
De la Residencia a la Práctica Profesional

Dra. Iliana Avila-Espinosa

Dra. Patricia Ontiveros-Morales

Dr. Vladimir Torres-Bojórquez*

* Residente de Anestesiología

Departamento de Anestesiología

Hospital General de Tijuana, ISESALUD

Tijuana B.C., México

Dirección del primer autor:

Av. Los Angeles No. 800 Buena Vista

Tijuana B.C., México. C.P. 22370

ilyavila@yahoo.com.mx

La realidad actual de ser médico

El entrenamiento básico

La utopía del ser anestesiólogo y su importancia real

Práctica institucional vs. práctica privada

Los seguros médicos

La crisis de las demandas por mala práctica

De los honorarios

El riesgo del subempleo

Que podemos hacer

Después de finalizar la residencia en una especialidad médica quedan dos caminos; uno es continuar el entrenamiento en algunas de las múltiples subespecialidades, y el otro es iniciar la práctica profesional en alguna institución gubernamental o privada, o ambas. Si bien el curso de una residencia supone enfrentar situaciones de estrés diario, por las condiciones clínicas tan variantes entre cada paciente, el vasto volumen de trabajo institucional y la presión de los médicos de base, tanto de carácter asistencial como académico; es sin duda en el ocaso de la residencia cuando este toma mayores dimensiones, por el temor del desempleo, la duda de nuestras propias capacidades y el peso de la futura responsabilidad absoluta de nuestros pacientes. La práctica en el ámbito de la medicina privada es opción que tienen que seguir la inmensa mayoría de los especialistas recién egresados, debido a las pocas plazas disponibles en el sector gubernamental. El inicio de la práctica como especialista en alguna área de la medicina es un reto que todos habremos de afrontar. ¿Pero como tomar esta decisión?, ¿Qué puertas debemos tocar?, ¿Cómo vamos a empezar nuestra práctica anestesiológica?, ¿Podemos asomarnos a nuestro futuro profesional? Estas son solo algunas de las muchas interrogantes que debimos habernos planteado al iniciar la residencia, o antes de escoger una especialidad. A punto de terminar nuestro entrenamiento nos debemos de replantear de nuevo estas preguntas, y tal vez muchas otras interrogantes de difícil respuesta. Los residentes del último

año de anestesiología estamos ya a unos meses de abandonar nuestra alma mater y el futuro inmediato se muestra incierto, frío, muy frío para la mayoría.

Alguna vez leyendo el prologo del libro de anestesia intravenosa de Maria del Sol Carrasco Jiménez donde hace referencia a una cita de Winston Churchill que dice “ Esto no es el fin, ni siquiera es el inicio del fin, pero esto es probablemente el fin del principio”, nos obliga a establecer un compromiso de continuar estudiando durante toda la vida, terminar una residencia medica no significa que se llega al fin de una formación, mas bien se concluye el fin del principio.¹

A continuación se revisan las alternativas que pudieran existir para los anestesiólogos jóvenes que recién egresan de su entrenamiento y como algunos anestesiólogos ya no tan jóvenes han resuelto este paso decisivo en nuestra práctica profesional.

La realidad actual del ser médico anestesiólogo

Hace no muchos años ser médico era una bendición, un orgullo, una fortuna. La influencia norteamericana, la creación de CONAMED, y los seguros para nuestra práctica profesional privada e institucional han hecho que pacientes y abogados se den cuenta de la posibilidad de obtener dinero fácil. Por otro lado; el entrenamiento deficiente en muchos programas de residencia, los escasos recursos de equipo y medicamentos en los hospitales del sector salud y en muchas

de las clínicas y hospitales privados, han facilitado los incidentes y errores en medicina.

La anestesiología no escapa a esta realidad. Ser anestesiólogo no es ya una tarea fácil. La especialidad ha avanzado demasiado. Hace veinte años se dedicaban a "pasar gases e instalar bloqueos". Cuantas veces escuchamos del médico de base "lo manejaremos con bloqueo regional", pero en la práctica privada yo lo manejo con anestesia general, o "retira el catéter epidural al terminar la cirugía, aquí no estamos en la práctica privada" Hoy en día la especialidad se ha tornado en medicina perioperatoria. ² Es decir, de un especialista muchas veces considerado un técnico, hemos pasado a un ultra especialista que debe conocer diversas áreas como son el cuidado prehospitalario, la atención en las salas de emergencia y cuidados intensivos, ventilación, manejo de la vía aérea, dolor agudo y crónico, manejo anestesiológico no solo en los quirófanos sino en áreas remotas como son las salas de imagenología, transporte, trauma ciudadano, en zonas de guerra, en la montaña, la selva o el desierto. Debemos trabajar en situaciones óptimas o precarias, con abundancia, o con lo que exista.

Si consideramos a la anestesiología solo en sentido laboral y al anestesiólogo como técnico que trabaja sobre ella podremos apreciar que la disciplina vista de esta manera pasa por una serie de conflictos que gira en el medio institucional, desde el deseo de una menor carga de trabajo para el que ya labora en un momento dado, la oportunidad de una suplencia para el que espera que haya una vacante, la mejor remuneración para ambos; hasta la consecución de cirujanos en el medio privado, con la aspiración reprimida muchas veces por ellos mismos, de colocar honorarios más acordes con la dignidad de especialistas. Luego el ansia que tienen algunos de adquirir más conocimientos, lo cual se logra únicamente asistiendo a cursos de actualización, a congresos, la más de las veces excesivamente caros al tiempo que distrae la atención del trabajo, perdiendo la oportunidad de prestar servicio a los cirujanos ya mencionados.

Es irrefutable que para que pudiera haber desarrollo en la ciencia quirúrgica primero tuvo que haberlo en la ciencia anestésica. Es un hecho que el desbordamiento actual en las técnicas de reanimación avanzada y cuidados intensivos, aun cuando son inquietudes de todas las especialidades, fueron los anestesiólogos los que facilitaron su desenvolvimiento, porque son los que afrontan directamente las crisis en los quirófanos.

Este nuevo concepto del anestesiólogo moderno no nos ha permitido "salir a la luz del día". Seguimos siendo los médicos tras la cortina. Solo unos cuantos aventurados han sabido ser independientes.

El entrenamiento básico

¿Qué tan importante es el sitio donde nos entrenamos como médicos y como especialistas? Hace unos 40 años si algún

estudiante de alguna preparatoria provinciana quería ser médico tenía pocas opciones. Debería de trasladarse a las grandes urbes de México; el Distrito Federal o la ciudad de Guadalajara. Otras posibilidades muy remotas eran la Universidad de Guanajuato y la de San Luis Potosí, en Yucatán era más que imposible. Lo mismo sucedía con las especialidades y las subespecialidades, había que solicitar ingreso a los grandes centros del tercer nivel de atención, donde la enseñanza es una actividad implícita, donde los profesores llevan en su proceder diario el transmitir conocimientos a cambio de nada, o de un raquítico salario universitario. De esta manera se crearon las diversas escuelas de medicina, y en nuestro caso en particular, las variadas tendencias en la enseñanza de la anestesia. Muchos de los egresados de estos programas emigraron a las diversas provincias y las universidades y hospitales de estos sitios se vieron enriquecidos con profesionistas de casi todas las áreas de la medicina.

La anestesiología no fue una excepción. Este fenómeno facilitó que ahora ya no sea necesario ir a las universidades de las mega urbes Mexicanas ni a los grandes centros de tercer nivel de atención para recibir entrenamiento de calidad. La provincia cuenta ya con centros hospitalarios de segundo nivel de atención y algunos de tercer nivel, donde existen programas de especialidades y subespecialidades de buena a excelente calidad. Las deficiencias se suplen con rotaciones por hospitales de especialidades donde los residentes complementan su entrenamiento en las áreas deficientes de su unidad hospitalaria receptora. Este fenómeno tiende a estandarizar el nivel de entrenamiento de todos los residentes egresados en el país, de tal manera que un anestesiólogo entrenado en cualesquiera de los puntos cardinales de nuestra patria, deberá de tener un nivel de conocimientos semejante, independientemente de su sitio de estudio.

Sin embargo, es un hecho que un certificado de especialista de los grandes centros hospitalarios tiene un peso específico mayor al momento de buscar trabajo. Esto puede compensarse incrementando el curriculum vitae mediante cursos, publicaciones, subespecialidades, y conferencias. El mismo certificado que extiende el Consejo Mexicano de Anestesiología es otro modo de escalar esta brecha.

Por otra parte, es un hecho conocido que los grandes centros de entrenamiento están deteriorándose paulatinamente por falta de apoyo financiero. ^{3,4,5} Los profesores escasean, cada vez los estudiantes tienen menos interacción con sus tutores, con los médicos maduros y experimentados en el cuidado del enfermo, así como una reducida oportunidad de hablar con ellos. El apoyo que reciben las universidades en México y en países del primer mundo es muy variable, con una tendencia a mejor apoyo a los sitios más involucrados en la investigación. ^{5,6} Es difícil valorar el producto de la educación médica y no hay estudios de seguimiento a largo plazo sobre el rendimiento profesional de los egresados de los diversos centros de formación de médicos especialistas.

La interrogante original sobre la importancia del sitio donde

nos entrenamos sigue siendo válida, pero con una respuesta muy abstracta. Podríamos aseverar que lo importante estriba en la calidad que obtengamos como anestesiólogos. Eso se demuestra no solo en el quirófano, sino en la evolución de cada uno de nuestros enfermos y desde luego, en la manera en que vayamos enriqueciendo nuestro propio currículum vitae .

El vivir la etapa actual como residente de anestesiología es una de nuestras mayores fortunas, por las facilidades de acceso a información médica por medios digitales aunado además a los grandes avances en el conocimiento de los mecanismos fisiológicos y fármaco-moleculares, que han favorecido un nivel de competencia mayor entre aquellos que se cultivan día con día y un rezago en los que creyeron que el terminar la residencia equivalía al fin de su formación.

La utopía del ser anestesiólogo y su importancia real

La anestesiología como ciencia es una actividad muy completa, Anestesia Deorum Ars". En nuestro entrenamiento se nos capacita para atender desde recién nacidos hasta octogenarios, pacientes de alto riesgo y personas sanas. Atención dentro y fuera del quirófano y algunos programas incluyen la atención extrahospitalaria en zonas de desastres, unidades de cuidados intensivos, servicios de dolor agudo y dolor crónico, terapia respiratoria. De esta manera, se ha considerado al anestesiólogo moderno en un especialista en medicina perioperatoria, con capacidad de resolución de un gran número de condiciones médicas, así como un especialista de apoyo.

Pero cual es la realidad. Sin pretender ser expertos en el tema, hemos observado que la conducta de muchos anestesiólogos se aparta de esta noble especialidad. Las actividades varían mucho; hay quienes casi se apegan a su perfil, pero otros tienen actitudes muy lejanas a las funciones propias de la especialidad. Nuestro entrenamiento exige el cuidado anestesiológico de los pacientes, esto es lo que debemos ejercer al pie de la letra. Las actividades extras que podamos hacer durante este cuidado no deben de ir en detrimento de nuestra obligación. No es una quimera ser anestesiólogo, es una responsabilidad profesional que nos da la oportunidad de cumplir con el cometido de cuidar la vida de las personas mientras otros médicos les realizan procedimientos de diagnóstico y tratamiento. Esto tiene una importancia real.

Es triste darse cuenta que muchos de nuestros futuros colegas ejercen su profesión de una manera mediocre con los conocimientos que lograron adquirir durante el transcurso de su residencia, estandarizando sus manejos anestésicos sin importar la condición clínica de los pacientes, la famosa técnica ODBC (Ojo De Buen Cubero), o a dosis respuesta, o como receta de cocina. Desgraciadamente este tipo de prácticas tan comúnmente vistas son las que denigran tanto a nuestra maravillosa especialidad, pues estos pseudoanestesiólogos ofrecen sus servicios por tarifas extremadamente

bajas, que son aprovechadas por cirujanos conformistas que se preocupan más por su solvencia que por la seguridad de sus pacientes.

Desgraciadamente estos "anestelistas" ejercen también a nivel institucional e incluso en hospitales de enseñanza siendo tutores en su practica diaria de residentes, aunque con un pensamiento optimista en parte se les agradece, pues se aprenden muchas cosas que no deben hacerse, pero por otra parte esta enseñanza es muchas de las veces a costa de la seguridad de nuestros pacientes.

Práctica institucional vs. práctica privada

El ejercicio actual de la anestesiología en nuestro país ha perdido mucho de lo que en el pasado habían logrado los anestesiólogos Mexicanos. Tanto en la práctica gubernamental como en el ejercicio privado había, en términos generales, un gran respeto por el anestesiólogo. Las continuas crisis económicas nos han llevado a un estado actual en la práctica profesional muy disímil; hay quienes han evolucionado a un primer mundo y son la élite de la anestesiología en nuestro país. Un segundo grupo de anestesiólogos con recursos suficientes hacen de la especialidad una práctica honesta, y su modus vivendi es adecuado. Pero hay un tercer grupo, cada vez más creciente, donde los recursos de equipo y medicamentos los han llevado a una práctica anestésica deplorable, que en muchas ocasiones podríamos llamar deshonesto. Estos colegas se apartan día con día de los principios éticos mas elementales y es precisamente en este grupo donde los accidentes ocurren con mayor frecuencia.

¿Cuál es nuestro objetivo profesional como anestesiólogos?, ¿A que grupo queremos pertenecer?

Algunos anestesiólogos de reciente egreso han obtenido una base de trabajo institucional en hospitales de enseñanza, es característico el comportamiento: son hombres de mundo, su tema de conversación siempre es su actividad en la practica privada; por ejemplo " hoy tuve dos colecistectomias y mañana tendré una lipectomia, o cuando salgas a la práctica privada te darás cuenta que todo es diferente" . Al inicio llegan hiperactivos, serviciales, pero rápidamente visten la camiseta y empiezan a abandonar sus salas de quirófano, dejan a los residentes solos y exigen siempre un residente en sus procedimientos anestésicos.

Tanto la práctica privada, como el pertenecer a la anestesiología de los hospitales de gobierno requieren de una residencia bien llevada, de un especialista entrenado en todos los ángulos de la anestesia, con entusiasmo de trabajar con ética. La práctica privada es una selva donde casi todos sobreviven. Se ejecuta en grupos o como anestesiólogo aislado y al paso de unos años se llega a un éxito económico aceptable. Habrá quienes tengan mucho trabajo y la mayoría serán sobrevivientes de esta jungla. La práctica hospitalaria está

restringida a unos cuantos. Las nuevas disposiciones gubernamentales han obscurecido el futuro de los médicos institucionales al negarles beneficios sociales a largo plazo, al establecer contratos breves con salarios raquíticos y condiciones de trabajo paupérrimas, con un riesgo muy elevado de condicionar situaciones de mala práctica profesional.

La práctica mixta de la anestesiología es una alternativa aceptable; el trabajo hospitalario nos mantiene una experiencia continuada, con mayor facilidad de actualización debido al contacto diario con otros especialistas y los becarios. La práctica privada nos asegura un futuro económico más alentador y en mucho dependerá de nosotros ofrecer servicios profesionales de calidad.

Los seguros médicos

Hay diversos tipos de seguros médicos. Los más frecuentes son aquellos que cubren los honorarios del médico de una forma ya arancelada de acuerdo al procedimiento. Otro grupo son los seguros "por iguala". En este grupo un hospital conviene con una empresa para darle servicios médicos a sus empleados. Los honorarios del anestesiólogo suelen ser ridículos. Hay quienes reciben 400 pesos Mexicanos por anestesia. Algunos hospitales manejan sus propios honorarios y los incluyen en "paquetes económicos", donde el anestesiólogo es siempre el que menos dinero recibe. Estos aspectos son la parte agradable del problema, el aspecto malo es que para poder ingresar a estos grupos hay que contar con relaciones personales óptimas. El currículum vitae poco o nada interesa.

La crisis de las demandas por mala práctica

Un cirujano comete un error grave y el paciente fallece en la sala de operaciones, en el postoperatorio inmediato, o lo que es peor, queda con daño cerebral irreversible. Mientras no se demuestre lo contrario, los familiares, amigos y abogados del lesionado siempre van a considerar que el anestesiólogo es culpable. En muchas de estas ocasiones es extremadamente difícil demostrar nuestra inocencia. Un estudio demostró que los expertos en casos de demandas suelen tener opiniones divergentes hasta en un 38%.⁷

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico que se creó para disminuir o al menos tener una forma de regular las inconformidades de los pacientes a la atención médica, que de alguna forma no podía ser llevada a cabo una conciliación o un seguimiento a nivel del marco legal, debido a que el marco legal no maneja la medicina ni los términos médicos, por lo que se creó esta comisión para poder tener un lenguaje común. Esta comisión es principalmente para regular.

La presentación del médico a este servicio debe ir primero debidamente acreditada con la cédula profesional que avale la especialidad que está ejerciendo, y así no incurrir en la falta de usurpación de profesiones. En segundo lugar los médi-

cos de esta institución ya tienen en su poder el expediente clínico que de acuerdo a la norma 168 nos indica la forma que nosotros debemos seguir para la elaboración del expediente. Nosotros como anestesiólogos nos preguntamos que de acuerdo a la ley deberíamos de tener en nuestras manos la presentación de un contrato para que pueda ser efectiva la demanda por prestadores de servicios, como respuesta esta es efectiva, debido a que al realizar nuestra pequeña historia clínica y el consentimiento informado hacia el paciente estamos elaborando un contrato como prestadores de servicios. Desafortunadamente en la escuela de medicina no se imparte una clase de cómo comportarse y como comunicarse con el paciente, por lo que se presupone siempre, que lo que dice el médico es ley, y en ningún momento se nos forma a nosotros como médicos para darles información adecuada a los pacientes de que es lo que podría suceder.

Cuando está en juego la vida o la salud de las personas, hay una natural predisposición a juzgar con severidad y rigor la actuación profesional, lo que por supuesto no es objetable, pero no debe perderse de vista que también la ciencia médica tiene sus limitaciones, y que en el tratamiento clínico o quirúrgico de las enfermedades existe siempre un área que escapa al cálculo riguroso o a las previsiones más prudentes, y por ende, obliga a restringir el campo de la responsabilidad. El facultativo no puede comprometerse a salvar la vida del paciente o a curarlo de su enfermedad. Su obligación se finca en poner al servicio del enfermo el caudal de conocimientos científicos que el título acredita y prestarle la diligente asistencia profesional que su estado requiere.⁸

La idea de demandar a los médicos por mala práctica se ha difundido como si fuera una epidemia viral de fácil transmisión. Si bien, la anestesiología es una ciencia muy segura, existe la posibilidad de cometer errores, de alergias, de reacciones idiosincrásicas de los pacientes, entre otras muchas circunstancias que pueden ser fatales.^{9,10} Esto nos obliga a que nuestra práctica profesional se apegue en el 100% a la norma oficial Mexicana,¹¹ y por otra parte, se torna conveniente adquirir un seguro que nos proteja contra estas eventualidades. Por fortuna, ya existen en México compañías dedicadas a la defensa legal del médico. Este es un mal necesario para el cual no podemos vacunarnos, debemos medicarnos en forma profiláctica. Es este aspecto, la anestesiología seguirá siendo una especialidad de alto riesgo de demanda.¹² Es evidente que los cirujanos constituyen una clase dominante en relación a los anestesiólogos al ser poseedores de los medios de producción. Se debe entonces dar un giro, y olvidándose de viejos valores morales ya caducos, considerar al cirujano (y no al paciente), como el medio de producción. Luego la sociedad de anestesiología debe pugnar porque los centros asistenciales cuenten con los sistemas modernos de control ventilatorio, monitoreo, evacuación de gases y ambiente agradable. Debe procurar docencia de alto nivel, impulsando la investigación científica y humanística.

De los honorarios

Mientras la Federación Mexicana de Anestesiología lucha por establecer honorarios acordes para la práctica de la especialidad; los cirujanos, las clínicas y hospitales, al igual que los seguros de gastos médicos establecen pagos cada vez más bajos. Los salarios gubernamentales son insuficientes para cubrir las necesidades mínimas de un médico anestesiólogo con una familia pequeña. En la medicina privada hay diferencias enormes para un mismo procedimiento anestésico; por ejemplo, en la ciudad de México se pagan hasta 30,000 pesos por una anestesia para un procedimiento de revascularización miocárdica, mientras que en algunas ciudades de provincia el pago es de apenas 3,000 pesos. Esto es una diferencia del 1000%. La no regulación de honorarios, la actitud de muchos cirujanos, clínicas y hospitales, las compañías de seguros, aunado a la competencia desleal entre colegas ha hecho que muchos anestesiólogos hayan optado por dar muchas anestésias a costo bajo, en lugar de cobrar honorarios correctos. Desafortunadamente no hay una regulación al respecto, situación que ha sido aprovechada por los cirujanos y clínicas para continuar abaratando aún más el costo de los procedimientos en anestesiología.

Ante esta realidad económica, la práctica de nuestra especialidad continúa deteriorándose paulatinamente, con pocas posibilidades de recuperación, al menos en este gran grupo de servicios de salud de dudosa calidad.

El riesgo del subempleo

Primero es comer que ser cristiano. Las necesidades primarias han llevado a muchos anestesiólogos recién egresados, y a otros de no tan reciente egreso, a realizar trabajos muy variados: subempleados como médicos generales, visitadores médicos, profesores en las escuelas de nivel preuniversitario, en universidades, o bien, actividades sin relación alguna con la medicina. Otro grupo minoritario ha emigrado a otros países donde unos pocos repiten su entrenamiento, y otros se subemplean en actividades diversas.

Para llegar a ser médico anestesiólogo hemos empleado los primeros 28 años de nuestra vida, el resto del tiempo que podamos vivir lo deberíamos dedicar al ejercicio profesional de nuestra especialidad. Un ejercicio decente, en un ambiente agradable y seguro, con ingresos económicos suficientes para vivir sin preocupaciones y ahorrar para el retiro.

¿Qué podemos hacer?

Cuando se está a punto de salir a la práctica de la anestesiología fuera del entrenamiento de la residencia hospitalaria

y no se tiene un plan establecido, no hay una posibilidad de empleo, o no deseamos seguir entrenándonos en una subespecialidad, habrá que tomar el problema en serio, plantearnos una solución inmediata y actuar en forma enérgica. En unos días mas seremos anestesiólogos calificados, competencia de los colegas que ya están en esa práctica, pero también vamos a tener amigos, posibilidades de trabajo, y ciertamente, un futuro prometedor si nos apegamos a las normas éticas que nos dicta una sociedad progresista.

Primero debemos de tener nuestras credenciales como anestesiólogos; certificado del hospital, de la universidad, del Consejo Mexicano de Anestesiología, y la cédula del estado. Con estos documentos podemos solicitar empleo en los hospitales de gobierno, visitar hospitales privados, coordinadores de seguros médicos, cirujanos y amigos. También es muy útil elaborar un curriculum vitae que enliste nuestros datos de formación académica. Finalmente, busquemos las recomendaciones de nuestros profesores. Ellos ya han caminado este arduo camino del inicio de la práctica profesional de la anestesiología. En especial busquemos el consejo del maestro con éxito profesional y económico. De seguro es el camino mas arduo, pero definitivamente será el mas duradero y agradable.

Referencias

1. Carrasco MS. Anestesia intravenosa. Editorial Auroch. Barcelona, España. Primera Edición, pag. 1. 2000.
2. Gaiser RR, Murphy FL. Education for perioperative medicine. *Sem Anesth Periop Med Pain* 1999;18:172-176.
3. Harper M. Academic anaesthesia - alive and kicking? *Anaesthesia* 2002;57:733-735.
4. Viniegra VL. El progreso en medicina. *Rev Invest Clin* 1994;46:149-156.
5. Lundmerer KM. Learning to heal: the development of American medical education. New York: Basic books, 1985.
6. Moy E, Griner PF, Challoner DR, Perry DR. Distribution of research awards from the National Institutes of Health among medical schools. *NEJM* 2000;342:250-255.
7. Posner KL, Caplan RA, Cheney FW. Variation in expert opinion in medical malpractice review. *Anesthesiology* 1996;85:1049-1054.
8. Aguilar SL. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico vista desde la anestesia. <http://anestesiaweb.ens.uabc.mx>
9. V iña GML, Jiménez TA, Triana FM, Calzado ME, Mayor OR. Estudio de morbimortalidad anestésica en cirugía abdominal de urgencia. *Rev Mex Anest* 1999;22:106-115.
10. Sanborn KV, Castro J, Kuroda M, Thys DM. Detection of intraoperative incidents by electronic scanning of computerized anesthesia records. Comparison with voluntary reporting. *Anesthesiology* 1996;85:977-987.
11. Guevara U, Tamariz CO, Moyao D, Romo F, Colín A, Alvarez JA, Jaramillo JJ. Normas mínimas de calidad de la FSARM para la práctica de la anestesiología en México. *Anest Mex* 1994;6:248-253.
12. Aitkenhead AR. The pattern of litigation against anaesthetists. *Br J Anaesth* 1994;73:10-21.