recomienda un tratamiento únicamente después de una cuidadosa deliberación de las necesidades físicas, sociales, emocionales y ocupacionales del paciente y debe cerciorarse de que la evaluación documente ampliamente

los hallazgos oftálmicos así como las indicaciones de tratamiento. La recomendación de un tratamiento innecesario o la falta de indicación de un tratamiento necesario son conductas anti éticas.

**Delegación de servicios.** La delegación es el uso de personal auxiliar de salud para proporcionar servicios oftálmicos que son responsabilidad del oftalmólogo. Un oftalmólogo no debe delegar al auxiliar aquellos aspectos del cuidado oftálmico que se encuentran bajo la competencia única del oftalmólogo (aquellos servicios que no están permitidos por la ley para que sean realizados por auxiliares). Cuando otros aspectos del cuidado oftálmico que son responsabilidad del oftalmólogo son delegados a un auxiliar, éste debe estar calificado y recibir una supervisión adecuada. Un oftalmólogo puede realizar diferentes arreglos para la delegación del cuidado oftálmico bajo circunstancias especiales, siempre y cuando el bienestar y los derechos del paciente sean la principal consideración.

**Cuidado postoperatorio.** El suministro de cuidado postoperatorio hasta que el paciente se haya recuperado es parte integral del manejo del paciente. El cirujano oftalmólogo debe proporcionar aquellos aspectos del cuidado posoperatorio que se encuentra dentro de la competencia única del oftalmólogo (aquellos que no incluyen servicios permitidos por la ley para ser efectuados por los auxiliares). De lo contrario, el cirujano oftálmico debe realizar los arreglos necesarios antes de la cirugía, con la aprobación del paciente y la autorización de otro oftalmólogo. El cirujano oftalmólogo puede coordinar diferentes arreglos para el suministro de servicio del cuidado oftálmico posoperatorio bajo la competencia única del oftalmólogo en situaciones especiales, tales como emergencias o cuando no haya ningún otro oftalmólogo disponible, siempre y cuando el bienestar y los derechos del paciente sean la consideración principal. El paciente deberá tener conocimiento previo de los honorarios por servicios del cuidado posoperatorio.

**Procedimientos médicos y quirúrgicos.** Un oftalmólogo no puede tergiversar el servicio que haya realizado o los cargos hechos por determinado servicio.

A este respecto es conveniente hacer mención que este inciso se viola con cierta frecuencia en nuestro país por los llamados “cirujanos fantasma” en aquellos casos en que el paciente es introducido al quirófano, y después de anestesiado o preparado para el procedimiento quirúrgico, entra otro cirujano que es el que realmente realiza la cirugía y se sale antes de que el paciente vuelva de la anestesia o permanece en silencio durante el procedimiento, esta es una práctica que no solo viola el código de ética sino la propia ley.

**Procedimientos y materiales.** Los oftalmólogos deben indicar únicamente aquellas pruebas de laboratorio, dispositivos ópticos o agentes farmacológicos que sean para el mejor interés del paciente. La indicación de procedimientos innecesarios o la falta de indicación de procedimientos necesarios se consideran anti ética.

**Relaciones comerciales.** El juicio clínico y la práctica del oftalmólogo no deben estar influenciados por intereses económicos, compromisos o beneficios de empresas comerciales profesionalmente relacionadas.

**Comunicación con otros colegas.** La comunicación con otros colegas debe ser precisa y verídica.

**Comunicación con el público.** La comunicación con el público debe ser precisa. No debe contener información falsa, irreal, engañosa o ambigua mediante declaraciones, testimonios, fotografías, gráficas u otros medios. No debe omitir información sin la cual la comunicación sería engañosa. Las comunicaciones no deben causar ansiedad en un individuo en forma excesiva o injusta, y no deben crear expectativas falsas de resultados. Si las comunicaciones se refieren a los beneficios u otros atributos de procedimientos oftálmicos que impliquen riesgos significativos, las condiciones reales sobre la seguridad y eficacia también se deben incluir, así como la disponibilidad de tratamientos alternativos, y cuando sea necesario para evitar engaño, las descripciones y/o evaluaciones de los beneficios u otros atributos de estas otras alternativas. Las comunicaciones no deben representar inadecuadamente las credenciales, el entrenamiento, la expe-

riencia o habilidad de un oftalmólogo, y no deben contener materiales indicativos de superioridad que no sean verificables. Si una comunicación es producto del pago que recibe un oftalmólogo, esto debe ser de conocimiento público a menos que sea evidente en la naturaleza, el formato o el medio de la comunicación.

**Interrelaciones entre oftalmólogos.** Las interrelaciones entre los oftalmólogos se deben desarrollar en el mejor interés del paciente, incluyendo el hecho de compartir información relevante.

**Conflicto de interés.** Un conflicto de interés se crea cuando el juicio profesional relacionado con el bienestar del paciente tiene una oportunidad razonable de recibir influencia de otros intereses del proveedor. La divulgación de un conflicto de interés es necesaria en todas las comunicaciones con los pacientes, con el público y con los colegas.

**Testimonio de un experto.** El testimonio de un experto debe proporcionarse en forma objetiva mediante el conocimiento médico para crear las opiniones médicas expertas. Los hechos no médicos (tales como solicitud de negocios por parte de abogados, la competencia con otros médicos y los prejuicios personales), no deben parcializar un testimonio. No es ético que un médico acepte compensación alguna que se encuentre sujeta al resultado de un litigio. El testimonio falso, engañoso o erróneo de un especialista es considerado como no ético.

La tercera parte del código está dedicada a los procedimientos administrativos y contiene disposiciones tales como la integración del comité de ética, sus responsabilidades y atribuciones, los procedimientos de investigación de disputas etc.

La Carta Sobre el profesionalismo Médico es coincidente en muchos de los aspectos tocados en el Código de Ética de la Academia Americana de Oftalmología, solo que es de un carácter más general y los compromisos que propone son más amplios teniendo como característica la preocupación del posible impacto negativo que las modernas tecnologías y los nuevos modelos de atención pudieran tener sobre el profesionalismo médico, me permito transcribir el resumen con que termina la Carta:

“En la era moderna, la práctica de la medicina se encuentra acosada por desafíos sin precedente, virtualmente en todas las culturas y sociedades. Estos desafíos se concentran en la desigualdad cada vez mayor entre las necesidades auténticas de los pacientes, la disponibilidad de recursos para satisfacer esas necesidades, la creciente dependencia de las fuerzas comerciales para transformar los sistemas de prestación de atención médica y la tentación para los médicos de abandonar su tradicional compromiso de dar prioridad a los intereses de los pacientes. Para sostener la fidelidad del contrato social de la medicina en estos tiempos de turbulencia nosotros creemos que los médicos deben de reafirmar su dedicación activa a los principios del profesionalismo, mismos que se vinculan no solo con su compromiso personal de velar por el bienestar de sus pacientes, sino también con el esfuerzo colectivo para mejorar el sistema de atención médica por el bienestar de la sociedad entera. Esta Carta de Profesionalismo Médico está dirigida a estimular esa dedicación y a promover una agenda de acciones de la profesión de la medicina que sea universal en cuanto a intención y propósito.

En nuestro país prácticamente todas las sociedades, asociaciones, consejos y colegios médicos, al explicitar sus objetivos en sus estatutos, establecen como uno de ellos el defender la dignidad y los intereses de sus miembros y sancionar las faltas éticas y profesionales de los mismos, cuando las circunstancias específicas lo requieran.

La mayoría de los miembros se quedan con la primera parte de este objetivo exigiendo al colegio la defensa de su dignidad y sus intereses, pero la segunda parte pasa prácticamente desapercibida quedando solamente como un adorno ya que su pleno cumplimiento requiere que el propio colegio elabore un código de ética en el que se expliciten los requisitos éticos mínimos que sus miembros deben respetar, o en todo caso adoptar formalmente alguno de los ya existentes, de manera que todos los integrantes sepan cuales son los parámetros con los que se va a calificar su actuación como ética o no ética. Por otra parte los comités de ética, que deberían revisar estos casos, en algunos de los colegios no están formalmente constituidos y en otros su papel se reduce a aparecer en el organigrama de la institución.

## Casos clínicos

Para ilustrar lo anterior, me permitiré transcribir algunos casos clínicos que llegaron al Comité de Ética de la Academia Americana de Oftalmología y la forma en que ésta los resolvió.

**Primer caso. Hechos:** El Dr. T. es un reconocido cirujano de cataratas con implante de lentes intraoculares que estaba involucrado en un activo programa de investigación de unos implantes lentculares innovadores que teóricamente tenían ventajas para la visión escotópica sobre los diseños en uso y ordinariamente reclutaba pacientes para el ensayo clínico. Acudió a su consulta un conductor de taxi de 60 años de edad que tenía una relativamente insignificante catarata nuclear. El paciente reportaba que ocasionalmente sufría algún deslumbramiento bajo ciertas condiciones tales como conducir de noche, pero que recientemente había calificado para obtener su licencia y podía conducir confortablemente. El afirmó que no deseaba la operación pero el Dr. T. le recomendó enfáticamente que se la realizara y finalmente lo convenció.

**Resolución:** El Dr. T. pudo haber actuado en forma no ética. Aparentemente el paciente no pensaba que la catarata estuviera interfiriendo con su ocupación o su estilo de vida. La decisión de diferir la cirugía no daba lugar a la parición de riesgos significativos en este caso. La cirugía para una catarata que no limitaba la visión en un hombre de 60 años de edad ordinariamente no está justificada, a menos que el paciente piense que sus necesidades ocupacionales o su estilo de vida se vean significativamente limitados y que el cirujano concluya que la catarata sea la causa de esta limitación. Así pues, la justificación médica parece ser insuficiente en este caso. Si la motivación real del Dr. T. fue la de reclutar otro caso para las series que eran la base de su investigación entonces el estaba colocando claramente los intereses de su propia investigación por encima de los intereses de su paciente y estaba actuando no éticamente. Aún cuando este no hubiera sido el motivo consiente del Dr. T. , el debió estar al tanto de la vulnerabilidad de los pacientes y cuan fácilmente el paciente puede ser inducido a tomar una decisión con la cual se siente poco confortable. En tal caso, el consentimiento del paciente no es



voluntario ni informado sino mas bien el resultado de una coerción implícita o explícita.

**Segundo caso. Hechos:** el Dr. S. es un oftalmólogo experimentado que ha estado a cargo de una paciente de 60 años de edad con un avanzado glaucoma crónico de ángulo abierto, el ha documentado pérdida de campo visual y aumento progresivo de la excavación del disco óptico a pesar de instituirle tratamiento con la máxima medicación que ella podía tolerar. El Dr. S. recomendó encañidamente una cirugía filtrante, advirtiendo a la paciente que esta tenía algunos riesgos pero podía reducir el riesgo de posterior pérdida visual. La paciente inicialmente se mostró vacilante, manifestando que no había notado dolor ni pérdida visual y que no pensaba necesitar la operación. Después de que el Dr. S. le explicó sus hallazgos, los riesgos de que el padecimiento permaneciera sin control a pesar del tratamiento médico y los resultados potenciales menos satisfactorios del tratamiento alternativo (trabeculoplastia con cirugía láser), la paciente acepto someterse a la cirugía filtrante.

**Resolución:** a pesar de que el Dr. S. abogó enfáticamente recomendando la cirugía sobre la objeción inicial de la paciente, parece que actuó éticamente. El había examinado a la paciente detectando una enfermedad progresiva y cuidadosamente delineó a la paciente las opciones terapéuticas, sus beneficios y riesgos. El hecho de que la paciente no hubiera percibido previamente la necesidad de cirugía e inicialmente no estuviera segura de desearla, no hace a la cirugía innecesaria, dada la seria justificación médica (pérdida visual progresiva) para realizarla.

**Tercer caso. Hechos:** El Dr. R. es un cirujano de cataratas muy capaz con una práctica activa, que fue demandado dos años antes por mala práctica en un caso en que el paciente sufrió edema corneal y edema macular cistoide. A pesar de que él defendió exitosamente su caso, a partir de esa fecha decidió solicitar a todos sus pacientes, antes de someterlos a cirugía: microscopía especular, paquimetría y angiografía con fluoresceína con el fin de defenderse mejor ante la posibilidad de futuras demandas.

**Resolución:** El Dr. R. parece haber adoptado una práctica no ética. Es ético para un oftalmólogo decidir la aplicación de todos los procedimientos diagnósticos apropiados en un difícil caso particular, siempre que sean necesarios para confirmar o eliminar alguna cuestión diagnóstica difícil, sin embargo el rango de procedimientos diagnósticos que son apropiados, varía en cada caso particular y la selección de cual de ellos usar debe ser hecha en cada caso en forma individualizada. Este es un ejemplo de "medicina defensiva" para propósitos legales. Esta práctica es especialmente no ética, debido a que algunos procedimientos diagnósticos (por ejemplo la angiografía con fluoresceína), conlleva cierto grado de riesgo para el paciente. Ya que el paciente debe asumir los riesgos (y quizá alguno de los costos), el oftalmólogo no debe utilizar estos procedimientos a menos que el o ella concluyan que los beneficios para el paciente sobrepasan a los riesgos, de otra manera, el oftalmólogo esta colocando sus propios intereses por encima de los intereses del paciente y esto no es ético.

Estos son solo algunos ejemplos de cómo las normas éticas son trasgredidas, muchas veces en forma inadvertida, por los médicos, acostumbrados a seguir determinadas rutinas en sus procedimientos diagnósticos o terapéuticos olvidando que cada paciente es un caso único y que no es un órgano o sistema el que se enferma sino toda la persona.

## Conclusión

El presente capítulo es una mirada panorámica al vasto campo de la ética médica, la mayoría de los médicos nos olvidamos que como toda disciplina, la ética requiere de un estudio sistemático para poder arribar a conclusiones válidas, el trabajo constituye pues un esbozo que pretende interesar a los médicos en una profundización de los diferentes aspectos aquí tocados en forma muy superficial. El cientificismo moderno ha hecho presa de la medicina olvidando que esta a la vez que ciencia es un arte, constituyendo estos los dos pilares sobre los que se asienta, siendo ambos igualmente importantes para garantizar una buena práctica médica. El médico que descuida estos aspectos y se contenta con el puro conocimiento científico positivista puede considerarse como un bárbaro con dominio de una potente tecnología y esta es una especie muy peligrosa de bárbaro.

## Referencias bibliográficas

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos, *Asamblea General de las Naciones Unidas*, 1948.
2. Código Internacional de Ética Médica, *Asociación Médica Mundial*, 1949.
3. Carta sobre el Profesionalismo Médico. *Annals of Internal Medicine*, 2002;136(3), 243-46 ABIM *American Board of Internal Medicine* ACP-ASIM *American College of Physicians- American Society of Internal Medicine* *European Federation of Internal Medicine*.
4. Code of Ethics of the American Academy of Ophthalmology, [http://www.aao.org/about/ethics/code\\_ethics.cfm](http://www.aao.org/about/ethics/code_ethics.cfm).

# Autoevaluación

## 1. Los principios de la Cata sobre el Profesionalismo Médico forman parte integral de:

- a) Las Normas Oficiales Mexicanas
- b) Colegios, Consejos y Sociedades de especialidades médicas
- c) Las Instituciones de Educación Superior (Universidades)
- d) La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)

# El papel de los Consejos Certificadores en la práctica de la Oftalmología

Dr. José de Jesús Villalpando Casas  
Dr. Jorge Perales Casillas

Los consejos mexicanos de certificación de médicos especialistas son cuerpos colegiados formados por prestigiados y probos representantes de la comunidad profesional de la misma disciplina; elegidos por sus propios pares para asumir la responsabilidad de establecer el proceso de certificación y recertificación periódica de sus compañeros de profesión y de los nuevos especialistas, con base en los requisitos de preparación y adiestramiento en cada campo de la práctica médica y de la demostración de competencia de exámenes de certificación, o bien la evaluación de la actualización de los especialistas por medio de las pruebas de recertificación.

## El por qué de los Consejos

El acto de certificación de las aptitudes de los especialistas, único propósito y objetivo de los consejos, es la respuesta organizada de la comunidad para constatar la calidad de preparación de los profesionales para el ejercicio competente de un campo específico de la medicina. Asimismo, es la manera en que los consejos pueden intervenir para proteger los intereses de quienes son el objeto y el sujeto de su atención: los pacientes y el público en general, ayudándoles a distinguir a los especialistas mejor preparados. Como consecuencia, los médicos se ven estimulados para mantener al día sus conocimientos, perfeccionar sus destrezas y desarrollar sus actitudes fortaleciendo sus valores profesionales y personales. Un efecto de gran importancia para la población, es que la certificación promueve la me-

jora de la calidad de la práctica médica especializada y se estimula, además, el estudio y permanente, capacitación y actualización de quienes profesan una especialidad y, de manera agregada, se cuida el nivel de calidad de la práctica de los verdaderos especialistas.

## Qué son los Consejos

Los consejos son asociaciones civiles de los cuales, por su naturaleza y funciones, no deben sobreponearse sus actividades con las correspondientes de las sociedades, colegios o academias, ni con las instituciones de educación superior u organismos gubernamentales, cuyo marco normativo les atribuye funciones específicas para realizar actividades de formación, educación continua y desarrollo, o de registro y autorización de su práctica, como también de la vigilancia del ejercicio profesional que concretamente recae en los colegios. Es decir que cada organismo tiene su propio cometido y que estos son complementarios e interrelacionados, conforme las respectivas leyes les conceden atribuciones, funciones, responsabilidades y derechos encaminados a la buena práctica médica.

Así mismo, los consejos son cuerpos académicos singulares, autónomos en su organización y procedimientos; son organismos de beneficio social, sin fines lucrativos, que están comprometidos con su comunidad profesional y con la sociedad en general. Son depositarios del reconocimiento y confianza de sus pares y, despojados de afanes protagónicos; sus integrantes deben ser discretos en su accionar y ha-

cer transparentes sus procedimientos, con el deber de informar y difundir el resultado de la certificación y recertificación de médicos especialistas que los ocupa, guardando el sigilo necesario y el debido respeto a quienes se someten a su dictamen.

## Características

Los consejos deben ser independientes en sus decisiones y celosos custodios de su honorabilidad, libres de influencias políticas o doctrinarias y, ser plurales en su conformación para dar cabida a representantes de las diversas escuelas de la especialidad, de las instituciones de salud oficiales o privadas, de las diferentes regiones del país. Sus funcionarios deben ser renovados en sus cargos, de manera que sus cuerpos de gobierno cuenten siempre con personas experimentadas y bien informadas para mejor realizar sus tareas e igualmente contar con miembros de recién ingreso para que se preparen y obtengan la experiencia requerida para aceptar encomiendas de mayor responsabilidad y asumir sus funciones.

## Legitimación y marco legal de los Consejos

Los consejos de certificación de pares en el campo de la medicina tienen como antecedentes remotos la encomienda real de Rogerio II de Sicilia en el siglo XII, seguido del Protomedicato en España y la Nueva España en tiempo de Felipe II, y de Enrique VIII de Inglaterra en el siglo XVI, para efecto de lo cual se constituyeron organismos específicos que actuaban en diversas modalidades con el propósito de certificar la preparación de médicos y cirujanos. En México, como es sabido, surgen los primeros consejos de certificación en 1963 los que buscan y obtienen el aval de la Academia Nacional de Medicina, aval que desde 1995 lo extiende el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM), organismo derivado de un acuerdo

celebrado entre la Academia Nacional de Medicina de México y la Academia Mexicana de Cirugía, que son órganos consultivos del Gobierno Federal, con la Asamblea de Consejos de Especialidad; ello le da necesaria formalidad para actuar y materializar la indispensable garantía de seguridad en la rectitud del sistema, en su imparcialidad para emitir certificados y en la calidad de sus procedimientos.

Lo anterior es armónico con lo prescrito con la Ley General de Salud en su artículo 81,<sup>1</sup> donde la autoridad educativa pide la opinión de la Secretaría de Salud y de la Academia Nacional de Medicina sobre la pertenencia de los certificados. Para este caso, la Academia Nacional de Medicina delega la opinión técnica al CONACEM, en tanto que al avalar a los consejos de certificación se solidariza y apoya sus dictámenes. Dichos dictámenes, expresados en la certificación o recertificación, tienen el carácter suprasubordinado, lo que le da mayor firmeza a la autoridad moral y al reconocimiento público que ha sido la principal fortaleza de los consejos de certificación.

Los consejos asumen la figura jurídica de asociaciones civiles, por lo que se rigen por lo prescrito en el Código Civil, cuyas disposiciones acatan, según se desprende de lo siguiente:

Los 47 consejos, hasta ahora avalados, tienen un objetivo legal específico, que es el de certificar a los médicos especialistas, para cuyo propósito se constituyen en forma permanente y, como tampoco persiguen fines económicos, es claro que se acogen a lo postulado en el artículo 2670<sup>2</sup> del citado código. Los consejos, debidamente notariados, se inscriben en el Registro Público, a fin de producir efectos contra terceros, tal como lo señala el artículo 2673<sup>3</sup> del mismo código. De igual forma los consejos cumplen con lo indicado en el artículo 2674,<sup>4</sup> al reconocer el poder superior de la Asamblea General y de que sus directivos desarrollen las facultades que les conceden sus documentos normativos.

1. LEY GENERAL DE SALUD. Artículo 81. Las autoridades educativas registrarán los certificados de especialización en materia de salud que expidan las instituciones de enseñanza superior o las instituciones de salud reconocidas oficialmente. Para el registro de certificados de especialización expedidos por academias, colegios, consejos o asociaciones de profesionales de las disciplinas para la salud, las autoridades educativas competentes solicitarán, en su caso, la opinión de la Secretaría de Salud y de la Academia Nacional de Medicina.

2. Artículo 2670. Cuando varios individuos conviniere en reunirse, de manera que no sea enteramente transitoria, para realizar un fin común que no esté prohibido por la ley y que no tenga carácter preponderantemente económico, constituye un asociación.

3. Artículo 2673. Las asociaciones se registrarán por sus estatutos, los que deberán ser inscritos en el Registro Público para que produzcan efectos contra terceros.

4. Artículo 2674. El poder supremo de las asociaciones reside en la Asamblea General. El director o directores de ellas tendrán las facultades que les conceda los estatutos y la Asamblea General, con sujeción a estos documentos.

Asimismo, al llevar libros de contabilidad y aceptar el derecho de sus socios de vigilar que las cuotas se dediquen al fin de la asociación se está cumpliendo con el artículo 2683.<sup>5</sup>

Actualmente se está trabajando para que la labor de los consejos de certificación de médicos especialistas tenga el reconocimiento legal, en concordancia con las responsabilidades del estado de regular el ejercicio de las profesiones y en consonancia con la incorporación cada vez mayor de la propia sociedad para autorregularse en una afán de evitar la sobre-regulación que subordina y paraliza a los actores sociales, con la consiguiente afectación de la propia sociedad.

Es importante destacar los argumentos que subyacen en la indiscutible autoridad moral que ante la propia comunidad de especialistas y particularmente frente a la sociedad, tienen los consejos de certificación. La autoridad moral le es reconocida por organismos oficiales y privados de salud, al considerar a los certificados emitidos por los consejos peso específico al calificar el currículo de los especialistas; las autoridades judiciales y educativas, en su caso, tienen alta estima por la calidad de certificados o recertificados de los médicos especialistas; el ingreso de las corporaciones académicas de mayor relevancia en el país, exigen a los médicos especialistas aspirantes a ingresar a ellas, estar certificados, como es el caso de la Academia Nacional de Medicina. Las principales facultades y escuelas de medicina en México requieren a los médicos especialistas que aspiren a formar parte de su cuerpo académico, estar certificados; las compañías de seguros de gastos médicos igualmente tienen tal exigencia para incorporar a sus listas de médicos participantes el que estén certificados; los propios pacientes y sus familiares tienen mayor confianza en sus médicos cuando saben que estos se encuentran certificados y también los médicos valoran en mucho la distinción de ser certificados, como un merecido reconocimiento a su propio esfuerzo para especializarse y al denuedo puesto para mantenerse actualizado, circunstancia que les da mayor seguri-

dad para su ejercicio profesional. Es la manera válida de incorporarse con sus pares para la práctica de su especialidad.

## Lo que no son los Consejos

Las cosas se caracterizan por lo que son, por la materia de que están hechas, por la organización de sus componentes y por su interrelación; así mismo, por los límites que las contienen, por el reflejo que desprenden para ser reconocidas, por el estado que guardan y por su propia evolución. Cuando los demás las reconocen y respetan su valor para el conjunto, como es el caso de los consejos de certificación y la sociedad donde se encuentran inmersos y, además, les conceden autoridad moral, tenemos bien caracterizados a los consejos, empero; cuando se analiza lo que no son, el conocimiento sobre los consejos se acrecienta, el respeto se fortalece y crece su autoridad moral. Es por ello, que vale considerar lo siguiente: lo que no son los consejos, según se desprende de las confusiones observadas o de las francas desviaciones encontradas al sobrepasarse de sus límites o al arrogarse funciones que no les corresponden.

Así entonces, los consejos no son organismos gremiales para defensa de los intereses de los especialistas; como tampoco de carácter laboral, eso les corresponde a los colegios o a los sindicatos, si fuera el caso. Los consejos no son tribunales de excepción para imponer sanciones, se justifiquen o no; en México se vive un estado de derecho que invalida cualquier situación o acción que se aparte de la normatividad. Los directivos de los consejos tampoco se pueden erigir en jueces de la actuación de sus pares, ni en aspectos éticos ni en aspectos técnicos, ello les incumbe por ley a los colegios: vigilar el ejercicio profesional<sup>6</sup> y, denunciar ante la autoridad las desviaciones observadas.

Los consejos no deben ser cotos de poder, ni espacio para actuación hegemónica de grupos líderes de la práctica médica especializada. En este sentido, para contrarrestar cualquier intento de ejercer influencias indebidas, los consejos tienen el

5. Artículo 2683. Los socios tienen derecho de vigilar que las cuotas se dediquen al fin que se propone la asociación y con este objetivo puedan examinar los libros de contabilidad y demás papeles de ésta.

6. LEY REGLAMENTARIA DEL ARTÍCULO cuarto constitucional referente al ejercicio de las profesiones al Distrito Federal y Territorios Federales.

recurso del trabajo colegiado multirrepresentado, así como el de la movilidad de sus funcionarios. Los consejos no son tampoco supervisores académicos de los programas de especialización, aunque si su opinión puede escucharse para la formulación de programas educativos, en virtud de su papel de certificador de la preparación de los especialistas puede ser de importancia para la superación de los programas existentes. Aquí es importante mencionar que los consejos no reemplazan a las universidades, ni deben dar lugar a suspicacias de ser opositores a su autonomía, la que por ley y voluntad de la sociedad les corresponde y es sustantiva para su función. Por lo tanto ningún consejo tiene la atribución de vetar cursos o sedes universitarias institucionales de especialización, aunque pueden, por invitación participar en grupos académicos que tomen decisiones correlativas, en cuyo caso, los consejos debieran excusarse de votar, a fin de ser congruentes con su posición y único objetivo que le da origen: certificar la preparación de los médicos especialistas.

Los consejos no son grupos de peritos para dictaminar sobre la conducta profesional y resultados del accionar médico de sus pares; la ley establece quienes pueden actuar como peritos, eso sí de manera individual y en forma particular cualquier especialista puede proporcionar sus servicios en carácter de perito a petición expresa de la autoridad. Así entonces, como cuerpo colegiado los consejos, no deben ser fuente de surtimiento de peritos; no es su función, es más, se corre el riesgo de deteriorar su confianza, importante componente que sustenta su autoridad moral ante los colegas y pares. Es obvio aseverar que los consejos no son órganos políticos, aunque sus directivos pueden ser actores de partidos políticos. La tarea política, digna e importante de por sí, no corresponde de manera alguna con las funciones de los consejos de certificación.

Mención especial debe hacerse sobre que los consejos no son sujetos de patrocinio de ninguna clase ni especie, los apoyos económicos que hayan podido brindar cualquier tipo de empresas, estén relacionadas o no, de manera directa o indirecta con la práctica médica, deben prohibirse y, en su caso, condenarse, no se puede acoger apoyo alguno que dé lugar a conflicto de intereses o incluso a su mera sospecha; mucho menos los consejos explícitamen-

te, o a través de los procedimientos o mecanismos utilizados para la difusión de sus actividades, podrán ser vehículos para cualquier tipo de publicidad, no se puede poner en entredicho la ética ni la dignidad institucional de los consejos, como tampoco la individual de los funcionarios de los consejos.

Otras consideraciones alusivas a los que no son los consejos, tienen que ver con el aspecto humano del que no se pueden desprender los directivos de los consejos, esto es: la calidad ejemplar de su conducta ante su propia comunidad y la sociedad en general. Me refiero a la seducción que el deseo de reconocimiento que tienen ciertas personalidades al ocupar puestos relevantes en su comunidad de especialistas, que se traduce en protagonismo, que impulsa a las personas a buscar nuevas tribunas y foros donde descollar, apoyados en el poder que tienen de certificar o no, a quienes acuden a su consejo para obtener el sello de distinción que es la certificación. Cabe recordar que la labor de los consejos es discreta, respetuosa y responsable en su comunidad y ante la sociedad, que les ha otorgado plena confianza para cumplir funciones de trascendental importancia, por lo que los integrantes de los consejos deben poner en juego todo su talento, capacidad directiva y concentración para llevar a cabo las tareas. Los directivos y funcionarios de los consejos deben ser entonces protagonistas de un proceso y no personajes protagónicos que coloquen al consejo en posiciones ajenas a su fin primordial, que repetidamente se ha mencionado, como su única función, la de: certificar la preparación de los especialistas. Formar parte de un consejo de certificación es una de las mayores responsabilidades en las que un especialista médico puede comprometerse, en un ejercicio pleno de sus valores éticos profesionales y personales.

### Consejo Mexicano de Oftalmología

El profesional de la medicina desde hace muchos años se desenvuelve en un entorno social y económico extraordinariamente complejo, y pocas veces se pone a reflexionar de cómo llevar a cabo su proceso de enseñanza-aprendizaje como un proceso vitalicio. Nacen así los cursos de posgrado de las diversas especialidades de la medicina teniendo necesidad las sedes que imparten estos cursos de irse estructurando y perfeccionando con programas

| Definición   | Atribuciones   | Limitaciones  |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Son órganos colegiados de pares, representativos de los mejores valores de la especialidad.</li> <li>• Son asociaciones civiles y cuerpos académicos singulares, autónomos en su organización y procedimientos.</li> <li>• Son organismos de beneficio social, sin fines lucrativos, que están comprometidos con su comunidad profesional y con la sociedad en general, tienen exclusivamente autoridad moral.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer el proceso de certificación y recertificación periódica de los médicos especialistas que hayan cubierto los requisitos académicos de preparación y que optan por la certificación de sus aptitudes y/o de su actualización en forma voluntaria.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los consejos son asociaciones civiles y sus actividades no deben sobreponerse con las correspondientes de las sociedades, colegios o academias, ni con las instituciones de educación superior u organismos gubernamentales, cuyo marco normativo les atribuye funciones específicas para realizar actividades de formación, educación médica continua y desarrollo, o de registro y autorización de su práctica.</li> <li>• Los consejos no son organismos gremiales para defensa de los intereses de especialistas; como tampoco de carácter laboral, eso le corresponde a los colegios o a los sindicatos.</li> <li>• Los consejos no se pueden erigir en jueces de la educación de sus pares, ni en aspectos éticos ni técnicos, ello le incumbe por ley a los colegios (vigilar el ejercicio profesional).</li> <li>• Los consejos no son supervisores académicos de los programas de especialización, aunque su opinión puede escucharse para a formulación de programas educativos, y aunque pueden, por invitación, participar en grupos académicos que tomen decisiones correlativas, los consejos debieran excusarse de votar, a fin de ser congruentes con su posición.</li> <li>• Los consejos no reemplazan a las universidades, ni deben dar lugar a suspicacias de ser opositores a su autonomía.</li> <li>• Los consejos no tienen la atribución de vetar cursos o sedes universitarias institucionales de especialización.</li> </ul> |

CUADRO 1. Consejos de certificación de especialidades médicas

mejor desarrollados y prácticos de los cuadros patológicos de la especialidad.

El Consejo Mexicano de Oftalmología nació el 19 de noviembre de 1974 como una asociación civil gracias a la inquietud de los maestros de la Oftalmología de esa época en México, quienes con visión del futuro se decidieron a iniciar esa etapa, impulsando y forzando de alguna manera la estructuración de los programas de enseñanza de los diferentes centros hospitalarios donde se impartían los cursos de posgrado en Oftalmología. Es así como los Dres. Magín Puig Solanes, Luis Sánchez Bulnes, Enrique Graue Díaz-González, Abelardo Zertuche

y Roberto Wallentin se reúnen y acuerdan formar este consejo.

Los Consejos de Certificación de Médicos Especialistas son cuerpos colegiados formados por prestigiados y probos representantes de la comunidad profesional de la misma disciplina, elegidos por sus propios pares para asumir la responsabilidad de establecer el proceso de certificación y recertificación periódica de sus compañeros de profesión y de los nuevos especialistas con base en los requisitos de preparación y adiestramiento en cada campo de la práctica médica y la demostración de competencia en exámenes de certificación o bien la evaluación



de la actualización de los especialistas por medio de la recertificación.

La finalidad principal del Consejo de Oftalmología de acuerdo a sus estatutos<sup>7</sup> es:

1. Estimular el estudio, mejorar la práctica, elevar los niveles y el avance de la oftalmología en México.
2. Pugnar porque los médicos que se dedican a esta especialidad reúnan las condiciones adecuadas para su ejercicio profesional.
3. Asesorar a las autoridades e instituciones que lo soliciten, sobre problemas técnicos o éticos de la especialidad.
4. Preparar, proveer, vigilar, y llevar a cabo exámenes escritos, orales y prácticos para los solicitantes, dictaminando sobre los resultados de dichos exámenes.
5. Colaborar con las facultades o escuelas de medicina, instituciones de salud y con sus divisiones de graduados en Oftalmología.

6. Otorgando a los médicos que aprueben el examen, certificados del consejo como especialistas en Oftalmología.

## Conclusiones

Luego entonces, ¿qué son los consejos de certificación de especialistas? La respuesta es precisa y concluyente: son órganos colegiados de pares, representativos de los mejores valores de la especialidad, que cumplen la función exclusiva de certificar a quienes habiendo cubierto los requisitos académicos de preparación, optan por la certificación de sus aptitudes o la recertificación de su actualización. Los consejos de certificación son verdaderos agentes de cambio, en ruta a la mejoría permanente de la calidad de la práctica profesional y la superación de la disciplina, de esa manera cumplen también el principio fundamental de servir a los demás.

---

7. Estatutos del Consejo Mexicano de Oftalmología.

# Autoevaluación

## 1. La principal atribución de los consejos de especialidad es:

- a. Ser organismos gremiales para defensa de los intereses de especialistas:
- b. Establecer el proceso de certificación y recertificación periódica de los médicos especialistas que hayan cubierto los requisitos académicos de preparación:
- c. Ser supervisores académicos de los programas de especialización:
- d. Fungir como asesores en aspectos éticos y técnicos:

# Aspectos fiscales fundamentales para la práctica de la Oftalmología

Lic. Claudia Covarrubias Ochoa

## Introducción

Después de haber casi 10 años de su vida al estudio y capacitación, el especialista en Oftalmología emprende el inicio de su carrera profesional, en la mayoría de los casos, sin conocimiento alguno sobre las obligaciones fiscales relacionadas a la práctica de su profesión, situación que frecuentemente provoca errores involuntarios que repercuten en forma importante. Este capítulo pretende brindar los fundamentos fiscales que todo oftalmólogo deberá de tomar en cuenta para la práctica de la especialidad.

## ¿Qué son los impuestos?

Son pagos obligatorios que debemos hacer todas las personas al estado, en la cantidad y forma que señalan las leyes.

La ley fundamental de nuestro país es la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, en ella se establecen los derechos y obligaciones de sus habitantes y de sus gobernantes. Se trata de la norma jurídica suprema, y ninguna otra ley o disposición puede contrariarla. Es en nuestra Constitución Política donde se establece la obligación de los mexicanos de contribuir para el gasto público del país, es decir, de pagar impuestos. En nuestro país existen diversas contribuciones, además de los impuestos, como son los derechos los aprovechamientos, las aportaciones de seguridad social. Todas están debidamente reguladas por una ley especial.

Ahora bien, los impuestos se clasifican en:

- Directos:

Son impuestos directos aquellos que recaen sobre la persona que ejecuta los actos o actividades gravados por la ley, ya que ésta no los puede trasladar. Un ejemplo de ellos es el Impuesto Sobre la Renta, que contribuye a una justa distribución de la riqueza contenida en manos de los particulares; así como el Impuesto Empresarial a Tasa Única.

- Indirectos

Los impuestos indirectos, son aquellos que el contribuyente puede trasladar a otras personas. Gravan situaciones reales, como son la producción, la enajenación, el consumo, la importación, la exportación, la prestación de servicios, entre otras; un ejemplo de estos es el Impuesto al Valor Agregado. Sin embargo de acuerdo al artículo 15 fracción XIV de la Ley de este impuesto los servicios médicos están exentos.

## ¿Por qué debo pagar impuestos?

Porque los impuestos son uno de los medios principales por los que el gobierno obtiene ingresos; tienen gran importancia para la economía de nuestro país, ya que gracias a ellos se puede invertir en aspectos prioritarios como la educación, la salud, la impartición de justicia y la seguridad, el combate a la pobreza y el impulso de sectores económicos que son fundamentales para el país.

El no pagar impuestos impide al gobierno destinar recursos suficientes para cubrir las necesidades de nuestra sociedad, por lo que es fundamental que cumplamos con esta obligación.

## Programa de Actualización y Registro (PAR)

En diversas entidades federativas se inició el PAR (por ejemplo, en el Estado de Jalisco se inició el 16 de julio), que es una respuesta a la urgente demanda social y de los diversos actores económicos del país para actualizar y ampliar la base de contribuyentes, con el fin de obtener una recaudación más eficiente y equitativa en beneficio de todos. Dura seis meses, concluye el 22 de diciembre.

Promotores del PAR, previamente capacitados y debidamente identificados, acuden a todos los negocios y domicilios fiscales para ayudar a los contribuyentes a actualizarse o inscribirse en el Registro Federal de Contribuyentes y los padrones estatales.

Beneficios para los contribuyentes:

- Se regularizan en su propio domicilio
- Al ser un programa de servicio, la regularización es de manera voluntaria, así se evitan multas en el caso de que fueran visitados por mandamiento de autoridad.
- Se evitan abusos y actos de corrupción
- Se pueden tramitar permisos y licencias de funcionamiento
- Se puede tener acceso a solicitar financiamientos al comprobar el nivel de ingresos, así como ser sujeto de programas de desarrollo

La fracción III del Artículo 33 del Código Fiscal de la Federación establece que las autoridades fiscales podrán realizar recorridos, invitaciones y censos para informar y asesorar a los contribuyentes acerca del exacto cumplimiento de sus obligaciones fiscales y aduaneras y promover su incorporación voluntaria o actualización de sus datos en el RFC, sin que por ello se considere que las autoridades fiscales estén iniciando sus facultades de comprobación. Por otra parte, en el Reglamento Interior del SAT se señala, en la fracción XII del artículo 14, que compete a la Administración General de Servicios al Contribuyente: integrar y mantener actualizado el Registro Federal de Contribuyentes y los demás registros y padrones previstos en la legislación fiscal; verificar el exacto cumplimiento de las obligaciones en materia de registro y actualización del Registro Federal de Contribuyentes, requerir la presentación

de avisos, solicitudes y demás documentos autorizados en materia de Registro Federal de Contribuyentes, cuando los obligados no lo hagan en los plazos respectivos; tramitar y resolver las solicitudes de aclaraciones que presenten los contribuyentes en esta materia, así como requerir rectificación de errores u omisiones contenidos en los citados documentos.

La información que proporcione el contribuyente al personal del SAT es estrictamente confidencial y está protegida conforme a las disposiciones fiscales.

## Regímenes fiscales para los profesionistas

Los profesionistas entre los que se incluyen los médicos especialistas en Oftalmología, en el desarrollo de sus actividades pueden cumplir con sus obligaciones fiscales ya sea:

- A) Ingresos por la prestación de servicios profesionales independientes.
- B) En forma subordinada (empleado).
- C) Ingresos por honorarios asimilados a salarios.
- D) A través de una sociedad civil (persona moral).

El primer contacto del profesionista con el SAT es para inscribirse en el Registro Federal de Contribuyentes. Requisitos:

### Personas físicas

- Original de acta de nacimiento o carta de naturalización o en su caso, proporcionar datos de la CURP.
- Original de identificación oficial vigente del contribuyente o del representante legal.
- Original de comprobante de domicilio.
- Correo electrónico.
- En caso de representación legal, copia certificada y fotocopia del poder notarial.

### ¿A qué impuestos (obligaciones) como profesionista tiene en el libre ejercicio?

- Impuesto Sobre la Renta (ISR)
- Declaración anual
- Impuesto a los depósitos en efectivo (IDE, si aplica)
- Impuesto empresarial a tasa única (IETU)

### Régimen fiscal de los Profesionistas en el Impuesto Sobre la Renta (ISR)

Se consideran ingresos por la prestación de un servicio profesional, las remuneraciones que deriven de un servicio personal independiente diferente a salarios o a la prestación de un servicio personal subordinado. Los profesionistas que desempeñen sus actividades en el libre ejercicio, efectuarán pagos provisionales mensuales a cuenta del impuesto anual a más tardar el día 17, se podrán realizar estos pagos por Internet en la página [www.sat.gob.mx](http://www.sat.gob.mx). Para enviar sus pagos deben de contar con la CIEC (Clave de Identificación Electrónica Confidencial) o la Fiel (Firma Electrónica Avanzada).

¿Cómo se calcula el pago provisional de ISR?

Conforme a la siguiente fórmula:

Total de los ingresos

(-) deducciones autorizadas

= base del impuesto

(x) Tasa del artículo 113 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR), del mes que corresponda

Las deducciones autorizadas son los gastos o las inversiones que se pueden deducir de los ingresos para obtener una utilidad más real.

De acuerdo al artículo 123 de la LISR son deducciones autorizadas las siguientes:

- I. Las devoluciones que se reciban o los descuentos o bonificaciones que se hagan, siempre que se hubiese acumulado el ingreso correspondiente.
- II. Las adquisiciones de mercancías, así como de materias primas, productos semiterminados o terminados, que utilicen para presentar los servicios, para fabricar bienes o para enajenarlos.
- III. Los gastos.
- IV. Las inversiones.
- V. Los intereses pagados derivados de la actividad empresarial o servicio profesional, sin ajuste alguno, así como los que se generen por capitales tomados en prestamos siempre y cuando dichos capitales hayan sido invertidos en los fines de las actividades a que se refiere esta sección.

La declaración anual se presenta durante el mes de abril a través de internet, utilizando la herramienta Declarsat. Para que proceda la devolución

de impuestos mayores a 10 000 pesos es requisito enviar su declaración utilizando la firma electrónica avanzada. Si en el cálculo anual de ISR resulta un saldo a cargo, se puede pagar en parcialidades, hasta en seis mensualidades sin autorización y garantía

Para determinar el impuesto anual de ISR, se utiliza la siguiente fórmula:

Ingresos anuales acumulados

- Deducciones autorizadas

Utilidad fiscal

- Pérdidas fiscales de otros ejercicios

Utilidad gravable

- Deducciones personales

Base gravable

Tarifa artículo 177 de la LISR

IMPUESTO CAUSADO

- Pagos provisionales

- Retenciones

= Impuesto a cargo o a favor

En la declaración anual de acuerdo al artículo 176 de la LISR se tiene derecho a las siguientes deducciones personales:

- Los honorarios médicos y dentales, gastos hospitalarios.
- Los gastos de funeral.
- Los donativos no onerosos ni remunerativos.
- Gastos de transportación escolar obligatorios.
- El importe de los depósitos en las cuentas personales especiales para el ahorro; pagos de primas de contratos de seguros de gastos médicos.
- Intereses de créditos hipotecarios.

### Impuesto a los depósitos en efectivo (IDE)

Se aplica a los depósitos en efectivo en moneda nacional o extranjera, que se realicen en cualquier tipo de cuenta que tengan a su nombre las personas físicas o morales en las instituciones del sistema financiero, cuya suma exceda de 15 000 pesos en un mes y se le aplicará la tasa de 3% al importe total de los depósitos gravados.

#### Acreditamiento del IDE en pagos mensuales

Los contribuyentes pueden acreditar (restar) el monto del IDE efectivamente pagado en el mismo mes contra el monto del pago provisional del

impuesto sobre la renta (ISR) del mes de que se trate.

El remanente del IDE que en su caso resulte podrá restarse o acreditarse contra el ISR retenido a terceros en el mismo mes, por ejemplo, el retenido a los trabajadores.

Si después de hacer el acreditamiento anterior existiera una diferencia de IDE, se podrá compensar contra otras contribuciones federales a cargo por ejemplo, el IETU y el IVA. La diferencia que en su caso resulte después de la compensación podrá solicitarse en devolución, siempre que sea dictaminada por contador público registrado.

#### *Acreditamiento del IDE anual*

El IDE efectivamente pagado también puede restarse del impuesto sobre la renta anual, salvo que haya sido acreditado contra el impuesto sobre la renta retenido a terceros, compensado contra otras contribuciones federales a su cargo o solicitado en devolución.

De acuerdo al ARTÍCULO CUARTO Y TRANSITORIO PRIMERO del Decreto por el que se otorgan facilidades administrativas en materia de simplificación tributaria publicadas en el DOF el 30 de junio de 2010, podrán optar por no presentar el dictamen en devoluciones de IDE.

A partir del 1 de septiembre los contribuyentes que soliciten la devolución del IDE, no estarán obligados a dictaminar por contador público autorizado las devoluciones del remanente de IDE, siempre que se presente la información en los plazos y medios que se establezcan a través de reglas de carácter general.

## **Impuesto Empresarial a Tasa Única (IETU)**

En este impuesto los sujetos son las personas físicas y morales residentes en territorio nacional, o cuando sean residentes en el extranjero pero que tengan uno o varios establecimientos permanentes en territorio nacional, por los ingresos obtenidos en dichos establecimientos.

El objeto del impuesto es gravar los ingresos que se obtengan por:

a) Enajenación de bienes

b) Prestación de servicios independientes

c) Otorgamiento del uso o goce temporal de bienes

### *¿Cómo se determina el pago mensual del Impuesto Empresarial a Tasa Única (IETU)?*

La base del impuesto es la cantidad que resulte de disminuir de los ingresos percibidos las deducciones autorizadas. Una vez que el contribuyente sujeto del impuesto ha determinado la base de éste, deberá aplicar la tasa para conocer la cantidad a pagar. Aplicando la tasa del 17.5%.

El IETU se paga sobre el excedente, entre este impuesto y el impuesto sobre la renta propio, es decir, se paga el mayor.

Los contribuyentes que se encuentren obligados al pago del impuesto empresarial a tasa única, podrán disminuir las siguientes deducciones de acuerdo al artículo 5 de la LIETU:

- Erogaciones por la adquisición de bienes, de servicios independientes o por uso o goce temporal de bienes, o para la administración, producción, comercialización y distribución de bienes y servicios.
- Las contribuciones a cargo del contribuyente pagadas en México (erogaciones no deducibles).
- El impuesto al valor agregado o el impuesto especial sobre producción y servicios cuando el contribuyente no tenga derecho a acreditarlos
- Las contribuciones a cargo de terceros pagadas en México cuando formen parte de la contraprestación excepto el ISR retenido o de las aportaciones de seguridad social.
- Erogaciones por aprovechamientos, explotación de bienes de dominio público, por la prestación de un servicio público sujeto a una concesión o permiso, siempre que sean deducibles para ISR.
- Las inversiones nuevas que sean deducibles para el IETU adquiridas en el periodo del 1 de septiembre al 31 de diciembre del 2007, hasta por el monto de la contraprestación efectivamente pagada por estas inversiones en el citado periodo. El monto se deducirá en una tercera parte en cada ejercicio fiscal a partir de 2008, hasta agotarlo.

- Las devoluciones de bienes que se reciban, de los descuentos o bonificaciones que se hagan, así como de los depósitos o anticipos que se devuelvan siempre que los ingresos de las operaciones que les dieron origen hayan estado afectos al IETU.
- Indemnizaciones por daños y perjuicios y penas convencionales
- La creación o incremento de las reservas matemáticas vinculadas con los seguros de vida o seguros de pensiones.
- Las cantidades que paguen las instituciones de seguros a los asegurados o a sus beneficiarios cuando ocurra el riesgo amparado y las cantidades que paguen las instituciones de fianzas.
- Los premios que paguen en efectivo las personas que organicen loterías, rifas, sorteos o juegos con apuestas y concursos de toda clase, autorizados conforme a las leyes respectivas.
- Los donativos no onerosos ni remunerativos. (Pero sólo a 7.5% de las utilidades anuales de la persona que dona, es decir no todo el donativo será afecto a deducción de impuestos.)
- Las pérdidas por créditos incobrables por: Los servicios por los que devenguen intereses a su favor. Las quitas, condonaciones, bonificaciones y descuentos sobre la cartera de créditos que representen servicios por los que devenguen intereses a su favor. Las pérdidas originadas por la venta de su cartera y por aquellas pérdidas que sufran en las daciones en pago. Las pérdidas por créditos incobrables y caso fortuito o fuerza mayor, deducibles en los términos de la Ley del Impuesto sobre la Renta, correspondientes a ingresos afectos al IETU, hasta por el monto del ingreso afecto al IETU.

En este impuesto además de la determinación del pago mensual, se tiene que cumplir con una declaración informativa mensual que es el listado del IETU. Sin embargo, de acuerdo al Artículo Primero del Decreto por el que se otorgan facilidades administrativas en materia de simplificación tributaria publicadas en el DOF el 30 de junio de 2010, se da la opción de no presentar el listado de conceptos IETU.

Podrán optar por no presentar la información mensual del listado de conceptos que sirve de base para determinar el IETU, siempre que la información anualizada se presente dentro del mes inmediato siguiente al del término del ejercicio.

#### *Derechos del contribuyente*

1. Efectuar pago en parcialidades por los créditos fiscales que se tengan
2. Solicitar la devolución de saldos a favor
3. Aplicar saldos a favor como compensación
4. Formular consultas a la autoridad sobre situaciones reales y concretas
5. Impugnar los actos de la autoridad a través de medios de defensa
6. Solicitar autorizaciones

#### **Clave de Identificación Electrónica Confidencial**

La CIEC es un mecanismo de acceso a los diferentes medios electrónicos para el cumplimiento de las obligaciones fiscales, formado por el RFC y una contraseña elegida por el contribuyente. Abre diversas aplicaciones y servicios electrónicos que brinda el Servicio de Administración Tributaria (SAT) a través de su portal de Internet.

La deben obtener las personas físicas y morales que deban presentar ante el SAT trámites, solicitudes, declaraciones, consultas o avisos de forma segura a través de medios electrónicos.

Sirve para realizar a través de Internet:

- Declaraciones informativas de razones por las cuales no se realiza el pago (avisos en cero).
- Declaración informativa múltiple.
- Envío de declaraciones anuales (DIOT, listados de IETU).
- Declaración anual a través de DeclaraSAT en línea.
- Declaraciones de corrección de datos.
- Consulta de transacciones.
- Consulta de comprobantes aprobados a impresores autorizados.
- Envío de solicitudes para la generación de certificados de sello digital para comprobantes fiscales digitales.
- Descarga de certificados de sello digital, así como de Fiel.

### ¿Cómo se obtiene?

- En cualquier Administración Local de Servicios al Contribuyente.
- A través de Internet, en la siguiente ruta:
  1. [www.sat.gob.mx](http://www.sat.gob.mx)
  2. Oficina virtual
  3. CIEC
  4. Obtención de la CIEC a través de Internet
  5. Aplicación de la obtención de la CIEC

### ¿Qué requisitos se deben presentar?

#### Personas físicas

- Registro Federal de Contribuyentes (RFC)
- Identificación Oficial (IFE, pasaporte, cartilla)
- Cuenta de correo electrónico vigente
- Pregunta y respuesta secreta

#### Personas morales

- Registro Federal de Contribuyentes de la empresa (RFC)
- Identificación oficial del representante legal
- Poder notarial, que lo acredite con dicha personalidad
- Cuenta de correo electrónico vigente
- Pregunta y respuesta secreta

## Firma Electrónica Avanzada (Fiel)

La Fiel es un conjunto de datos que se adjuntan a un mensaje electrónico, cuyo propósito es identificar al emisor del mensaje como autor legítimo de éste, tal y como si se tratara de una firma autógrafa.

Los requisitos para obtener la firma son los siguientes:

1. Dispositivo magnético (USB o disco compacto) con el archivo de requerimiento (extensión \*.req) generado con la aplicación Solcedi.
  2. Formato FE: Solicitud de certificado de Firma Electrónica Avanzada, lleno e impreso por ambos lados en una sola hoja. Este formato se descarga del portal del SAT y se entrega por duplicado.
  3. Copia certificada del acta de nacimiento, carta de naturalización o documento migratorio vigente.
- Nota:** Sólo serán aceptadas las copias certificadas del acta de nacimiento que emita el Registro Civil o las actas certificadas ante notario público.

4. Original o copia certificada de la identificación oficial (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional, cartilla del servicio militar o credencial emitida por los gobiernos federal, estatal o municipal que cuente con la fotografía y firma del titular).

Los documentos presentados en copia certificada para la obtención del certificado de Fiel, deberán ser legibles y no presentar tachaduras ni enmendaduras, de lo contrario no serán recibidos para efectos de dicho trámite.

En caso de que el acta de nacimiento, carta de naturalización o documento migratorio vigente se encuentre empastado, engargolado o engrapado se recomienda traer fotocopias legibles del documento con la finalidad de agilizar el trámite.

Al acudir a las oficinas al SAT, los datos que son recabados para llevar a cabo el trámite son:

- La documentación, dónde se cotejaran los datos asentados en ésta con los datos de la base de datos del Registro Federal de Contribuyentes del SAT.
- El registro de los siguientes datos personales:
  - El iris de ambos ojos
  - Huellas dactilares (10 dedos)
  - Fotografía digital
  - Firma autógrafa
  - Digitalización de documentos oficiales

De acuerdo al Artículo Quinto del Decreto por el que se otorgan facilidades administrativas ya comentado, la vigencia de certificados de firma electrónica avanzada expedidos a las personas físicas a partir del 1 de julio, tendrán una vigencia de cuatro años.

## Otras obligaciones fiscales

Además de pagar impuestos, llevar contabilidad, y presentar declaraciones, los médicos oftalmólogos, al igual que cualquier profesionistas, tienen la obligación de expedir comprobantes fiscales (recibos de honorarios)

A partir del 1 de enero de 2011, se inicia un cambio, en la forma de expedir dichos comprobantes, hacerlo en forma electrónica; se amplían los mecanismos para emisión de comprobantes para todos



los contribuyentes. Pueden optar desde ahora por el esquema de facturación electrónica (CFD).

Actualmente existen los comprobantes fiscales impresos y, desde 2005, la facturación electrónica como un esquema opcional. La reforma al artículo 29 del Código Fiscal de la Federación, dispone que a partir del 1 de enero de 2011 los contribuyentes deban expedir documentos digitales como comprobantes por las actividades que realicen, lo que supone una transición de un esquema opcional a un uso generalizado de facturación electrónica.

Como parte del esquema de transición, los contribuyentes que al 1 de enero de 2011 tengan comprobantes impresos, podrán seguir utilizándolos hasta que se agote su vigencia de dos años.

Para los contribuyentes con ingresos acumulables iguales o menores a 4 millones de pesos al año, el proceso de transición también prevé que puedan seguir expidiendo comprobantes fiscales impresos, los cuales contendrán un elemento de seguridad adicional que será proporcionado, sin costo, por el SAT. Para ello, los mismos contribuyentes deberán pedir la aprobación de folios a través del portal de Internet del SAT utilizando su firma electrónica avanzada (Fiel) e imprimirlos desde su casa, negocio, café Internet, impresor, etc., con lo que los mecanismos de emisión de comprobantes se amplían de manera importante.

Los contribuyentes con ingresos superiores a 4 millones de pesos al año podrán emitir comprobantes impresos con código de barras, sólo para operaciones cuyos montos no superen los 2000 pesos.

Durante 2010, el uso de la factura electrónica es opcional para cualquier contribuyente, por lo que los contribuyentes que actualmente expiden comprobantes impresos pueden migrar al esquema de facturación electrónica en cualquier momento.

Lo anterior implica que para quienes ya optaron u opten por el uso de la facturación electrónica durante 2010, se les respetará el uso de los modelos vigentes, considerando, además, que los contribuyentes que emiten facturas electrónicas a través de proveedores actuales podrán seguir operando este esquema, durante el primer semestre de 2011.

Con la facturación electrónica se genera una mayor seguridad jurídica, dificultando la generación de comprobantes apócrifos que afectan a la econo-

mía formal, por lo que su uso disminuye los riesgos de fraude y de evasión fiscal.

Los contribuyentes que utilizan la facturación electrónica han visto sus beneficios en materia de seguridad, disminución de costos, optimización de controles internos, impulso de mejores procesos tecnológicos y cambio de prácticas, por lo que han ido incrementando paulatinamente su uso, disminuyendo o eliminando la emisión de comprobantes impresos.

### Una herramienta para el cumplimiento oportuno: portal *Micro e*

Ahora es muy fácil cumplir con sus obligaciones fiscales y determinar a pagar sus impuestos.

Se puede optar por utilizar la herramienta si realiza actividades empresariales, prestación de servicios profesionales o arrendamiento de bienes inmuebles y sus ingresos el año anterior no excedieron de cuatro millones de pesos. Para ello hay que presentar un aviso a través del portal de Internet del SAT con la clave CIECF vía aclaración.

El Portal *Micro e*, es una herramienta electrónica gratuita para llevar el registro fiscal de operaciones de manera simplificada (ingresos, egresos, inversiones y nómina), emitir facturas electrónicas (CFD) y preparar su información para la presentación de las declaraciones provisionales y anual (ISR, IETU e IVA), así como la Declaración Informativa de Operaciones con Terceros (DIOT)

Está disponible para descarga gratuita en la sección de Mi portal en el Portal de Internet del SAT.

#### *Facilidades administrativas*

Además cuenta con facilidades administrativas para el cumplimiento de sus obligaciones; algunas de ellas son:

- Paga conforme al esquema de flujo de efectivo
- Puede deducir sus inversiones al momento del pago, excepto tratándose de vehículos
- No tiene obligación de levantar inventario de existencias al 31 de diciembre de cada año
- Puede considerar la totalidad del monto de los activos pendientes de depreciar y amortizar en el año que opte por este esquema
- Puede considerar la totalidad del monto pendiente de deducir de los inventarios de personas morales en el año que opte por este esquema

## Recursos

- Ley del Impuesto Sobre la Renta
- Código Fiscal de la Federación
- Ley del Impuesto Empresarial a Tasa Única
- Ley del Impuesto al Valor Agregado
- Ley del Impuesto a los Depósitos en Efectivo
- Página web [www.sat.gob.mx](http://www.sat.gob.mx)
- Decreto por el que se otorgan facilidades administrativas en materia de simplificación tributaria publicadas en el DOF el 30 de junio de 2010



