

Título Primero.- Responsabilidad Civil Actividades e Inmuebles.

Cláusula 1ª.-	Materia del seguro	3
Cláusula 2ª.-	Alcance del seguro	3
Cláusula 3ª.-	Responsabilidades no amparadas por el contrato, pero que pueden ser cubiertas mediante convenio expreso	3
Cláusula 4ª.-	Riesgos no amparados en el contrato	3

Título Segundo.- Responsabilidad Profesional para Prestadores de Servicios de Atención Médica.

Cláusula 1ª.-	1.-Obligación de Pago	4
	2.- Medios alternos de solución de conflictos	4
	3.- Ajuste especializado	4
	4.- Demandas, denuncias o sanciones notoriamente infundadas	4
	5.- Compensación	5
Cláusula 2ª.-	Alcance del Seguro	5
	Ámbito temporal:	
	I.-Evento asegurado	5
	II.- Tratamiento continuo	5
	III.- Fecha de reclamaciones	5
	IV.-Periodo de vigencia y reclamación	5
	V.- Garantía Subsecuente	5
Cláusula 3ª.-	Cobertura Básica	5
	1) Responsabilidad Profesional Médica (profesionales de la salud)	5
	2) Responsabilidad Civil por el uso de objetos peligrosos	5
	3) Responsabilidad derivada de la sustitución del médico tratante	6
	4) Responsabilidad de auxiliares, técnicos, radiólogos, enfermeras o médicos residentes	6
	5) Responsabilidad derivada por daños generados por procedimientos de aborto terapéutico	6
	6) Cirugía plástica, estética y/o reconstructiva terapéutica	6
Cláusula 4ª.-	Coberturas no amparadas por el contrato, pero que pueden ser cubiertas por convenio expreso	6
	1) Cirugía plástica de complacencia	6
	2) Trasplantes	6
	3) Aborto voluntario (antes de las doce semanas no terapéutico)	6
	4) Investigación clínica en seres humanos	6
	5) Medicina genómica	7
	6) Cirugía bariátrica	7
	7) Transmisión de enfermedades por transfusión sanguínea	7
	8) Infecciones Nosocomiales u hospitalarias	7
Cláusula 5ª.-	Riesgos no amparados en el contrato	7

Título Tercero.- Cláusulas Generales para los Títulos I y II.

Cláusula 1ª.-	Territorialidad	8
Cláusula 2ª.-	Terrorismo	8
Cláusula 3ª.-	Prima	8
Cláusula 4ª.-	Deducible	8
Cláusula 5ª.-	Disposiciones en caso de siniestro	8
	a) Aviso de reclamación	8
	b) Cooperación y asistencia del asegurado con respecto a la compañía	9
	c) Reclamaciones y demandas	9
	d) Beneficiario del seguro	9
	e) Reembolsos	9
	f) Subrogación	9
Cláusula 6ª.-	Reducción e instalación de la suma asegurada	9
Cláusula 7ª.-	Agravación del riesgo	9
Cláusula 8ª.-	Extinción de las obligaciones de la compañía	9
Cláusula 9ª.-	Otros seguros	9

Cláusula 10ª.- Inspección	9
Cláusula 11ª.- Terminación anticipada del contrato	9
Cláusula 12ª.- Prescripción	10
Cláusula 13ª.- Competencia	10
Cláusula 14ª.- Rehabilitación	10
Cláusula 15ª.- Interés Moratorio	10
Cláusula 16ª.- Comunicaciones	10
Cláusula 17ª.- Comisiones	10
Cláusula 18ª.- Aceptación Tácita de la Póliza	10

Título Cuarto.- Marco Conceptual.

a) Lex artis	
b) Integración de la <i>lex artis</i>	11
c) Obligaciones de seguridad	11
d) Obligaciones de medios	11
e) Obligaciones de resultados	11
f) Riesgo inherente, teoría del	11
g) Doble efecto, doctrina del	12
h) Caso fortuito	12
i) Fuerza mayor	12
j) Prestación de servicios de salud	12
k) Profesionista de la salud	12
l) Cirugía de complacencia	12
m) Cirugía plástica, estética o reconstructiva terapéutica	12
n) Consentimiento bajo información	12
o) Aborto terapéutico	12
p) Aborto voluntario	12
q) Control de la fertilidad	12
r) Autorización profesional	12
s) Índice de masa corporal	12
t) Médico residente	12
u) Profesional técnico	12
v) Dolo	12
w) Culpa	12



CONDICIONES GENERALES

Título Primero.- Responsabilidad Civil Actividades e Inmuebles

Cláusula 1a. —Materia del seguro.

La Compañía se obliga a pagar los daños, así como los perjuicios y daño moral consecencial, que el Asegurado cause a terceros y por los que éste debe responder, conforme a la legislación aplicable en materia de responsabilidad civil vigente en los Estados Unidos Mexicanos por hechos u omisiones no dolosos ocurridos durante la vigencia de esta póliza, y que causen la muerte o el menoscabo de la salud de dichos terceros, o el deterioro o la destrucción de bienes propiedad de los mismos, según las cláusulas y especificaciones pactadas en este contrato seguro.

Cláusula 2a. —Alcance del seguro.

A) La obligación de la Compañía comprende:

1. — El pago de los daños, perjuicios y daño moral consecencial, por lo que sea responsable el Asegurado, conforme a lo previsto en esta póliza y en las condiciones particulares respectivas.
2. — El pago de los gastos de defensa del Asegurado, dentro de las condiciones de esta póliza.

Esta cobertura incluye, entre otros:

- a) El pago del importe de las primas por fianzas judiciales que el Asegurado deba otorgar, en garantía del pago de las sumas que se reclamen a título de responsabilidad civil cubierta por esta póliza. En consecuencia, no se considerarán comprendidas, dentro de las obligaciones que la Compañía asuma bajo esta póliza, las primas por fianzas que deban otorgarse como caución para que el Asegurado alcance su libertad preparatoria, provisional o condicional, durante un proceso penal.
- b) El pago de los gastos, costas e intereses legales que deba pagar el Asegurado por resolución judicial o arbitral ejecutoriadas.
- c) El pago de los gastos en que incurra el Asegurado, con motivo de la tramitación y liquidación de las reclamaciones.

B) Delimitación del alcance del seguro.

1. — El límite máximo de responsabilidad para la Compañía, por uno o todos los siniestros que puedan ocurrir durante un año de seguro, es la suma asegurada indicada en la póliza.
2. — La ocurrencia de varios daños durante la vigencia de la póliza, procedentes de la misma o igual causa, será considerada como un solo siniestro, el cual, a su vez, se tendrá como realizado en el momento en que se produzca el primer daño de la serie.
- 3.— El pago de los gastos a que se refiere el punto 2 del inciso A) estará cubierto en forma adicional, pero sin exceder de una suma igual al 50% del límite de responsabilidad asegurado en esta póliza

Cláusula 3a.- Responsabilidades no amparadas por el contrato, pero que pueden ser cubiertas mediante convenio expreso.

Quedan excluidas del seguro, pero podrán ser cubiertas mediante convenio expreso:

- a) Responsabilidades ajenas, en las que el asegurado, por convenio o contrato, se comprometa a la sustitución del obligado original, para reparar o indemnizar eventuales y futuros daños a terceros en sus personas o en sus propiedades.
- b) Responsabilidad por daños ocasionados a terceros por los productos fabricados, entregados o suministrados por el Asegurado, o bien por los trabajos ejecutados.
- c) Responsabilidades por daños originados por contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruidos.
- d) Responsabilidades por daños ocasionados a bienes propiedad de terceros:

1. — Que estén en poder del Asegurado por arrendamiento, comodato, depósito o por disposición de autoridad.

2. — Que haya sido ocasionado por las actividades normales del Asegurado en estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, examen y otras análogas). En caso de bienes inmuebles, esta exclusión rige cuando dichos bienes, o parte de ellos, hayan sido objeto directo de esas actividades.

Tampoco quedan cubiertas las responsabilidades, si los supuestos mencionados en los incisos 1 y 2 anteriores se dan en la persona de un empleado o de un encargado del Asegurado, en el desempeño de su trabajo.

- e) Responsabilidades por reclamaciones presentadas entre sí por las personas físicas mencionadas como asegurados en esta póliza.
- f) Responsabilidades por daños causados con motivo de obras, construcciones, ampliaciones o demoliciones.
- g) Responsabilidades como consecuencia de extravío de bienes.

Cláusula 4a.- Riesgos no amparados por el contrato.

Queda entendido y convenido que este seguro en ningún caso ampara, ni se refiere a:

- a) Responsabilidades provenientes del incumplimiento de contratos o convenios, cuando dicho incumplimiento no haya producido la muerte o el menoscabo de la salud de terceros, o el deterioro o la destrucción de bienes propiedad de los mismos.
- b) Responsabilidades por prestaciones sustitutorias del incumplimiento de contratos o convenios.
- c) Responsabilidades derivadas del uso, propiedad o posesión de embarcaciones, aeronaves y vehículos terrestres de motor, salvo que estos últimos estén destinados a su empleo exclusivo dentro de los inmuebles del Asegurado y no requieran de placa para su empleo en lugares públicos.
- d) Responsabilidades derivadas de daños ocasionados dolosamente.
- e) En caso de ser el Asegurado una persona física, responsabilidades derivadas de daños sufridos por:

cónyuge, padres, hijos, hermanos, padres políticos, hermanos políticos u otros parientes del Asegurado, que habiten permanentemente con él.

En caso de ser el Asegurado una persona moral, responsabilidades derivadas de daños sufridos por: consejeros, directores, socios, administradores, gerentes u otras personas con función directora, así como sus cónyuges o por sus parientes que habiten permanentemente con ellos, según se indica en el párrafo anterior.

- f) Responsabilidades por daños causados por:
 - 1.- Inconsistencia, hundimiento o asentamiento, del suelo o subsuelo.
 - 2.- Falta o insuficiencia de obras de consolidación para evitar la pérdida de sostén necesario al suelo o subsuelo de propiedades vecinas.
- g) Responsabilidades por daños ocasionados por guerra u otros actos bélicos, revolución, rebelión, motines, huelgas, o daños que se originen por disposiciones de autoridades de derecho o de hecho.
- h) Responsabilidades imputables al Asegurado de acuerdo con la Ley Federal del Trabajo, la Ley del Seguro Social u otra disposición complementaria de dichas leyes.
- i) Responsabilidades profesionales, excepto la de prestadores de servicios de atención médica que está contenido en el Título II de este contrato.

Título Segundo: Responsabilidad Profesional para Prestadores de Servicios de Salud:

Cláusulas del Seguro:

Cláusula 1a)

1.- Obligación de pago:

a) La aseguradora se obliga a realizar el pago de la indemnización a que fuere condenado el asegurado, por actos culposos derivados del ejercicio de su profesión, ya sea en procedimiento judicial o administrativo formal o a través de laudo en los términos descritos en el apartado 4 de la presente, así como en la cláusula 2a.; de igual forma se obliga a pagar los gastos judiciales, hasta por un cincuenta por ciento de la suma asegurada, incluyendo primas de fianzas, garantías, para obtener su libertad, así como honorarios de abogados, peritos y, en general, los gastos que ocasione la defensa. De igual modo cubre la exhibición de garantías por concepto de daño patrimonial, declarado así por la autoridad administrativa dentro de procedimiento administrativo disciplinario (Contralorías u Órganos Internos de Control) para exigir la suspensión de la sanción que se hubiera impuesto en contra del asegurado.

b) La aseguradora se compromete a poner a disposición del asegurado, en el caso de la actualización del riesgo, a un grupo de abogados y médicos con sobrada experiencia en el ramo del Derecho Sanitario, para realizar un análisis especializado y oportuna defensa. En el caso de que el asegurado desestime la oferta antes descrita y prefiera la asesoría de un abogado diferente al que la aseguradora asigne, deberá acreditar la experiencia que tuviere en el ramo, procediendo a su patrocinio sólo bajo el consentimiento previo y expreso por la aseguradora, hasta por los mismos límites descritos en la cláusula anterior.

(50% de la suma asegurada).

2.- Medios alternos de solución de conflictos:

La aseguradora de manera indefectible avalará y privilegiará los medios alternos de solución de conflictos a través de las instituciones creadas por el Estado (Comisiones Nacionales o Estatales de Arbitraje Médico), Sociedades Civiles especializadas en Solución Alterna de Conflictos o Colegios de Profesionistas debidamente registrados ante la autoridad correspondiente (Dirección General de Profesiones).

La aseguradora se reserva la integración y expresión de que si está conforme con el pacto arbitral correspondiente, dentro del cual deberá dilucidarse si existió mala práctica del asegurado y si existe una relación de causalidad al evento adverso. La devolución de honorarios no podrá ser materia del correspondiente pacto arbitral por mala práctica sin relación de causalidad, lo que generaría en su caso condena a devolución de honorarios, concepto excluido en la presente.

El pacto arbitral contendrá el compromiso de que el arbitraje será la única instancia que conocerá la reclamación, con las correspondientes penas convencionales aplicables al caso.

En el supuesto de que exista una instancia pendiente sobre el mismo acto médico cuestionado no serán aplicables los extremos de la presente

A efecto de avalar los medios alternos de solución de conflictos, el compromiso arbitral deberá ser autorizado por el personal o abogados designados por la aseguradora; en caso contrario, será improcedente la aplicación del presente contrato de seguro respecto del correspondiente proceso arbitral. En caso de que el laudo fuere condenatorio y se resolviera no impugnarse, la aseguradora se obliga a pagar el monto de la condena en un término no mayor a quince días naturales, tratándose de laudo firme.

En caso de que el laudo fuere cuestionado mediante algún juicio o recurso y persistiera la condena, la aseguradora se obliga a pagar en un plazo no mayor a quince días hábiles a partir de su legal notificación.

3.- Ajuste especializado:

En caso de que se actualice alguna reclamación materia del presente seguro en el rubro de responsabilidad profesional derivada de actos de prestación de servicios de salud, la aseguradora hará una evaluación previa de la procedencia de la reclamación, efectuado por un grupo de abogados y médicos expertos en la evaluación del acto médico y siguiendo un protocolo de análisis de casos fundado en el método científico, el que tendrá las siguientes conclusiones:

a) La declaración sobre la procedencia de la reclamación y oferta de arreglo al paciente o sus representantes legítimos, según la legislación aplicable al caso concreto.

b) La declaración de que se cumplieron las obligaciones del personal de salud en la atención reclamada y por tanto no existen elementos médicos y legales que fundamenten la reclamación.

c) La declaratoria de que la reclamación es notoriamente infundada, siendo aplicable en esta hipótesis los extremos del apartado 4 de esta cláusula.

4.- Demandas, denuncias o sanciones notoriamente infundadas

En el caso de que exista la declaratoria de que la reclamación es notoriamente infundada, se incluye en los gastos de defensa a favor del médico, las acciones legales en contra del paciente o sus representantes, que pudieran ser la de reparación del daño patrimonial y/o moral; de igual modo, en ese rubro se incluye la aplicación de las premisas de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado o análogas en los Estados en contra del servidor público y/o institución que hubiere sancionado al asegurado y se haya declarado la nulidad de la resolución respectiva o violatoria de garantías. En este rubro en el caso de que se condene al servidor público responsable y/o institución a resarcir de los daños y gastos causados por la ilegal resolución impuesta al asegurado éste se obliga a reintegrar los montos que la aseguradora hubiere erogado en su defensa.

5.- Compensación: en el caso de que derivados de los procedimientos ejecutados por la aseguradora le sean devueltos al asegurado cantidades por concepto de pago de daños, salarios, gastos y costas, que hubieren sido pagados previamente por la aseguradora, el asegurado se obliga a devolver a favor de la aseguradora dichos conceptos hasta por la cantidades que resulten.

Cláusula 2a) Alcance del Seguro:

Ámbito Temporal

I. **Evento asegurado:** a los efectos de la cobertura de la póliza, el presente seguro ampara las reclamaciones en la vía civil, penal y/o administrativa que se presenten contra el asegurado, o en su caso el asegurador en ejercicio de la acción directa, por primera vez y por escrito, durante el período de vigencia de la cobertura, que se deriven de servicios prestados en ejercicio de la actividad de prestación de servicios de atención médica asegurada dentro de la vigencia de la presente póliza. El alcance de la cobertura y el límite aplicable para este evento asegurado se determina por la fecha de la presentación de la reclamación.

II. En el caso de una exposición continua, intermitente o repetida del damnificado, p.ej. Por inhalación, ingestión o aplicación de cualquier sustancia o por el tratamiento continuo, intermitente o repetido con el asegurado, y cuando el asegurado y la aseguradora no concuerden sobre cuando un servicio profesional haya sido prestado, se considerará para los efectos de esta póliza que el servicio profesional se prestó en el momento en que el reclamante consultó por primera vez a un médico calificado a causa de los síntomas por los

que reclama la indemnización.

III. Todas las reclamaciones a causa de un mismo servicio profesional se considerarán presentadas en la fecha en que la primera de estas reclamaciones se haya presentado.

IV. A los efectos de la póliza se entiende por:

Período de vigencia de la cobertura: el período determinado por las fechas de efecto y vencimiento fijadas en la carátula de la póliza.

Reclamación: cualquier comunicación por escrito en petición de resarcimiento por daños y perjuicios sufridos o bien la notificación de un daño o de una circunstancia concreta que pueda razonablemente dar lugar a una petición de resarcimiento.

V.- Garantía subsecuente obligatoria de acuerdo al Art. 145 bis inciso b) de la ley sobre el contrato de seguro

En el caso de que el asegurado o el asegurador decidan no renovar esta póliza después del primer año de vigencia se mantiene cobertura durante el plazo de 2 años de **garantía subsecuente** para las reclamaciones que se presenten después del vencimiento y que se refieran a servicios médicos prestados durante el año de vigencia de la póliza.

La garantía subsecuente no supone una reinstalación o un incremento del límite por vigencia o una modificación del alcance de la cobertura establecida en la póliza, considerando en tal sentido que el período de seguro ampliado se integra en la anualidad de vigencia a los efectos de los límites y del alcance de cobertura correspondientes.

Reclamaciones presentadas por la primera vez y por escrito durante la garantía subsecuente se considerarán haber sido presentadas el último día de la vigencia de la póliza.

Cláusula 3a) Coberturas Básicas:

1.- Responsabilidad Profesional Médica (profesionales de la salud):

Seguros Atlas se obliga a cubrir la indemnización que el asegurado deba a un tercero, como consecuencia de un acto u omisión culposo que cause un daño físico o moral previsto en el presente contrato, en el ejercicio de su actividad de prestación de servicios de atención médica, entendida como tal, a los actos de rehabilitación, prevención, diagnóstico, tratamiento del usuario de dichos servicios; responsabilidad que se le demande, denuncie o atribuya ante autoridades administrativas (Órgano Interno de Control o sus equivalentes, Comisión Nacional de Arbitraje Médico o análoga Estatal, Ministerio Público Local y/o Federal Penal y/o Civil, Juez Federal o del Fuero Común), y que hubieren causado alguna afectación física o moral al usuario, derivada de un acto culposo del asegurado o del personal que se relaciona en el presente como asegurados adicionales en el ejercicio de su actividad de prestación de servicios de atención médica.

2.- Responsabilidad Civil por uso de objetos peligrosos:

Cubre al asegurado la indemnización que deba a un tercero por actos culposos, por el uso de objetos peligrosos dentro del ejercicio de su actividad de prestación de servicios de atención médica.

3.- Responsabilidad Civil derivada de la sustitución del médico tratante:

Se cubre la responsabilidad derivada de la sustitución por ausencia temporal del médico tratante, por otro profesional de la misma formación del suscriptor, siempre y cuando acredite que el usuario es paciente originario del asegurado. Así como la responsabilidad que se le demande por el ejercicio profesional de los médicos residentes que se encuentren bajo su dirección y tutela directa y que el evento materia de la reclamación hubiere sido por instrucciones del asegurado o bajo la tutela del asegurado.

4.- Responsabilidad Civil de Auxiliares, Técnicos, Radiólogos o Enfermeras:

Se cubre la responsabilidad que se le impute por el ejercicio profesional de sus auxiliares, técnicos, radiólogos, o enfermeras que trabajen para el asegurado, siempre y cuando el acto cuestionado hubiere sido ejecutado en un paciente del asegurado y bajo sus indicaciones o instrucciones, para agotar una medida diagnóstica, auxiliar o terapéutica propia del tratamiento ordenado por el asegurado.

5.- Responsabilidad Civil por Daños generados por procedimientos de Aborto Terapéutico.

Se cubre la responsabilidad que se genere por la interrupción del embarazo en los casos siguientes:

- Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de afectación grave a su salud a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora.
- Cuando a juicio de dos médicos especialistas exista razón suficiente para diagnosticar que el *nasciturus* presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales, al límite que puedan poner en riesgo la sobrevivencia del mismo, siempre que se tenga el consentimiento de la mujer embarazada.
- Cuando el embarazo sea producto de violación con autorización expresa de la autoridad competente.

6.- Cirugía Plástica, Estética o Reconstructiva terapéutica: Se cubre la cirugía plástica, estética y/o reconstructiva para reparar, corregir o reconstruir el aspecto físico derivado de alguna patología congénita, adquirida o traumática, siempre y cuando el médico

asegurado no se hubiere comprometido a un resultado. En este concepto no se incluye la cirugía bariátrica, pudiendo contratar esta cobertura por convenio expreso, en su caso.

CLÁUSULA 4ª. Responsabilidades no amparadas por la póliza, pero que pueden ser cubiertas mediante convenio expreso.

1.- CIRUGÍA PLÁSTICA DE COMPLACENCIA:

Se incluyen las reclamaciones hechas a los especialistas facultados por la *lex artis* y en cuyo programa de formación incluya la práctica de procedimientos estéticos, plásticos o reconstructivos de complacencia, siempre y cuando en ambos casos el cirujano no se comprometa a un resultado expreso y determinado gráficamente (obligaciones de resultados) y que acredite que se encuentre facultado para la realización de dichos procedimientos según los programas de formación académica y actualizaciones de la especialidad correspondiente.

2.- TRASPLANTES:

Se incluyen las reclamaciones derivadas de trasplantes siempre y cuando se encuentren debidamente formuladas las pruebas de compatibilidad y reunidos los consentimientos bajo información del donante y receptor originario y secundario, así como las autorizaciones de las autoridades hospitalarias y estatales competentes, según las premisas de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.

3.- ABORTO VOLUNTARIO (ANTES DE DOCE SEMANAS, NO TERAPEÚTICO), en este supuesto se cubren las responsabilidades derivadas de dicho procedimiento, siempre y cuando en el Estado donde se lleve a cabo se encuentre despenalizado para su ejecución antes de las doce semanas, se encuentra incluido en la presente cobertura siempre y cuando la edad gestacional se determine por un estudio de imagen (Ultrasonografía) y uno clínico (medición de fondo uterino), es decir dos estudios obligados el de imagen (USG) necesariamente, más medición de fondo uterino. Tratándose de procedimientos aplicados a menores de edad el consentimiento bajo información deberá ser firmado obligadamente por el padre y/o madre o tutores así como de la menor sujeta al procedimiento, en el que se les expliquen debidamente los riesgos.

4.- INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN SERES HUMANOS:

Se hace extensivos los beneficios del presente contrato en el supuesto citado, siempre y cuando se cumpla con las exigencias y requisitos del Reglamento de la Ley General de la Salud en materia de Investigación para la Salud, así como de las normas oficiales aplicables en su momento.

5.- MEDICINA GENÓMICA:

Se cubre en los mismos términos que la investigación clínica en seres humanos, constituye una ampliación del campo de la Genética Médica, cubriendo los siguientes rubros:

1. Investigación epidemiológica:
2. Investigación en políticas y comunicación.
3. Investigación sobre los servicios de salud.

6.- CIRUGÍA BARIATRICA:

Se cubre la responsabilidad derivadas de este procedimiento, cumpliendo con lo siguiente:

a) Debe estar indicado exclusivamente en los individuos adultos con obesidad severa e índice de masa corporal mayor de 40, o mayor de 35 asociado a comorbilidad importante y cuyo origen, en ambos, casos no sea puramente de tipo endócrino. Deberá existir el antecedente de tratamiento médico integral reciente, por más de 18 meses sin éxito; salvo ocasiones cuyo riesgo de muerte justifique el no haber tenido tratamiento previo.

b) Deberá utilizar procedimientos que hayan sido aprobados mediante la *lex artis*, investigación clínica autorizada o reporte casuístico, así como la prescripción de medicamentos que cuenten con el registro sanitario correspondiente.

c) Contar con el consentimiento bajo información ante dos testigos plenamente identificados.

7.- TRANSMISION DE ENFERMEADES POR TRANSFUSION SANGUÍNEA:

Se cubren los riesgos en este rubro siempre y cuando:

a) En el caso de que el asegurado sea el encargado del Banco de Sangre, deberá cumplir con lo descrito en el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, así como los extremos de la Norma Oficial Mexicana Nom-003-Ssa2-1993, "Para La Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos".

b) En el caso de que el asegurado requiera transfundir a algún usuario deberá hacer las pruebas de compatibilidad respectivas y que tenga fines terapéuticos.

c) Se incluyen los casos de liberación anticipada en caso de notoria urgencia debidamente calificada, en los términos que exige el numeral 10.22 de la Norma Oficial Mexicana Nom-003-Ssa2-1993, "Para La Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos".

8.- INFECCIONES NOSOCOMIALES U HOSPITALARIAS: La derivada de reclamaciones por probables infecciones causadas por el asegurado en el ejercicio de su profesión como lo son infecciones nosocomiales, AH1N1, cualquier tipo de hepatitis, incluso VIH, siempre y cuando el asegurado demuestre haber

adoptado las medidas preventivas pese a las cuales se desarrolló el proceso infeccioso.

CLÁUSULA 5ª.- Riesgos no amparados por la póliza.

Queda entendido y convenido que este seguro en ningún caso ampara, ni se refiere a:

Las reclamaciones derivadas de:

- 1.- Cualquier tipo de acto doloso.
- 2.- El uso o suministro de medidas terapéuticas no autorizadas por la literatura médica o de insumos que no cuenten con la autorización de la autoridad competente.
- 3.- De que el asegurado no cuente con la autorización de la autoridad correspondiente para el ejercicio de la profesión o carrera técnica correspondiente.
- 4.- El uso de aparatos no autorizados por la *lex artis*.
- 5.- La responsabilidad que se origine por el fabricante de aparatos o de insumos no autorizados por la literatura médica.
- 6.- Las tendencias de manera exclusiva a la devolución de honorarios.
- 7.- Daños causados por servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de narcóticos, medicamentos o sustancias que de cualquier manera afecten el buen funcionamiento del sistema nervioso.
- 8.- Daños y/o perjuicios que sean consecuencia directa de tratamientos dolosamente innecesarios o por la violación del secreto profesional.
- 9.- Daños sufridos por cualquier persona que ejerza actividades profesionales, científicas o derivadas de la medicina en el consultorio o lugar de trabajo del Asegurado, y que no tengan relación laboral con el asegurado, y que por el ejercicio de esta actividad sufra daños.
- 10.- Todo procedimiento de anestesia general, si esta anestesia no fue llevada a cabo en una unidad acreditada para dicho fin o con los elementos mínimos necesarios para la práctica de la anestesiología que exige el apéndice "A" de la Norma Oficial Mexicana NOM SSA1 170-1998, para la práctica de la Anestesiología, de igual modo debe ejecutarse por un especialista en anestesiología.
- 11.- Diagnóstico, tratamiento y/o procedimiento quirúrgico que no le corresponda al Asegurado, de acuerdo a su especialidad, o que no se contenga como parte del programa de formación o en la *lex artis* de su especialidad, salvo en el caso de urgencia.
- 12.- Daños causados por medicamentos y/o aparatos en fase experimental o que no se encuentren registrados ante la autoridad competente, en caso de ser necesario su registro conforme a la legislación de la materia.
- 13.- Daños ocasionados por insumos adulterados, caducos, alterados o contaminados.

14.- El incumplimiento de contratos o convenios que no tengan que ver con la práctica médica o que no se traten de actos de prestación de servicios de salud.

15.- Riesgos de trabajo derivado de cualquier relación laboral que tenga el asegurado.

16.- Indemnizaciones que hagan instituciones donde el asegurado labore, catalogándola como daño patrimonial a cargo del asegurado, y que se le exija su devolución por medios no relacionados en la cobertura de la presente póliza.

17.- Procedimientos administrativos que tengan que ver con el cumplimiento de normas para el funcionamiento de consultorios, sanatorios, clínicas o establecimientos donde se prestan servicios de salud. (Licencias, permisos, Multas, COFEPRIS).

18.- Actos que no tengan que ver con un acto de prestación de servicios de salud como lo son la emisión de dictámenes, mutilación, robo o alteración de expedientes clínicos, violación del secreto profesional.

19.- Infecciones nosocomiales, como lo son VIH, hepatitis, Chagas, salvo que se hubiera contratado esta cobertura por convenio expreso.

TÍTULO TERCERO.- Cláusulas generales aplicables para los Títulos I y II:

Cláusula 1a. — Territorialidad del seguro.

Se ampara la responsabilidad del asegurado siempre y cuando la prestación servicio médico ocurra dentro del territorio nacional y sea reclamado con fundamento en la Legislación Civil Mexicana, conforme a los baremos y requisitos de las leyes vigentes en los Estados Unidos Mexicanos.

Cláusula 2a. Terrorismo. Definición de Terrorismo.

Por terrorismo se entenderá, para efectos de ésta póliza: Los actos de una persona o personas que por sí mismas, o en representación de alguien o en conexión con cualquier organización o gobierno, realicen actividades por la fuerza, violencia o por la utilización de cualquier otro medio con fines políticos, religiosos, ideológicos, étnicos o de cualquier otra naturaleza, destinados a derrocar, influenciar o presionar al gobierno de hecho o de derecho para que tome una determinación, o alterar y/o influenciar y/o producir alarma, temor, terror o zozobra en la población, en un grupo o sección de ella o de algún sector de la economía.

Endoso de Exclusión de Terrorismo. Con base en lo anterior, quedan excluidas las pérdidas o daños materiales por dichos actos directos e indirectos que, con un origen mediano o inmediato, sean el resultante del empleo de explosivos, sustancias tóxicas, armas de fuego, o por cualquier otro medio, en contra de las personas, de las cosas o de los servicios públicos y que, ante la amenaza o posibilidad de repetirse, produzcan alarma, temor, terror o zozobra en la población o en un grupo o sector de ella.

También excluye las pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causados por, o resultantes de, o en conexión con cualquier acción tomada para el control, prevención o supresión de cualquier acto de terrorismo.

Cláusula 3a. —Prima.

- a) La prima a cargo del Asegurado vence en el momento de la celebración del contrato y, salvo convenio en contrario, se entenderá que el período del seguro es de un año.
- b) Si el Asegurado ha optado por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, no inferiores a un mes, con vencimiento al inicio de cada período pactado, y se aplicarán los recargos autorizados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la fecha de expedición de la póliza los cuales se darán a conocer por escrito al Asegurado.
- c) El Asegurado gozará de un período de espera de treinta días naturales para liquidar el total de la prima o de cada una de sus fracciones convenidas. Los efectos de este contrato cesarán automáticamente a las doce horas (mediodía) del último día del período de espera, si el Asegurado no hubiese cubierto el total de la prima o de su fracción pactada.
- d) La prima convenida debe ser pagada en las oficinas de la Compañía, contra entrega del recibo correspondiente.

Cláusula 4a. — Deducible.

De acuerdo con lo señalado en la carátula de la póliza y, en su caso, en la cédula correspondiente a las condiciones particulares que se hubieren contratado, siempre quedará a cargo del Asegurado, en cada siniestro, una cantidad denominada deducible.

Cláusula 5a. — Disposiciones en caso de siniestro.

- a) **Aviso de reclamación:** El Asegurado se obliga a comunicar a la Compañía, tan pronto tenga conocimiento, las reclamaciones o demandas recibidas por él o por sus representantes, a cuyo efecto, le remitirá los documentos o copia de los mismos, que con ese motivo se le hubieren entregado y la Compañía se obliga manifestarle, de inmediato y por escrito, que no asume la dirección del proceso, si ésta fuere su decisión.

Si no realiza dicha manifestación en la forma prevista, se entenderá que la Compañía ha asumido la dirección de los procesos seguidos contra el Asegurado y éste deberá cooperar con ella, en los términos de los siguientes incisos de esta cláusula.

En el supuesto de que la Compañía no asuma la dirección del proceso, expensará por anticipado, al Asegurado, hasta por la cantidad que se obligó a pagar por este concepto, para que éste cubra los gastos de su defensa, la que deberá realizar con la diligencia debida.

- b) Cooperación y asistencia del Asegurado con respecto a la Compañía: El Asegurado se obliga, en todo procedimiento que pueda iniciarse en su contra, con motivo de la responsabilidad cubierta por el seguro.

— A proporcionar los datos y pruebas necesarias, que le hayan sido requeridos por la Compañía para su defensa, en caso de ser ésta necesaria o cuando el Asegurado no comparezca, de igual modo a proporcionar todos los datos necesarios para el ajuste especializado contenido en el título segundo cláusula primera parágrafo 3.

— A ejercitar y hacer valer las acciones y defensas que le correspondan en Derecho.

— A comparecer en todo procedimiento.

— A otorgar poderes en favor de los abogados que la Compañía designe para que lo representen en los citados procedimientos, en caso de que no pueda intervenir en forma directa en todos los trámites de dichos procedimientos.

Todos los gastos que efectúe el Asegurado, para cumplir con dichas obligaciones, serán sufragados con cargo a la suma asegurada relativa a gastos de defensa.

- c) Reclamaciones y demandas: La Compañía queda facultada para efectuar la liquidación de las reclamaciones extrajudicial o judicialmente, para dirigir juicios o promociones ante autoridad para celebrar convenios.

No será oponible a la Compañía cualquier reconocimiento de adeudo, transacción, convenio u otro acto jurídico que implique reconocimiento de responsabilidad del Asegurado, concertado sin consentimiento de la propia Compañía, con el fin de aparentar una responsabilidad que, de otro modo, sería inexistente o inferior a la real. La confesión de materialidad de un hecho por el Asegurado no puede ser asimilada al reconocimiento de una responsabilidad.

- d) Beneficiario del seguro: El presente contrato de seguro atribuye el derecho a la indemnización directamente al tercero dañado, quien se considerará como su beneficiario, desde el momento del siniestro.

- e) Reembolsos: Si el tercero es indemnizado en todo o en parte por el Asegurado, éste será reembolsado proporcionalmente por la Compañía.

- f) Subrogación: La Compañía se subrogará, hasta por el importe de la cantidad pagada, en todos los derechos contra terceros que, por causa del daño indemnizado, correspondan al Asegurado; sin embargo, cuando se trate de actos cometidos por personas de las que fuere legalmente responsable el Asegurado, por considerarse, para estos efectos, también como asegurados, no habrá subrogación.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y la Compañía concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción que corresponda.

La Compañía podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones, si la subrogación es impedida por el Asegurado.

Cláusula 6a. — Reducción y reinstalación de suma asegurada.

La suma asegurada en la póliza quedará reducida automáticamente en la cantidad que se hubiere pagado por siniestro durante la vigencia del seguro; sin embargo previa aceptación de la Compañía, a solicitud del Asegurado, quien se obligará a pagar la prima que corresponda, dicha suma podrá ser reinstalada a su monto original para ser aplicable a posteriores reclamaciones.

Cláusula 7a. — Agravación del riesgo.

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que sufra el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca; las obligaciones de la Compañía cesarán de pleno derecho, si el Asegurado omitiere el aviso o si él provocare dicha agravación y ésta influyere en la realización del siniestro.

En los casos de dolo o mala fe, el Asegurado perderá las primas pagadas anticipadamente.

Cláusula 8a. — Extinción de las obligaciones de la Compañía. Además de lo estipulado en las cláusulas 3a., 6a., 8a. y 10a., en cuanto a los efectos del incumplimiento de las obligaciones del Asegurado, las obligaciones de la Compañía se extinguirán en los siguientes casos:

a) Si el siniestro fuere causado dolosamente por el Asegurado o con su complicidad.

b) Si la reclamación fuere, en cualquier aspecto, fraudulenta o se apoyare en declaraciones o documentos falsos del Asegurado o de terceras personas, con el propósito de obtener lucro indebido.

Cláusula 9a. - Otros seguros.

Cuando el Asegurado contrate con varias compañías pólizas contra el mismo riesgo y por el mismo interés, tendrá la obligación de poner en conocimiento de la Compañía los nombres de las otras compañías de seguros, así como las sumas aseguradas.

La Compañía quedará liberada de sus obligaciones si el Asegurado omite intencionalmente el aviso del párrafo anterior, o si contrata los diversos seguros para obtener un provecho ilícito.

Cláusula 10a.- Inspección.

La Compañía tendrá derecho a investigar las actividades materia del Seguro, para fines de apreciación del riesgo. Asimismo, el Asegurado conviene en que la Compañía podrá efectuar la revisión de sus libros vinculados con cualquier hecho que tenga relación con esta póliza.

Cláusula 11a.- Terminación anticipada del contrato.

No obstante el término de vigencia del contrato, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente mediante notificación por escrito.

Cuando el Asegurado lo dé por terminado, la Compañía tendrá derecho a la parte de la Prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor, de acuerdo con la tarifa para seguros a corto plazo aprobada para la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Periodo	Porcentaje de la Prima anual
Hasta 10 días	10%
Hasta 1 mes.....	20%
Hasta 1 1/2 meses.....	25%
Hasta 2 meses.....	30%
Hasta 3 meses.....	40%
Hasta 4 meses.....	50%
Hasta 5 meses.....	60%
Hasta 6 meses.....	70%
Hasta 7 meses.....	75%
Hasta 8 meses.....	80%
Hasta 9 meses.....	85%
Hasta 10 meses.....	90%
Hasta 11 meses.....	95%

Cuando la Compañía lo dé por terminado, lo hará mediante notificación fehaciente al Asegurado, surtiendo efecto la terminación del seguro después de 15 días de enviada la notificación respectiva. La Compañía deberá devolver la totalidad de la prima no devengada, calculada a prorrata, dentro de los 15 días siguientes a la fecha en que surte efecto la terminación del contrato.

Cláusula 12a.- Prescripción.

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro, prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias sino también por el nombramiento del perito o por la iniciación del procedimiento señalado por el artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Esta cláusula de Prescripción sólo es aplicable al Título Primero.- "Responsabilidad Civil Actividades e Inmuebles". Para el Título Segundo.- Responsabilidad Profesional, aplica el inciso V Garantía Obligatoria de acuerdo al Art. 145 bis.

Cláusula 13a.- Competencia

En caso de controversia, el quejoso deberá ocurrir a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en sus oficinas centrales o en las de sus delegaciones, en los términos del artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, y si dicho organismo no es designado arbitro, podrá ocurrir a los tribunales competentes, del domicilio de la Compañía, que se indican en la carátula de la Póliza.

Cláusula 14a.- Rehabilitación.

No obstante lo dispuesto en la cláusula de primas de las Condiciones Generales, el Asegurado podrá, dentro de los 30 días siguientes al último día del plazo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso, por el solo hecho del pago mencionado los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido, entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y día en que surte efecto la rehabilitación.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago al que se trata, el Asegurado solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, la Compañía ajustará y en su caso, devolverá de inmediato a prorrata la prima correspondiente al período durante el cual cesaron los efectos del mismo conforme el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo precedente. En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago. Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula deberá hacerla constar la Compañía, para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

Cláusula 15a.- Interés Moratorio.

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la ley sobre el Contrato de Seguro, en vez del Interés legal aplicable, se obliga a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado, un interés moratorio calculado, a una tasa anual igual al promedio del costo porcentual promedio de captación que publica mensualmente el Banco de México, durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que venza el plazo de treinta días señalado en el citado precepto. En caso de juicios o arbitrajes en los términos de los Artículos 135 fracción IV Bis y 136 fracción 11 de la ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, los intereses moratorios se calcularán conforme a lo dispuesto en los mismos.

Cláusula 16a.- Comunicaciones.

Cualquier declaración o comunicación relacionada con el presente con trato deberá enviarse a la Compañía por escrito, precisamente a su domicilio señalado en la carátula de la póliza.

Cláusula 17a. Comisiones.

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Cláusula 18ª.- Aceptación tácita de la póliza:

Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro: "Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concorden con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones".

Título Cuarto Marco Conceptual:

1.- Lex artis: Conjunto de reglas para el ejercicio médico contenidas en la literatura universalmente aceptada, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo.

2.- Integración de la lex artis: En nuestro país, se encuentra integrada de los siguientes elementos:

I. La literatura magistral empleada oficialmente en las instituciones de educación superior para la formación del personal de salud;

II. La biblio-hemerografía indexada. Es decir, la contenida en publicaciones autorizadas por comités nacionales o internacionales especializados en indexación y homologación bibliohemeráfica;

III. Los criterios oficiales de la Secretaría de Salud;

IV. Las publicaciones oficiales emitidas al respecto por los Institutos Nacionales de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y las instituciones ad hoc oficialmente reconocidas por la Secretaría de Salud, en los cuales se refieran resultados de consenso;

V. Los criterios interpretativos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico;

VI. La Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos;

VII. Los diccionarios de especialidades farmacéuticas autorizados por la Secretaría de Salud, y

VIII. Los criterios de consenso emitidos por las Asociaciones, Colegios o Consejos de especialidades médicas declarados idóneos por la Academia Nacional de Medicina y la Academia Mexicana de Cirugía, siempre y cuando no se opongan a las disposiciones de la normativa vigente.

4.- Principios científicos y éticos generalmente aceptados en la atención médica:

a) Principios de beneficencia y no maleficencia: *primum non nocere*, es decir, *primero no dañar*. Expresa de manera positiva la actitud y la obligación del personal de salud en buscar el bien del otro y evitar conductas dañinas a la salud y la vida.

b.) Principio de Autonomía: reconoce a toda persona capaz de elegir; de ejercer un derecho de opción y decisión, es decir, un derecho subjetivo, pues tal es el corolario de los derechos de libertad. Se ha establecido el modelo de autonomía combinada en el ejercicio médico; en él coinciden dos libertades: la prescriptiva (del profesional de la salud) y la terapéutica (del paciente). En el contexto de tales libertades se encuentra incluido el derecho de objeción de conciencia.

c) Principio de razonable seguridad. En el acto médico el beneficio esperado siempre deberá ser mayor, respecto del riesgo latente.

d) Principio de información. El paciente y, en su caso, su representante legal, deben ser informados del efecto

adverso, de los signos de alarma y de las prevenciones especiales para el empleo de insumos para la salud.

e.) Principio de Justicia: se expresa la convicción y regla de general comportamiento a fin de respetar los derechos de las personas dentro de una igualdad fundamental. Obliga a tratar a los pacientes según el axioma "*casos similares exigen un tratamiento similar*".

f) Principio de sustentación clínica. El empleo de un insumo o de técnicas y procedimientos médicos siempre deberá referirse a condiciones clínicas demostradas y a la evidencia científica disponible en el momento de la atención.

g) Principio de participación. Al establecer el esquema o régimen de atención, se habrán de ponderar las preferencias, características y hábitos del paciente, siendo ello técnicamente posible.

h) Principio de formalidad. En la atención médica y especialmente en la prescripción de insumos para la salud habrán de respetarse las formalidades establecidas en las normas sanitarias. (Reglamento de Insumos, de atención médica NOM'S).

i) Principio de buena fe o in dubio pro médico. Los actos de atención médica se entienden realizados de buena fe y en ánimo de curar, salvo prueba en contrario.

6.- Obligaciones de seguridad:

Estas obligaciones incumben particularmente a los establecimientos en los que se prestan servicios de atención médica y están relacionadas con el mantenimiento y buen funcionamiento de equipos y aparatos médicos, medidas para prevención de riesgos a pacientes hospitalizados o usuarios de los servicios, etc.

7.- Obligaciones de medios: La obligación que incumbe al profesional de la salud es una obligación de medios y no de resultados, la obligación del profesional sanitario no es la de obtener la recuperación del enfermo, sino que está obligado solamente a proporcionar al paciente todos los cuidados y medidas que éste requiera, según el estado de la ciencia y la denominada *lex artis ad hoc*, aplicable a la patología y condiciones particulares del paciente.

8.- Obligaciones de resultados: Generalmente, se habla de la obligación de resultados en la medicina no curativa, en la que se incluye la cirugía estética, los estudios radiológicos, los análisis clínicos. También en Odontología se impone la obligación de resultado en el suministro y colocación de prótesis dentales, así como en los tratamientos de ortodoncia.

9.- Riesgo inherente, teoría del: Se entiende como tal a las consecuencias propias derivadas de un padecimiento o de un procedimiento diagnóstico o terapéutico y pueden presentarse en los siguientes casos:

- El paciente, por circunstancias de hecho, enfrenta los efectos colaterales de su enfermedad.

- De no atenderse deberá afrontar, sin modificación alguna, la historia natural de la enfermedad.
- En ánimo de curar puede asumir los riesgos (efecto adverso) del tratamiento siempre que el beneficio sea mayor y exista la debida sustentación médica.
- Deberá existir razonable seguridad.

10.- Doble efecto, doctrina del: Es el daño necesario que se causa a consecuencia del acto médico, para obtener un beneficio mayor. Deben reunirse las siguientes condiciones:

- Que la acción sea neutra o buena en sí misma.
- Que el efecto bueno sea primero o simultáneo.
- Que la intención sea buena.
- Que exista proporción razonable a la gravedad del daño que permita el efecto bueno requerido.

11.- Caso fortuito: Se considera fortuito el hecho causado por mero accidente, totalmente imprevisto, sin que medie dolo ni culpa del sujeto. Por caso fortuito entendemos la situación no prevista, aleatoria y que no existió voluntad en su creación.

12.- Fuerza mayor: Se considera fuerza mayor el hecho causado por una causa externa ajena, imprevista, o que siendo previsible, no puede evitarse.

13.- Prestación de servicios de salud: Se refiere, para efectos de estas condiciones generales, a la atención médica proporcionada por los profesionales de la salud.

14.- Profesional de la salud: La persona que cuenta con un título profesional y cédula profesional legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes para el ejercicio de la salud en cualquiera de sus campos.

15.- Cirugía de complacencia: Se refiere a la medicina satisfactiva, particularmente la cirugía estética para mejorar el aspecto físico del paciente que acude al médico, no buscando la curación de un proceso patológico, sino la mejora de un aspecto físico puramente.

16.- Cirugía plástica, estética o reconstructiva terapéutica: Se refiere a aquellos procedimientos quirúrgicos que tienen como fin la corrección del aspecto físico alterado por alguna patología ya sea congénita o adquirida sea por accidente, traumatismo o por alguna enfermedad deformante.

17.- Consentimiento bajo información: El documento escrito emitido por un paciente, sus familiares o representante legal, mediante *el cual autoriza a un médico la realización* de cualquier procedimiento diagnóstico invasivo, terapéutico o rehabilitatorio.

18.- Aborto terapéutico: La interrupción del embarazo en las siguientes circunstancias:

- Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de afectación grave a su salud a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora.
- Cuando a juicio de dos médicos especialistas exista razón suficiente para diagnosticar que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales, al límite que puedan poner en riesgo la sobrevivencia del mismo, siempre que se tenga el consentimiento de la mujer embarazada.
- Cuando el producto sea originado por violación con la aprobación de la autoridad correspondiente.

19.- Aborto voluntario: La interrupción del embarazo hasta la décimo segunda semana de gestación, aplicable sólo en los Estados donde se encuentre despenalizado en las condiciones apuntadas.

20.- Control de la fertilidad: Se refiere a diferentes métodos anticonceptivos que pueden ser mecánicos, hormonales, quirúrgicos o naturales.

21.- Autorización profesional: La persona que cuenta con una cédula profesional, expedida por la autoridad educativa competente, que le permite ejercer su profesión.

22.- Índice de masa corporal: Es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo. Es el resultado de calcular el peso del paciente entre la estatura al cuadrado.

23.- Médico residente: El médico general que se encuentra cursando alguna especialidad de la medicina.

24.- Profesional técnico: La persona que cuenta con un diploma que le acredita tener conocimientos especializados en alguna habilidad específica relacionada con los procesos de atención médica.

25.- Dolo: Se define como la maquinación o artificio para engañar o dañar al paciente, incluye los fraudes a la salud, ilícitos en el cobro y la simulación.

26.- Culpa: Culpa es toda imprevisión, negligencia, impericia, falta de reflexión o de cuidado, sin intención alguna, que a consecuencia de ella genera un daño (evento adverso) en el paciente.

27.- Infección nosocomial u hospitalaria La ocurrencia de una infección que no estaba presente, ni en periodo de incubación, al momento del ingreso a un hospital.