

Argumentos y programa para la capacitación
en Bioética Clínica Hospitalaria de recursos
humanos en salud.

L. en Enf. Rogelio Silva Reséndiz

2018



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Derecho

Argumentos y programa para la capacitación en Bioética
Clínica Hospitalaria de recursos humanos en salud.

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestro en

Ética Aplicada y Bioética

Presenta

Lic. en Enf. Rogelio Silva Reséndiz

Centro Universitario, Mayo de 2018

- Escudo y letras doradas
- Pastas duras color negro, tamaño carta



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Derecho
Maestría en Ética Aplicada y Bioética

Argumentos y programa para la capacitación en Bioética Clínica Hospitalaria de recursos humanos en salud.

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestro en Ética Aplicada y Bioética

Presenta:

L. en Enf. Rogelio Silva Reséndiz

Dirigido por:

Dra. Hilda Romero Zepeda

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Mayo, 2018
México



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Derecho
Maestría en Ética Aplicada y Bioética

Argumentos y programa para la capacitación en Bioética Clínica Hospitalaria de recursos humanos en salud.

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestro en Ética Aplicada y Bioética

Presenta:

L. en Enf. Rogelio Silva Reséndiz

Dirigido por:

Dra. Hilda Romero Zepeda

SINODALES

Dra Hilda Romero Zepeda
Presidenta

Firma

Dr. Ma. Concepción Méndez Gómez Humarán
Secretaria

Firma

Dr. Lutz Alexander Keferstein Caballero
Vocal

Firma

Dr. José Salvador Arellano Rodríguez
Suplente

Firma

Dr. Bernardo García Camino
Suplente

Firma

MAP Ricardo Ugalde Ramírez
Director de la Facultad

Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña
Directora de Investigación y
Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Mayo 2018
México



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Derecho
Maestría en Ética Aplicada y Bioética

Argumentos y programa para la capacitación en Bioética Clínica Hospitalaria de recursos humanos en salud.

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestro en Ética Aplicada y Bioética

Presenta:

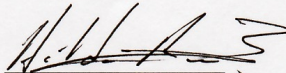
L. en Enf. Rogelio Silva Reséndiz

Dirigido por:

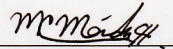
Dra. Hilda Romero Zepeda

SINODALES

Dra Hilda Romero Zepeda
Presidenta


Firma

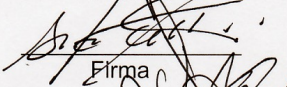
Dr. Ma. Concepción Méndez Gómez Humarán
Secretaria


Firma

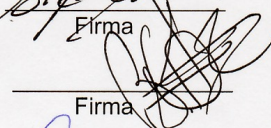
Dr. Lutz Alexander Keferstein Caballero
Vocal


Firma

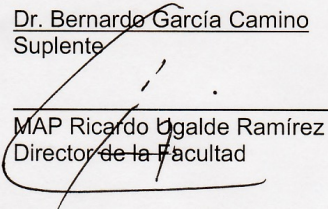
Dr. José Salvador Arellano Rodríguez
Suplente


Firma

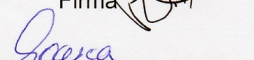
Dr. Bernardo García Camino
Suplente


Firma

MAP Ricardo Ugalde Ramírez
Director de la Facultad



Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña
Directora de Investigación y
Posgrado


Firma

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Mayo 2018
México

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, forma médicos pediatras, los cuales conviven con la vida, la enfermedad y la muerte a diario, y aunque bien formados en su disciplina; se observan vacíos en ámbitos como el derecho, la ética y los derechos humanos. **OBJETIVO:** Analizar los argumentos necesarios para la elaboración de un programa de capacitación en Bioética Clínica Hospitalaria para formación en el personal de salud durante la residencia profesional. **METODOLOGÍA:** el planteamiento es retomar la capacitación de ética y derechos humanos durante su formación en la previa etapa al campo laboral, y con el apoyo de herramientas de abordaje a problemas prácticos clínicos que se constituyen en dilemas éticos y cuestiones legales de la práctica médica; mediante talleres dialécticos; para entender que su actuar no ético podría tener efectos legales en contra del profesional de la salud; se evaluó al inicio y tres meses después de la intervención, a través de la aplicación de un instrumento con preguntas de selección múltiple, abiertas, o de lectura y comentarios sobre estudio de casos específicos. Adicionalmente, se llevó a cabo un estudio de sombra de tres meses sobre su relación directa a pacientes y familiares, durante la obtención del consentimiento informado. **RESULTADOS:** Se trabajó con un grupo de médicos residentes asignado por el cuerpo directivo de Enseñanza del Hospital Materno Infantil del Estado de Querétaro. En la entrevista diagnóstica se mostró que existe una noción general de dilemas éticos clínicos pero una nula metodología y conocimiento de herramientas clínico legales de estos, a su vez del marco legal que envuelve el ejercicio profesional de la pediatría en la legislación de México y los reglamentos internacionales de Bioética, una vez que se intervino con el proceso educativo, se mostró en el diagnóstico sombra cambios significativos en la manera de tratar a familiares y pacientes, y una búsqueda más humana para obtener el consentimiento informado y al momento de explicar tratamientos médicos, y en el diagnóstico final las respuestas obtenidas se observaron mayormente analizadas y con mejor fundamento bioético. **CONCLUSIONES:** Se requiere sistematizar la capacitación en lineamientos jurídicos, éticos y derechos humanos del profesional médico en residencia, debido al conflicto ético constante en el ejercicio de su profesión, y basados en un programa que genere el Comité de Bioética Hospitalaria de la institución.

Palabras clave: Bioética, Comités de Bioética Hospitalaria, Programa académico, Pediatría.

SUMMARY

INTRODUCTION: the Hospital of Specialties of the Child and the Woman, forms pediatric doctors, which coexist with the life, the illness and the daily death, and although well trained in their discipline; gaps are observed in areas such as law, ethics and human rights. **OBJECTIVE:** To analyze the arguments necessary for the development of a training program in Clinical Bioethics Hospital for training in health personnel during professional residency. **METHODOLOGY:** the approach is to resume the training of ethics and human rights during their training in the previous stage in the field of work, and with the support of tools to approach clinical practical problems that constitute ethical dilemmas and legal issues of medical practice; through dialectic workshops; to understand that their unethical actions could have legal effects against the health professional; it was evaluated at the beginning and three months after the intervention, through the application of an instrument with multiple-choice questions, open questions, or reading and comments on the study of specific cases. In addition, a three-month shadow study was carried out on its direct relationship to patients and relatives, during the obtaining of informed consent. **RESULTS:** We worked with a group of resident doctors assigned by the teaching body of the Maternal and Child Hospital of the State of Querétaro. In the diagnostic interview it was shown that there is a general notion of clinical ethical dilemmas but a null methodology and knowledge of legal clinical tools of these, in turn of the legal framework that involves the professional practice of pediatrics in Mexican legislation and regulations International Bioethics, once it was intervened with the educational process, it was shown in the shadow diagnosis significant changes in the way of treating relatives and patients, and a more humane search to obtain informed consent and when explaining medical treatments, and in the final diagnosis the answers obtained were observed mostly analyzed and with better bioethical basis. **CONCLUSIONS:** It is necessary to systematize the training in legal, ethical and human rights guidelines of the medical professional in residence, due to the constant ethical conflict in the exercise of their profession, and based on a program generated by the Hospital Bioethics Committee of the institution.

Keywords: Bioethics, Hospital Bioethics Committees, Academic Program, Pediatrics.

DEDICATORIAS

A mis padres Sara y José Luz, que en todo momento y desde el inicio de la vida me han acompañado, con sus consejos y ánimos.

A mis hermanos Carlos, Laura, Karina y Montserrat, que juntos y como equipo, hemos hecho nuestra vida, cada día mejor.

A mi esposa Lupita, que con su empuje, alegría y motivación, hace de mi vida y de esta tesis, una meta felizmente cumplida.

A mi hija Fátima, que llega en el momento de mis logros cumplidos para alegrarme la vida y hacerme las mañanas más felices; que el mundo sea mejor comenzando en ti, hija mía.

A mi directora de tesis Dra. Hilda Romero Zepeda, que con sus enseñanzas no solo me ayudo en este proyecto, sino en la vida misma.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a la Universidad Autónoma de Querétaro por mi formación académica desde el bachillerato hasta mi grado de Maestría.

A la Facultad de Derecho, por generar este programa de estudio tan actual y completo en beneficio de la sociedad de Querétaro.

Al Dr. Raúl Ruiz Canizales, por la confianza que me brindo al ingreso de mis estudios, sus apoyos, sus consejos y su invaluable amistad.

A todo mi grupo de docentes de la Maestría en Ética Aplicada y Bioética, que juntos crearon en mi persona y perspectiva un mundo diferente.

Y mi total agradecimiento al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), por su apoyo para ser becario de un programa del Padrón Nacional de Posgrados de Calidad.

“La ética; la mayor creación de la inteligencia humana”

José Antonio Marina

ÍNDICE

RESUMEN.....4

SUMMARY.....	5
DEDICATORIAS.....	6
AGRADECIMIENTOS.....	7
INDICE.....	8
INTRODUCCIÓN.....	12

CAPITULO PRIMERO

1.1 Introducción a la formación y capacitación profesional en ética aplicada y bioética.....	17
1.2. Dilemas éticos y crisis morales ante el avance científico en la biomedicina y bioclínica.....	23
1.3. Derechos Humanos a la salud y a la correcta información médica.....	28
1.4. La importancia de formar mentes bioéticas en estudiantes del área de la salud.....	32
1.5. La Bioética y la biomédica.....	35
1.6 Comités de ética y bioética a nivel internacional y México.....	37
1.7 Antecedentes de la formación ética y bioética en recursos humanos del área de la salud.....	41

CAPITULO SEGUNDO

Legislación en materia de ejercicio profesional de salud en México.

2.1 Marco jurídico aplicable a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Anexos).....	43
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

2.2 Demandas, responsabilidad y quejas médicas en el ejercicio de los profesionales de salud en México.....	44
2.3 Responsabilidad del profesional de la Salud.....	52
2.4. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.....	61
2.5. Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Querétaro.....	67

CAPITULO TERCERO

3.1. Breve historia del trato desigual en México, perspectiva actual de la atención médica.....	71
3.2. Principios del pensamiento sobre la desigualdad.....	73
3.3. La conquista del nuevo mundo.....	79
3.4. Tercer Concilio Provincial Mexicano.....	86
3.5. La atención médica desigual en el sistema de salud en México.....	91

CAPITULO CUARTO

4.1 Bioética y Unesco.....	96
4.2 Ética aristotélica, como base de las acciones del bien hacer y las virtudes humanas.....	102

CAPITULO QUINTO

5.1 OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	110
5.1.2 Objetivo General.....	110
5.1.3 Objetivo General.....	110
5.1.4 Hipótesis.....	111

5.2. Metodología.....	111
5.2.1 Intervención con los recursos humanos.....	112
5.2.2 Campo de estudio.....	113
5.2.3 Universo de participantes.....	113
5.2.4 Criterios de inclusión.....	113
5.2.5 Criterios de exclusión.....	114
5.2.6 Organigrama del estudio.....	114
5.3 Instrumento.....	115
5.4 PLAN DE SESIONES CLÍNICAS (PRIMERA INTERVENCIÓN).....	115
5.5 PLAN DE SESIONES CLÍNICAS (SEGUNDA INTERVENCIÓN).....	116
Resultados.....	117
CONCLUSIONES.....	168
BIBLIOGRAFÍA.....	171
ANEXOS.....	177

INTRODUCCIÓN

Actualmente y en diversos espacios culturales y científicos se está retomando la necesidad de discutir y argumentar el concepto de la vida digna, de la humanización de la vida, de los derechos humanos en el acontecer diario de los actos de las personas, de la igualdad en derechos, de la equidad para la justicia, el derecho a la información, la contaminación del agua, el derecho a la salud, la explotación infantil, los ciberataques, la discusión de permitir o no y de quien sí y de quien no publicar imágenes, videos o audios en las redes sociales; entre otros temas sobre la vida diaria. También, se está hablando de la necesidad de la reflexión con perspectiva ética a través de la vida de la persona: dilemas éticos al inicio de la vida, dilemas éticos durante el crecimiento y desarrollo de la persona, y al final de la vida, temas que requieren ser abordados por una sociedad actual cambiante, y por una comunidad profesional que constantemente es interrogada y activa en la toma de decisiones al respecto basados siempre en las condiciones éticas que han mantenido las relaciones humanas en constante equilibrio.

Este pensamiento nos lleva a la consideración sobre la importancia de contar durante la formación universitaria de todas las carreras con bases, y no solamente de la filosofía, sino de la bioética. Vale la pena considerar que esta última es un tipo de práctica de la ética, situación que refleja su complejidad aun cuando el imaginario colectivo, asimila más como a rama del pensamiento filosófico.

Para la UNESCO, la formación bioética es un trabajo primordial y lo tiene en sus principales objetivos para América Latina y el Caribe desde sus oficinas en Montevideo, dice Susana Vidal (Vidal, 2012)

“El Programa Regional de Bioética y ética de la ciencia es una parte muy importante, precisamente en el afán de ligar una reflexión ética a los nuevos desafíos que desde la ciencia y la tecnología interpelan a los diferentes actores en los procesos de toma de decisión” (Vidal, 2012).

Es por ello que la bioética viene a ser una herramienta ya no útil y necesaria para toma de decisiones de los profesionales y los estudiantes universitarios, sino una obligación mundial que emana sus esfuerzos desde instituciones internacionales como la ONU y la solicita a sus países miembros con mucha necesidad.

En el tema que aquí se aborda, se delimita a los profesionales de la salud, los estudiantes que egresaran como médicos pediatras, pero que son lo que tienen en su día a día la mayor lista de dilemas bioéticos que se pueden tener, desde el consentimiento informado, hasta el manejo de información particular del paciente, el trato digno a todos por igual, y un sin fin de problemas éticos a los que se enfrentan cuando hablamos de recursos económicos.

El avance de la ciencia debe tener en sus orígenes el principal objetivo de mejorar las condiciones de vida de todos los seres vivos del planeta, y basándose en esta

razón, la tecnología debe de ir de la mano de dicho respeto por el mundo. Por ello es importante que el conocimiento contribuya a mitigar problemas como la pobreza, la exclusión social, el acceso a la salud, un mayor respeto por el medio ambiente, y que los profesionales tengan mayores herramientas éticas para que sean inclusivos, equitativos y justos en su actuar profesional.

En particular y de forma concreta al presente trabajo de investigación, se necesita contar con médicos pediatras que sean activos participantes en los procesos de la toma de decisiones sobre las maneras en las que el desarrollo en los sistemas de salud y sus constantes adaptaciones para la sociedad y el sistema económico lo solicitan, dejando a un lado los pensamientos utilitaristas y siendo un sistema más equitativo y justo en beneficio de la infancia del país.

Desde sus inicios, la bioética cumple con la finalidad de llevar la reflexión a sus practicantes y así equilibrar los alcances de la ciencia, logrando avances de la enseñanza y práctica diaria del conocimiento hacia la sociedad.

En la actualidad, a nivel Nacional, Se han logrado avances en la enseñanza de la bioética como parte de la formación de los médicos, pero existen bastantes vacíos en el intento de llegar a los estudiantes, pues ven la bioética como un tipo de filosofía narrativa y con ese principio el discutir temas éticos o dilemas bioéticos, les parece apto para perder el tiempo.

La bioética debe ser, derivado de la ética aplicada, la forma más humana y más real de tomar decisiones para los futuros profesionales de todos los ámbitos y por

ende debe de ser tomada en cuenta para apoyarlos en sus últimos espacios académicos antes de que migren al ejercicio de la profesión, como lo enuncia Susana Vidal (Vidal, 2012) .

“Es en este sentido que toma un particular interés la educación en temas de bioética y particularmente en los procesos de toma de decisión que no solo involucran a los expertos sino al conjunto de la sociedad que hoy como nunca debe definir de manera activa y participativa lo que es mejor para sí y para todos los seres humanos” (Vidal, 2012).

Completa lo anterior, la disposición de contar al interior de todos los hospitales con el Comité de Bioética como lo marca ya la normatividad mexicana en su Ley General de Salud, y que este comité se encargue de la discusión de temas clínicos, del apoyo en la ética de las investigaciones, pero sobre todo que se encargue de la educación en ética de los recursos humanos en materia de salud, los cuales pasan por su formación de 3 a 4 años en el hospital, y de 6 meses a un año los pasantes de servicio social de enfermería.

La formación de los científicos, sea cual sea el área de especialidad, tiene que enriquecerse notablemente con la inclusión de la bioética, para evitar con esto, los fundamentalismos (como el cientificismo), y reconocer primero, un límite de la práctica científica, y más importante aún reconocer los enfoques interdisciplinarios, como la bioética, y que ello nos permita enfrentar y resolver los problemas que como sociedad estamos enfrentando.

La inquietud que despierta para la elaboración de este trabajo es saber, si se tiene las bases de conocimientos necesarios para realizar la discusión de los dilemas éticos actuales, y más importante es el evaluar el grado de pensamientos éticos que están desarrollando los próximos especialistas de la medicina para enfrentar el mundo actual cada día más atento en las problemáticas que lo envuelve, con respecto a sus tratamientos médicos, la importancia de preparar a los residentes en el campo de la bioética y acompañarlos en sus formación para llevarlos a acabo de manera adecuada y que dichos análisis y debates sean verdaderas y científicas aportaciones sociales.

CAPITULO PRIMERO

1.1. Introducción a la formación y capacitación profesional en ética aplicada y bioética

El inicio de la discusión sería saber si todos y todas pueden ejercer el debate de complejos dilemas éticos; como con el retiro de la respiración artificial, el retiro de un tratamiento o la muerte asistida, este tipo de dilemas deben ser ya solicitados por la sociedad en conjunto con los futuros médicos especialistas, los cuales deben de llevar su conocimiento a toda la sociedad y que ésta decida informada, sobre sus tratamientos, de ahí que se tratará de defender la autonomía del paciente y del familiar al momento del aceptar el consentimiento informado, sin importar que las personas cuentan o no con el nivel académico, con el nivel histórico pero que si cuentan con la capacidad de ejercicio de autonomía (el nivel neurofuncional) para opinar y aportar soluciones para temas que la sociedad los constituye crisis morales y por tanto decide poner a discusión, y recordar que las aportaciones de los ciudadanos para temas civiles o políticos debiesen ser considerados y tomados en cuenta en la construcción de su misma sociedad.

En otras palabras, se requiere preparar y capacitar al personal del área de la salud, en la actuación disciplinaria profesional ante los avances bioclinicos, farmacéuticos y procesos actuales de salud, con toda la información actual y la adecuada, en la resolución de los dilemas éticos que se generan, y para acompañar a los pacientes y sus familiares en el fortalecimiento de la capacidad de toma de decisiones en su autonomía a través de su consentimiento informado.

En la atención médica, adicionalmente, se busca el mínimo error en la actuación profesional, para con ello disminuir afectaciones individuales o sociales en materia de la salud y la enfermedad; y en la práctica profesional disminuir se presenten quejas médicas o demandas legales. Por ello, es indispensable hacer conciencia primero con los estudiantes en formación y futuros profesionales de la salud, que sus decisiones deben de ser siempre basado en la ética y nunca con el fin de afectar u obtener beneficios del usuario, pues de lo contrario dichas acciones estarán siendo castigadas por el sinfín de reglamentos establecidos por el sistema jurídico mexicano.

Se puede fácilmente caer en la conformación de una moral comunitaria médica no deseada por el resto de la sociedad, con la finalidad de ganancias económicas, o incentivos personales. Con la formación y capacitación en ética aplicada, bioética, se espera que el profesional en formación analice y decida mejor sus acciones futuras, siempre basadas en el derecho, fundamentos y herramientas de la ética y el respeto por el ser humano.

La educación actual refrenda en gran medida un compromiso social cada vez más fuerte, donde sus educandos se preocupen por su medio ambiente, su entorno social y donde sus decisiones sean en beneficio de todos, de ahí la necesidad en educar en temáticas como la ética aplicada, la historia, el derecho y la bioética, para que en un futuro se cuente con egresados mejor capacitados y mayormente comprometidos por el bien común de toda su sociedad.

Y es de mucha importancia cuando se toma en concepto de “bien común”, desde los inicios de la humanidad y retomado por primera vez por los filósofos griegos como el fin único de todas las sociedades, el cuidado de la casa común, el apoyo en beneficio de todos y de uno mismo, es este pensamiento griego, y si antiguo; el mismo que se desea retomar en este trabajo, pues con el pase de los años, de los avances científicos y de la tecnología que cada día avanza con mayor rapidez, pareciera que aquellos conceptos griegos están en desuso, olvidados o fuera de tiempo, sin saber que con la misma velocidad con que se adapta el mundo a la tecnología y a sus logros, lleva consigo una misma velocidad pero en detrimento de los pensamientos de la ética, es decir, se avanza mucho en áreas científicas y se retrocede en la ética.

Es un hecho la humanidad está olvidando, por no practicarla en todos los momentos de la vida, y en todos los momentos del día; a partir de una reflexión ética, el humano ha dejado de ser humilde y decrece en su reconocimiento de los demás, como lo dijo Adela Cortina (año):

“Sócrates tenía razón, puesto que; lo más inteligente es tratar de conocer el propio yo y el mundo en que se integra, con la modestia de quien es consciente de que sabe poco en cualquier caso y con la voluntad decidida de convertir los prejuicios en juicios razonados, cambiando lo que haga falta”
(Cortina, año)

Se ha dejado a un lado tanto la ética como la humildad en los actos de las personas, y pareciera que se han intercambiado por la soberbia y la intolerancia; es por ello que retomar las bases de la ética y de la corriente griega es el objetivo de este trabajo, pues se considera que si se han dejado atrás las bases más antiguas, sería difícil tomar las actuales como lineamientos a seguir; sin embargo, no se descarta que la evolución del pensamiento bioético genere cada vez, el conocer los demás sistemas éticos y poder en un futuro adaptarlos a su vida diaria, sin embargo se tiene que comenzar con las bases griegas.

Expresa Aristóteles en sus textos sobre ética que, contrario a Platón:

“La virtud no viene directamente del conocimiento sino que ésta requiere del hábito de ejercerla toda la vida, en beneficio propio y de nuestro prójimo”.
(Cita, año).

Aristóteles destaca un concepto clave y básico para determinar las decisiones humanas, al que denomino el “punto medio”, con este concepto enuncio ejemplos para educar a sus discípulos en los cuales se habla de actos que toda persona puede incurrir cuando se actúa sin analizar los hechos, y de ellos se desprende claramente el manifestarse ante su sociedad, por ejemplo la valentía, es el punto medio entre el miedo y la temeridad; la generosidad es el punto medio entre el uso y el exceso de los bienes, la prodigalidad es su exceso y la avaricia su defecto (Arellano, 2014).

Para apoyo en las actuales decisiones bioéticas que se presenten ante los estudiantes de la pediatría, es adecuado retomar la ética aristotélica, la cual da inicio a la actual corriente denominada ética de las virtudes, pues se sabe que fue el pensador de Estagira, quien primeramente enunció que su ética es de bienes, pues el ser humano siempre tenderá algún bien, y su mayor bien humano es la felicidad y la felicidad es la sabiduría desarrollando la razón. Aristóteles siempre defendió que las virtudes éticas son adquiridas a través de la costumbre que el hábito enseña, y siempre consisten en el dominio de la parte irracional del alma sensitiva, y que este ejercicio ético apoya las relaciones sociales de todo complejo humano.

Comenta Susana Vidal en su reporte para la UNESCO (Vidal, 2012):

“Es muy alentador ver la cantidad de Universidades y centros que han asumido con toda responsabilidad esta tarea de educar a jóvenes en bioética, quienes deberán ser multiplicadores del discurso bioético en sus distintos ámbitos, tanto profesionales, como laborales y en la comunidad donde desarrollan sus prácticas”. (Vidal, 2012).

Por lo anterior se conoce que en el hospital se forman recursos humanos en salud, como los son profesionales médicos generales y especialistas, profesionales de la enfermería en generales y especialistas, nutriólogos, psicólogos, radiólogos, entre otras profesiones, los cuales conviven con la vida, la enfermedad y la muerte todos los días, y aunque excelentemente formados en sus disciplinas propias, se observan aquellos vacíos en ámbitos como el derecho civil y penal, la ética

aplicada y la bioética como formadores externos para su disciplina y para su actuar en el momento de la muerte de un ser humano, con las vastas herramientas antes mencionadas.

El tema a discutir no es muy complicado, pues se plantea retomar en el personal de salud la ética aplicada, la bioética clínica y la responsabilidad legal que se tiene al ser partícipes en las relaciones humanas de un paciente hospitalizado y de los pacientes de consulta externa; se abogara por su lado humano moral y ético para describir correctamente los episodios y tratamientos con dignidad propia de un ser humano.

El retomar la capacitación de ética y de dilemas bioéticos en la formación de recursos humanos, en su previa etapa a su egreso al campo laboral, se espera sea de mayor impacto pues además de las clases mencionadas, se les brindara apoyo en herramientas de abordaje de aquellos problemas prácticos clínicos hospitalarios que se constituyen dilemas éticos y en cuestiones legales de la práctica médica regulada en tipo talleres para entender que el actuar no ético de sus acciones no siempre será evadido y alguna ocasión podría tener efectos legales en contra del profesional.

Como base del presente trabajo de la ética se está tomando la ética aristotélica, la cual ha llevado históricamente la toma de decisiones de varias generaciones de seres humanos, pero de la cual aún no se ha entendido completamente, pues seguimos viendo que en el actuar de la sociedad en distintas problemáticas, no se

aplican las sencillas enseñanzas griegas y tampoco han sido ni comprendidas ni bien aplicadas al actuar diario de nuestra sociedad.

Dentro de los alcances de este trabajo, está el coadyuvar en actuación del comité de bioética, preferentemente dentro de sus alcances sobre la capacitación continua en temas de bioética clínica hospitalaria, y a su vez en demostrar los efectos de la intervención de educación ética, bioética y del marco legal en profesionales de salud en formación.

1.2. Dilemas éticos y crisis morales ante el avance científico en la biomedicina y bioclínica.

Para dar inicio con las bases de la educación sobre la bioética, es necesario voltear un poco hacia los trabajos que se llevaron a cabo en la generación de la constitución de la Ciudad de México, con su nuevo estado.

En ella por primera vez en México, se discutió, analizó y justificó desde una visión multidisciplinaria y laica, la difusión de todo tipo de reflexiones, estudios e investigaciones que promueven el desarrollo de la bioética (Santillan 2017).

Se trabajó sobre algunos de los temas internacionales y ya cada vez más en formato nacional, como lo son el inicio de la vida humana, el final de la vida humana, la ética medioambiental y la ética de las investigaciones científicas.

Lo que dio pie para comenzar a discutir dichos temas en todo el país, incluyendo los variados subtemas en los que estos se dividen, como lo puede ser, el uso de medicamentos que pueden tener un doble efecto, la extubación con fines de muerte digna, el encarnizamiento terapéutico, el conflicto de intereses con laboratorios o almacenes de medicamentos y material médico, el consentimiento informado y asentamiento pediátrico, para fines del presente trabajo como apoyo en la formación de médicos pediatras, entre otros subtemas bioéticos.

Dicha discusión de dilemas éticos y bioéticos, los elevo a pleno de discusión la asamblea constituyente de la Ciudad de México es los últimos meses antes de promulgar su nueva constitución, y es de suma importancia para los futuros bioeticistas que se ponga atención a estos debates tan incluyentes donde se determinó basarse para la formación de esta constitución, en una bien llamada ética civil, la cual será útil para reconocer la pluralidad moral que existe en las distintas sociedades tan contemporáneas como lo es la de la Ciudad de México.

Basándose en su mayoría en los lineamientos que dan pauta los Derechos Humanos, los mismos que pueden y deben construir la bien llamada ética civil. Cualquier ciudad que ponga en manos de los Derechos Humanos sus decisiones civiles, estará dando un enorme paso al pensamiento ético y de respeto por la vida de sus habitantes, a los cuales se les reconoce como pieza importante de su existencia.

Describe Patricio Santillán (Santillán 2017) al respecto:

“esta concepción compartida con muchos grupos de reflexión ha adoptado una visión similar como eje de la conformación académica y de actividades de investigación, enseñanza y difusión de los problemas contemporáneos que la bioética desarrolla”. (Santillán 2017)

De manera relevante se puede señalar el Art. 11, (Constitucion CDMX, 2017), donde se establece como primer precepto *“el derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de una personalidad”*, lo que deriva en que, cada ciudadano puede ejercer sus capacidades para vivir con dignidad, y a su vez dota a cada ciudadano con la libertad de desarrollar su vida con su propia concepción de la misma incluyendo el final de ésta.

Y es un particular acierto especificar en este artículo que una vida digna inherentemente conlleva el derecho a una muerte digna; es decir, se brinda a los ciudadanos de la Ciudad de México la completa decisión de cómo y cuándo debe ser el final de su vida.

Siendo el tema de dignidad humana un primordial dilema bioético del personal de salud, y con ello de los médicos en formación, el poder saber cuándo se hizo lo humanamente y lo científicamente posible por mantener la vida de un ser humano, y para fines del presente trabajo, se requiere reflexionar sobre este tema cuando la vida es de los pacientes pediátricos, en cuyas decisiones se implica la tutela de los padres y el pronóstico del paciente pediátrico. Esta primera discusión es un

ejemplo de los dilemas que actualmente se discuten en muchos espacios, y que sin duda en esta constitución, ya pasan a ser una realidad aterrizada para la ciudadanía, decidir sobre cómo y cuándo morir.

Con respecto al tema y al artículo de la constitución Art. 11, (Constitución CDMX, 2017), continúan dándose algunas posturas encontradas, pues se discute airadamente al respecto, que una vida con sufrimiento puede ser al mismo tiempo una vida indigna para vivirse o bien ser fuente de amplia dignidad; sin embargo, esta discusión da al ciudadano mexicano, tiempo para reflexionar sobre sus propias decisiones para cuando esta situación se presente, y enriquece con esto la importancia de dotar a todos los profesionistas con temas éticos y bioéticos para tener herramientas ante esta discusión.

El Art. 11, da a todos los ciudadanos la capacidad de adoptar una postura sobre que se quiere en la etapa final de la vida; ¿evitar sufrimientos innecesarios?, ¿aceptar o rechazar tratamientos?, ¿suspender o no iniciar tratamientos fútiles?, ¿donar órganos para trasplante?, ¿solicitar el adelanto de terminar una vida mediante la eutanasia o el suicidio asistido?

Para todas las preguntas anteriormente expuestas, existen lineamientos de discusión que permiten un sustento ético y un sustento legal, excepto la última, no obstante se espera el análisis de la misma y lleve a la solución de este dilema una progresividad constitucional que podría dar la salida a distintas discusiones

presentadas entre lo ético contra lo legal, que es un gran hueco que limita el ejercicio de la medicina en nuestro país.

Este apartado es importante señalarlo es este momento, pues es sabido que los residentes del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, contexto para la aplicación del programa propuesto, institución a partir de donde acceden a estancias de formación académica en la Ciudad de México, y en donde se trabajan con pacientes a veces, en condiciones de salud graves y donde las discusiones de temáticas bioéticas no son las mismas que en el estado de Querétaro, puede a bien generar una correcta discusión de dilemas o un conflicto personal por interactuar en una ciudad donde se manejan diferente algunas problemáticas sociales y de salud.

Como dato importante a señalar, se comenta que con respecto al dilema bioético que es la muerte de un paciente terminal, la población de la Ciudad de México, mediante la Asociación por un Derecho a Morir con Dignidad (DMD, 2017), en su ejercicio consultivo 2016, publico que con un 68% de los encuestados piensa:

“que un paciente que se encuentre en la fase terminal de su enfermedad con un sufrimiento que ya no puede evitar, debe tener la opción de decidir adelantar su muerte” (DMD, 2017).

Con este dato que arroja el ejercicio de escuchar a la población, se puede observar que ya se están comentando cada día más, los dilemas bioéticos, ya se

están llevando a las personas y tomando en cuenta sus maneras de pensar, los dilemas que discute la bioética en sus mesas de trabajo, y es aquí donde vemos la importancia de generar mentes bioéticas, al interior de los hospitales y de las universidades, específicamente en el ámbito del área de la salud, para tener profesionistas capacitados y atentos para participar en este tipo de aportaciones y ejercicios sociales.

Actualmente en nuestro estado se está desestimando el uso de la razón ética ante la acción que desencadena conflictos con un grueso de la población no afín a este pensamiento político establecido, sin mencionar los espacios que genera la intromisión de los dogmas religiosos, que suelen desencadenar conflictos al grado de empantanar o alterar los pensamientos de la sociedad y su participación.

1.3. Derechos Humanos a la salud y a la correcta información médica.

La Organización Mundial de la Salud, afirma que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Y que el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente (Organización De Los Estados Americanos, 2007). Con ello se reitera que todo ser humano debe contar en su país con acceso a los sistemas de salud, y esta debe ser prioridad de sus gobiernos, dotar de infraestructura, insumos y recursos humanos profesionales ampliamente capacitados.

El derecho al “grado máximo de salud que se pueda lograr” exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación.

El derecho a la salud abarca libertades y derechos (OEA, 2007):

*“Entre las **libertades** se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (por ejemplo, derechos sexuales y reproductivos) sin injerencias (por ejemplo, torturas y tratamientos y experimentos médicos no consensuados).*

*Los **derechos** incluyen el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar”. (OEA, 2007).*

Así los lineamientos de la OMS, se hacen sentir en las legislaciones de sus países miembros, y toman estas declaratorias como nuevos estándares en sus políticas públicas o de metas en materia de salud.

Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos, ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos

centrales de la inequidad en los resultados sanitarios.

El objetivo de un enfoque basado en los derechos humanos es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas.

Con lo anterior, se puede observar que la actualidad en la atención de los sistemas de salud, tiene un sustento en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DDHH), en las diferencias y en el reconocimiento de la diversidad. Dicho derecho ya se está adaptando a un sin número de dependencias de atención de personas, y es por eso que el profesional de la salud, debe estar altamente capacitado en sus técnicas médicas, pero también en los temas bioéticos de la actualidad sobre todo de los DDHH de las personas.

El acceso a la información constituye una herramienta esencial para combatir la corrupción, hacer realidad el principio de transparencia en la gestión pública y mejorar la calidad de nuestras democracias, signadas por una cultura de secretismo y por organismos públicos cuyas políticas y prácticas de manejo físico de la información no están orientadas a facilitar el acceso de las personas a la misma. Asimismo, se señala que, a efectos de corregir la cultura del secretismo y garantizar debidamente el derecho de las personas a la información en poder de los Estados, éstos debían efectuar avances concentrados y simultáneos en tres niveles diferentes:

- 1) *Conocimiento en profundidad del contenido del derecho de acceso a la información, no sólo como herramienta práctica que fortalece la democracia, sino como derecho humano protegido por el derecho internacional;*
- 2) *Régimen de acceso a la información; y*
- 3) *Sistema de excepciones específicas, claras y transparentes. (OEA, 2007)*

Con base en lo anterior se puede inferir que ya el acceso a la información es un derecho humano ponderado en la constitución mexicana, reconocida por organizaciones internacionales e interamericanas. Debido a lo anterior, se lleva al gran salto jurídico de que los secretos de orden médico, en donde éstos ya no son tan secretos, pues el usuario de atención médica está en su derecho de solicitar por medios legales la información del expediente médico en caso de que quiera ejercer actos jurídicos contra el personal médico o de enfermería.

De lo anterior se desprenderá un capítulo posterior acerca de los lineamientos legales en los que puede incurrir el personal profesional del área de la salud, en caso de observarse medidas negligentes o actos de error médico, así como los problemas que puede generar el conflicto de interés de algunas empresas farmacológicas, laboratorios de análisis clínicos y de radiología, pues hoy en día el usuario tiene una gama más amplia de opciones para sus laboratorios así como de medicamentos, sin tener que tomar los que el médico señala, eso puede calificarse de conflicto de intereses y es penado por la legislación mexicana.

1.4. La importancia de formar mentes bioéticas en estudiantes del área de la salud.

La asociación médica mundial, en su manual de ética médica del año 2015 enuncia:

“Es increíble pensar que, aunque los fundadores de la ética médica, como Hipócrates, publicaron sus obras hace más de 2000 años, la profesión médica todavía no cuenta con un currículo de base que se utilice universalmente para la enseñanza de la ética médica ” (AEM, 2015).

Es una realidad que en las distintas escuelas y métodos de enseñanza de la medicina y de la enfermería, se prioriza el aprendizaje en el estudiante, de las técnicas, los procedimientos, los diagnósticos y, su enorme programa de estudios basado en la correcta observación clínica para la toma de decisiones y el tratamiento de las enfermedades, pero sigue habiendo huecos y hasta renuencia de los directivos encargados de actualizar las matriculas, de agregar una preparación más completa sobre la ética y la ética médica.

La atención médica moderna ha planteado dilemas éticos multifacéticos y muy complejos y a veces el profesional médico no está preparado para manejar esto de manera competente.

Se debe aclarar que la temática del presente trabajo de investigación y reflexión no será y no es una lista de lo que está “bien o mal”, sino más bien un intento de sensibilizar la conciencia del personal médico, como base de la toma de decisión

segura y ética, la cual humaniza la relación médico - paciente y a su vez, ayudará a evitar problemas legales, a los que todo profesional está expuesto, pero que en tiempos más cercanos el área de la salud, se ha convertido en centro de ataques legales de todo tipo.

La ética ha formado parte integral de la medicina al menos desde el tiempo de Hipócrates, médico griego del siglo V antes de la era cristiana, considerado el fundador de la ética médica. De Hipócrates surgió el concepto de medicina como profesión, cuando los médicos hicieron una promesa pública para afirmar que los intereses del paciente estarían sobre sus propios intereses. (Juramento Hipocrático)

En los últimos años, la ética médica ha sido altamente influenciada por los avances en derechos humanos. En un mundo pluralista y multicultural, con muchas tradiciones morales diferentes, los principales acuerdos internacionales en materia de derechos humanos pueden proporcionar una base para la ética médica que es aceptada a través de las fronteras nacionales y culturales.

La enseñanza de la ética tiene que ser una alternativa metodológica para la formación bioética de estudiantes de especialidad médica y de enfermería general, de instituciones educativas escolares. Combina conocimientos del área con los de Bioética y afronta el desarrollo moral de los estudiantes en la preparación y desarrollo de clases desde una visión interdisciplinaria.

... “mente bioética” como propuesta para pensar y actuar desde la Bioética, invita a adquirir una nueva visión del ser humano, sus obligaciones con sus semejantes, los animales y el medio ambiente. (Mazzanti, 2006)

Generar profesionales con preparación en Bioética le brindará más confianza, calidad y profesionalismo al sistema de salud de México, pues tendría médicos y enfermeras con mayor sentido humano, respeto y tolerancia hacia las nuevas corrientes de pensamiento y comportamiento de la sociedad, manejar personal con ideologías arcaicas es lo que puede generar descontento al momento de la atención paciente-trabajador, pues desgasta y mantiene un pensamiento de cansancio entre los involucrados.

La actualización debe ser entonces, una meta de la formación de todos los profesionales, estar al día en la tecnología, los idiomas y los pensamientos de la sociedad debe ser casi una obligación, sin embargo de la misma manera debe ser el compromiso de aceptar y entender las enseñanzas del comportamiento basados en la ética, la cual se olvida o se cambia por un conformista comportamiento de masas, o de mínimos diría Adela Cortina (Cortina, 2013)

1.5. La Bioética y la biomédica.

La ética médica está relacionada estrechamente con la bioética (ética biomédica), pero no es idéntica. Puesto que la ética médica trata fundamentalmente problemas planteados por la práctica de la medicina, la bioética es un tema muy amplio que aborda los problemas morales derivados de los avances en las ciencias biológicas de manera más general (Ruiz de Chávez 2015).

Los programas de Bioética contemplan la dimensión ética y moral en los objetivos como comprensión de las implicaciones del uso de la ciencia y la tecnología y como aptitudes personales para realizar investigaciones de forma eficaz.

En la propuesta para discutir aspectos éticos en temas como ingeniería genética, clonación, métodos de planificación familiar y anticoncepción, y fertilización *in vitro*, entre otros. Ante estos, se valoran aptitudes personales como trabajo en equipo, reconocimiento de la contribución a los demás, intercambio e integración de ideas, motivación y perseverancia en la investigación científica, manera ética de trabajar y consideración del impacto medioambiental. (Mazzanti, 2006).

¿Por qué en formar *mentes bioéticas*? (Mazzanti, 2006); porque busca ir más allá de un aprendizaje de contenidos o conocimientos sobre Bioética, que se transmiten a través de lecturas u otros medios, pues tienen soporte teórico y escrito y además son fácilmente medibles.

Una evaluación sobre temas de Bioética o una interpretación de un caso puede hacerse sin comprometer necesariamente las decisiones o la conducta de una persona. Esta propuesta quiere llegar hasta las aptitudes, las actitudes, los valores e, incluso, la conciencia de cada sujeto de la educación.

“La toma de decisiones que se gestan a partir de la investigación médica y científica y que crean reflexiones en torno a cuestiones de Bioética impulsa a brindar una educación que intencionalmente presente opciones para que la información y el conocimiento sean analizados y valorados éticamente, con criterio.” (Mazzanti, 2006)

Los conceptos *formar* y *formación* complementan los términos *educar* y *educación*, lo que le da una connotación que alcanza más profundamente a la persona.

“Formación significa en primer lugar aprendizaje. No se trata de un aprendizaje cualquiera, referido a cosas exteriores o a destrezas, sino específicamente de aquel que tiene que ver con la propia vida, con la propia persona, con la propia conducta e intimidad.” (Mazzanti 2006).

Ordinariamente, una vida así;

“se denomina una vida lograda, una vida feliz. Formarse significa entonces aprender a vivir de tal modo que uno sea feliz. Formarse significa aprender a ser feliz.” (Chauz, 2004).

1.6 Comités de ética y bioética a nivel internacional y México.

La recomendación internacional acerca de la existencia de los comités de ética y bioética ha sido expuesta desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y enfáticamente por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, por sus siglas en inglés United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), la cual describe el comité de ética como :

“un comité que trata sistemáticamente y de manera continua sobre las dimensiones éticas de las ciencias de la salud, de las ciencias de la vida, y de las políticas innovadoras en materia de salud”. (Vidal, 2012).

A su vez y con su respectivo representante continental, se hace fuerte el establecimiento de dichos cuerpos multidisciplinarios para tocar temáticas importantes y apoyar en la formación de pensamientos bioéticos y sus mejores respuestas ante dichos dilemas, como lo enuncia la UNESCO (Vidal 2012):

La expresión “comités de bioética” indica que un grupo (presidente y miembros) se reúne regularmente para tratar de cuestiones que no son simplemente factibles, sino además ampliamente normativas. Dicho de otra manera, un comité no se reúne únicamente para determinar cuál es o no la situación en un campo de interés determinado, sino además

para responder a la pregunta: “¿Cómo debemos decidir y actuar?”
(Vidal, 2012).

Aunque mencionada en leyes, reglamentos y tratados internacionales, la Ley General de Salud revisada en 2011, establece específicamente la obligatoriedad de las instituciones para la atención médica del sector público, social o privado del sistema nacional de salud. (Hall, 2015)

Las instituciones de salud deben contar con Comités Hospitalarios de Bioética (CHB) y, en el caso de que realicen investigación con seres humanos, deben contar con Comités de Ética en Investigación (CEI).

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de 2005 de las Naciones Unidas señala la siguiente obligación:

“Reconociendo que los problemas éticos suscitados por los rápidos adelantos de la ciencia y de sus aplicaciones tecnológicas, deben examinarse teniendo en cuenta no sólo el respeto debido a la dignidad de la persona humana, sino también el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales.”
(DDHH, 2005).

Además de las Pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, entidad en la esfera de la OMS (CIOMS por sus siglas en inglés Council for International Organizations of Medical Sciences), se pueden encontrar pautas para tales comités, elaboradas en las siguientes guías (Hall, 2015):

- Comisión Nacional de Bioética. Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación, México, D.F., 2012
- Comité Director de la Bioética, Guía para los Miembros de los Comités de Ética en Investigación, Council of Europe, 2012
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, Guide No. 3: Educating Bioethics Committees, Paris, France: 2007

Por lo anterior y en base a los lineamientos de los países miembros de la ONU, en México se crea la Comisión Nacional de Bioética, la cual en 1989 instaura el Grupo de Estudio de la Bioética y conforma un cuerpo colegiado.

Más tarde en 1992 se instala la Comisión Nacional de Bioética en la Sala de Consejos de la Secretaría de Salud. Su reglamento interno se presenta un año más tarde. Para el 2000 se publica en el Diario oficial el Acuerdo Presidencial por lo que se crea con carácter permanente la Comisión Nacional de Bioética.

En el año de 2003 se promueve la iniciativa de creación de las Comisiones de Bioética de las Entidades Federativas. En septiembre de 2005, por Decreto

Presidencial, la Comisión Nacional de Bioética se constituye como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica y operativa.

Con estos antecedentes y con la joven experiencia del estudio de la bioética en nuestro país, es que se dan los primeros pasos en la formación de mentes bioéticas mexicanas en busca de un análisis más profundo de dilemas probablemente ya manejados pero de manera superficial, más en el gremio de los profesionales de la salud.

Tabla 1. Reseña histórica de la Comisión Nacional de Bioética en México

Órgano constituido	Año
El Consejo de Salubridad General instauro el Grupo de Estudio de la Bioética como Cuerpo Colegiado	1989
Se crea la Comisión Nacional de Bioética en el Antiguo Claustro de San Pablo	1992
Se emite el Reglamento Interno de la CNB	1993
Se publica el Acuerdo Presidencial que le confiere el carácter de permanente a la CNB	2000
Se crea la Comisión Nacional para el Genoma Humano (CONAGEN)	2002
Se emite el Código de Bioética para el Personal de Salud	2002
Iniciativa de creación de las Comisiones de Bioética en las Entidades Federativas	2003
Desaparece la CONAGEN, y la CNB asume las facultades sobre los aspectos éticos del genoma humano	2004
La CNB se transforma en un órgano desconcentrado con autonomía técnica y operativa	2005

Fuente: Romero-Zepeda (2013).

1.7 Antecedentes de la formación ética y bioética en recursos humanos del área de la salud.

Para iniciar se tiene que explicar un concepto fundamental, ¿Qué es la bioética?,:

“Para la Comisión Nacional de Bioética es la rama de la ética aplicada que reflexiona, delibera y hace planteamientos normativos y de políticas públicas para regular y resolver conflictos en la vida social, especialmente en las ciencias de la vida, así como en la práctica y en la investigación médica que afectan la vida en el planeta, tanto en la actualidad como en futuras generaciones”. (CONBIOÉTICA, 2014)

Con esta explicación, y haciendo hincapié en el tema de la salud y de la importancia de las futuras generaciones, es que se retoma la piedra angular de los profesionistas y sus bases éticas y bioéticas, como se mencionó anteriormente, este trabajo se dirigirá hacia los estudiantes de áreas de la salud, en particular de médicos residentes y pasantes de servicio social de enfermería.

Desde los inicios con Fritz Jahr en 1927 (Hall, 2015): quien la definió como la ética de las relaciones de los seres humanos con los animales y la naturaleza, solo se habían sentado las bases de la discusión del hombre con el medio ambiente, importante por ser el primer vector de estudio y de análisis de los sucesos importantes de la época, sin embargo la bioética tomó distintas variantes, como la

de análisis de la moral, de los problemas bélicos, la alimentación transgénica, entre otros.

Sin embargo fue hasta 1979, cuando Tom L. Beauchamp y James F. Childress publican el libro *Principles of Biomedical Ethics*, cuyo tema principal es el estudio de la ética biomédica, tema en el cual se basa esta tesis, la ética y el comportamiento del personal de salud en el contacto diario con sus pacientes, los que acuden a consulta y revisión, y con los pacientes hospitalizados en mejora de su salud y con los pacientes con deterioro crónico de su estado de salud.

Lo anterior es pertinente ya que ha sido señalado que siendo una realidad inobjetable en Latinoamérica y en México, la desigualdad es un lastre social que marca y delimita ciertas actitudes en todos los momentos, y no se puede exentar la atención médica, el color de piel, el estatus social y económico han sido los elementos más notorios de la diferencia en las atenciones de los usuarios de los servicios de salud, lo que ha generado descontento social y una marcada línea de trabajo con nuestros futuros médicos y enfermeras, generando una subcultura de mejor imagen, más exigencia y mejores ganancias económicas.

Por ello toda perspectiva bioética deberá considerar dos postulados esenciales: la búsqueda de justicia y el ejercicio de la protección universal, señalando que es importante retomar estos postulados de igualdad aun cuando los profesionales están en formación, sino después será demasiado tarde y egresaran con vicios profesionales difíciles de erradicar.

CAPITULO SEGUNDO

Legislación en materia de ejercicio profesional de salud en México.

2.1 Marco jurídico aplicable a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Anexos)

“La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley fundamental del Estado Mexicano, que consagra en el párrafo tercero del artículo 4° la garantía que todo individuo tiene a la protección de la salud...”
(CPEUM,2017).

Las atribuciones de la Secretaría de Salud, se encuentran establecidas en el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, entre las que se encuentra actuar como autoridad sanitaria y ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confieren al Ejecutivo Federal, así como vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables.

La Ley General de Salud reglamentaria del artículo 4°, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece en el artículo 17 bis, las facultades de la Secretaría de Salud, mismas que ejercerá a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, y que dichas facultades se encuentran establecidas en el artículo antes citado y en el 17 bis1 y

17 bis2, así como las señaladas en el artículo 3°, del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. (COFEPRIS, 2015).

El Anexo I cuyo contenido es el del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, muestra en su artículo 7, los conceptos básicos de la atención médica y sus actores principales. Mientras que el 8, se mencionan las actividades reglamentadas por dicha ley en la atención médica y sus profesionistas involucrados. Para el artículo 9; se menciona por la importancia del presente trabajo donde se señala que toda la atención médica prestada se haga con bases éticas, en todo momento.

Al igual se hace mención de sus capítulos XI y XII, donde para el primer capítulo mencionado, se habla de las instituciones gubernamentales que deben regir y controlar la atención médica, desde el plano federal, al estatal y municipal, el siguiente capítulo, es de suma importancia mencionarlo pues habla de las sanciones económicas y penales a las que se pueden hacer acreedores los servidores públicos del área de la salud.

2.2 Demandas, responsabilidad y quejas médicas en el ejercicio de los profesionales de salud en México.

Dentro de la capacitación basada en la ética aplicada y bioética, el conocimiento del marco jurídico mexicano, donde se describe el deber ser desde el punto de vista del derecho y las responsabilidades del profesional de la salud, permite

también valoras las consecuencias de que sus actos médicos no esten apegados primero a la ética médica y despues al marco juridico mexicano.

El abismante aumento de las demandas por responsabilidad médica; problema que no es nuevo, sólo lo es su gran incremento; ha generado un aumento de los costos de todo tipo en la atención sanitaria y, en muchos casos, el ejercicio de una medicina defensiva como se ha podido observar en otros países (caso Estados Unidos de Norteamérica por ejemplo).

Esto ha llevado a las instituciones de salud al desarrollo de programas de Auditoría Médica que tienen por objeto la evaluación crítica periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes. Su objetivo específico es elevar la calidad de la atención sanitaria a través de acciones de evaluación y control periódico (Rencoret, 2003).

Las cifras que proporcionan las estadísticas del Servicio Médico Legal en Chile, dan cuenta de un crecimiento exponencial, ya que en los inicios de los años 80's se reportaban 5 casos por año para peritajes derivadas de casos de supuestas o reales negligencias médicas, llegando a 50 casos por año en los albores de la década de 1990 y a 500 casos por año en el inicio de los 2000. A nivel internacional, se pueden observar los siguientes reportes (Rencoret, 2003):

- a) En el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte un monto de casi US\$ 9,000 millones entre costos por indemnizaciones, estadías

hospitalarias, responsabilidad por reclamos e infecciones hospitalarias, estimándose que un 15% de éstas pueden ser evitadas.

En EE.UU. el costo nacional por eventos médicos adversos, lucro cesante, demandas por discapacidad y otros, asciende a alrededor de US\$ 40,000 millones por año. En España, considerando sólo los costos de las primas de seguros del sector público INSALUD, compromete un monto de US\$ 60 millones, debiendo tener presente que de acuerdo a la información del año 2002 los seguros estarían retirándose del mercado asegurador sanitario español porque habría incurrido en pérdidas) En Chile se estima que las demandas que debió enfrentar el sector público de salud los años 2001 y 2002 ascenderían a la suma de US\$ 40 a 50 millones por año. (Rencoret, 2003)

Los conflictos médicos, como se puede observar, no solo se significan en un dilema y crisis moral, sino tienen un carácter económico en su mayoría y afectan en todos los rubros; por ejemplo si las demandas son institucionales se derivan las indemnizaciones del gasto corriente de las instituciones de salud, por el contrario si son demandas penales o civiles, derivan pagos a cargo del médico o profesional de la salud en conflicto.

El tema ético al que adicionalmente al dotar de autonomía al paciente a través de un consentimiento informado, sobre todo en el caso de toma de decisiones en medicina pediátrica, se aboga en este trabajo es el criterio humano del “bien actuar”, del hacer el correcto trabajo, de orientar sin preferencias económicas, sin coaccionar lugares de referencia para estudios radiológicos o de gabinete,

abstenerse de regalos, viajes, o incentivos económicos por parte de representantes farmacéuticos, pues en algún momento estos conflictos de interés pueden ser el eslabón perdido que termine en una demanda civil o administrativa.

¿Por qué en ese laboratorio? ¿Por qué solo con este fisioterapeuta? ¿Existen más opciones de medicamento más económico? ¿Puedo ir a escuchar otra opinión médica?, son algunas de las preguntas que se hace el usuario del servicio privado, y a las que tiene derecho el usuario del servicio público en un contexto más complejo de la burocracia institucional, cuando sale de consultas con alto nivel de coacción, pues no están de acuerdo con el manejo del médico sus indicaciones o hasta del medicamento, y este descontento es el principio de una mala relación médico-usuario, lo que determina en gran mayoría en las quejas médicas.

La relación *médico-paciente* ha ido cambiando, de ser un vínculo estrecho, nacido del conocimiento personal y de la confianza prolongada a través de los años entre ambas partes, a tal grado que con frecuencia, él profesional médico llegaba a ser considerado un integrante más de la familia “médico de familia”. (Zurita-Navarrete, 2011)

En la actualidad, ha pasado a constituirse en la mera prestación de un servicio y recepción de un servicio convirtiéndose el médico en un “prestador de servicio” y el paciente en un “usuario” circunscrito a veces a un momento único. Esta ruptura y deterioro de la relación médico-paciente se ha convertido en el pilar y factor

principal generador de queja y demanda sumándose otros factores que se describirán después.

Cuando un paciente solicita atención médica, el profesional médico lleva a cabo una serie de acciones con la finalidad de restablecer su estado de salud “curarlo” una vez brindada esta atención médica, existen solo dos caminos posibles; la “satisfacción” del paciente o su “insatisfacción”, la cual, a su vez puede llegar tan solo a una queja del servicio prestado o lo que para el personal médico representa un temor latente, verse, sujeto a una demanda médica. (Zurita Navarrete, 2011)

Lamentablemente en México no existen muchas estadísticas que hagan mención a la cantidad de procesos médico-legales, en los últimos años, pero lo que es una realidad, es que las denuncias ante instituciones de impartición de justicia (Ministerio Público, Penal, Civil y Administrativa) han aumentado en forma alarmante, a tal grado que las demandas se han cuadruplicado en los últimos diez años.

Lo que ha llevado a muchos médicos y enfermeras a practicar la llamada medicina defensiva, es decir, a “no tomar decisiones de riesgo por miedo a las reclamaciones, sometiendo al paciente a multitud de pruebas para que no queden cabos sueltos” (Bello-Janeiro, 2009)

Los costos incrementados para el Estado que representan el encarecimiento de la Medicina Privada, constituyen otro factor más, a su vez generador de demanda médica.

En México, la Comisión Nacional Médica (CONAMED) reportó que los prestadores de servicios de salud generan anualmente 187 millones de consultas generales, 41 millones de consultas de especialidad, 27 millones de consultas de urgencia, 1.5 millones de partos, 3.1 millones de intervenciones quirúrgicas y 4.5 millones de egresos hospitalarios. En el último trienio, más de 4.5 millones de consultas otorgadas. (CONAMED, 2010).

Cabe señalar que las consultas del sector privado en la actualidad están igualando al sector de salud público; lo que está reflejando el mismo aumento en las demandas médicas o las quejas ante CONAMED.

En 2010, las principales especialidades o servicios que se relacionan con las 654 gestiones de demanda inmediatas, están comprendidas por: Ortopedia y Traumatología (21.6%); Medicina Familiar (14.5%); Cirugía General (8.9%); Medicina Interna (7.5%); Medicina de Urgencias (6.6%), y Ginecología y Obstetricia (4.4%), este orden porcentual de las especialidades con más quejas cambia y otras especialidades involucradas y que desplazarán a otras son anestesiología, cirugía plástica, otorrinolaringología, pediatría. (SAQMED, 2010)

Con respecto a los datos actuales en el mes de Junio se dio a conocer la demanda y resolución judicial en contra de dos pediatras del sistema privado en el

estado de Veracruz los cuales fueron demandados por los padres de un menor acusados de “mala praxis”, y encontrados culpables de mal tratamiento, y la pena adjudicada a los médicos fue de años de cárcel.

En relación a los asuntos recibidos por tipo de servicio ofrecido por parte de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en el año 2010, un total de 11,585 casos, de los cuales 4,421 casos fue por Orientación, 4,555 fueron por Asesoría Especializada, 654 casos fueron de Gestión Inmediata, 1,652 por Quejas y 303 casos por dictámenes. (SAQMED 2010)

Como lo dice el Dr. Zurita Navarrete (Zurita, 2011):

“Nada hay que alarme más a un médico que un citatorio a un juzgado por motivos de una demanda, cuando se recibe la noticia el día completo y lo siguientes se arruinan, una sensación de angustia se hace presente en todos los actos de la vida y el desasosiego de saber qué pasó y con cual paciente... Una demanda médica implica un cambio en la vida profesional, la forma en que el médico recibe la aplastante realidad de una demanda en su contra.”
(Zurita, 2011).

El impacto de la demanda en contra lleva por lo regular el mismo flujo de ideas, las cuales las ha enunciado el Dr. Guzmán Mora en su libro “El impacto psicológico de una demanda sobre el médico” (Cuadro 1):

Cuadro 1. Impacto psicológico de una demanda sobre el médico.

<i>Estadios del impacto psicológico a partir de una demanda sobre el personal médico</i>	
1	<i>La reacción inicial de negación: la primera reacción es negar la situación. Se piensa: "Esto no puede ser para mí. Debe existir un error. Se equivocaron de médico y de nombre".</i>
2	<i>La angustia como "reacción de rebote": ¿Qué va a pasar?, ¿Qué voy a perder?, ¿Qué van a decir quienes me conocen?, ¿De dónde voy a sacar para pagar el abogado de mi defensa?</i>
3	<i>El paso a la depresión y al aislamiento. En este momento la autoestima llega a sus más bajos niveles. Se cuestiona la propia capacidad profesional y la integridad personal. Todo el esfuerzo de años de estudio y trabajo se desvanece ante los propios ojos.</i>
4	<i>El resentimiento por un esfuerzo sin compensación. El médico demandado siente que la sociedad lo ha defraudado y que el sacrificio de todos los años anteriores no ha obtenido recompensa justa.</i>
5	<i>La alteración del ejercicio médico. Se comienza a ejercer una medicina defensiva, manifiesta en varios aspectos: Una notoria crueldad en la información. El rechazo de casos difíciles y la evaluación permanente de los pacientes y sus familias como los peores enemigos del médico.</i>
6	<i>Aparición de complejo de culpa. La reacción con las personas se vuelve un desastre. Pensamientos paranoides afloran: Los amigos se van a formar un mal concepto; los jefes pueden utilizar esta circunstancia como pretexto para prescindir de la vinculación laboral, los pacientes van a sospechar de la competencia profesional.</i>
7	<i>Esperanzas vanas. Aparecen entonces otras posibilidades. Esperanzas de una llamada que diga que la demanda fue hecha para atrás, un golpe de suerte que obligue a los demandantes a reconocer su injusticia; en fin, la posibilidad de que solamente sea un mal sueño.</i>
8	<i>Asunción del problema en el plan de lucha. Por último, se colocan las cosas en perspectiva. Se debe pelear. Ni más faltaba que la partida se pierda sin la posibilidad de replicar el mal movimiento. Esta es la forma sana de asumir la demanda. Allí empieza el cerebro realmente a trabajar.</i>

Fuente: Zurita Navarrete (2011)

En este cuadro 1 se enmarcan los estadios psicológicos que un médico mantiene al momento de ser notificado, que está siendo acusado legalmente y que existe una demanda en su contra.

2.3. Responsabilidad del profesional de la Salud

El profesional de la salud, es todo aquel profesional que relacionado con los cuidados o curas. Podemos distinguir las profesiones médicas (médicos, cirujanos-dentistas, parteras...) y los profesiones paramédicos, como enfermeras, fisioterapeutas, podólogos, entre otros. dentro de los cuales, como actores centrales en la atención general en salud del paciente, figuran el profesional de enfermería y el profesional médico, basados siempre en las responsabilidades que su título profesional le otorga y las cuales la Ley General de Salud, le delimita.

En otras palabras, se define a la responsabilidad como "capacidad u obligación de responder de los actos propios y en algún caso de los ajenos" (referencia). Al igual que el secreto profesional, la responsabilidad es ante todo una virtud que debe poseer el profesional de enfermería ya que lleva implícito la libertad de actuar o no como sujeto de mérito (de bien y ser consecuente en el trabajo, hacer buen uso de cada principio ético, de guiarse por el camino de la moral y ser cuidadoso en las cosas que son puestas a su cuidado).

Cabe hacer notar, que para las y los profesionales de la salud, el Código Penal Mexicano tiene como función el sancionar y documentar actividades que salgan de la Ley General de Profesiones, por lo tanto en el profesional de salud que ha violentado la ley general de salud, bien por su acción por omisión, negligencia, o imprudencia como se puede observar en el Anexo II.

En el caso del profesional médico, el tema de la responsabilidad profesional en materia de salud es hoy un asunto de amplia discusión en nuestro país y en el resto del mundo. El número de quejas y demandas originadas por la prestación de los servicios médicos en la actualidad, nos obliga a reflexionar acerca de las causas que han motivado su incremento y, sobre todo, exige particularmente de la comunidad médica y legal un conocimiento profundo sobre la materia, pues en la solución de estas controversias está involucrado uno de los intereses fundamentales que le asiste a todo mexicano: el derecho a recibir prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea. (SCJN, 2013).

Los datos que se presentan refieren en este caso al Estado de Querétaro, donde se observan aumentos y disminuciones de quejas médicas en diferentes especialidades médicas, sin embargo en general más mismas no bajan, solo cambian los protagonistas.

Como derechos a la salud, en el marco jurídico mexicano, se encuentran plasmados en nuestra carta magna, sin embargo se han subdividido en las leyes, reglamentos y demás reglamentaciones nacionales en materia de salud.

En principio y como referencia histórica, es necesario señalar que, en México, la revolución de 1910 fue un factor decisivo para la conformación de los llamados derechos sociales, también conocidos como derechos prestacionales, los cuales implican, necesariamente, una acción positiva por parte del Estado que se traduce normalmente en la prestación de algún bien o servicio. (SCJN, 2013).

Las principales demandas populares que originaron este movimiento social fueron recogidas posteriormente en el texto constitucional de 1917, adicionando a los tradicionales derechos individuales esa nueva clase de derechos que elevaron a norma fundamental la defensa de los derechos de los trabajadores, y que no tardaron en incluir la protección a la mujer embarazada, la obligación patronal de establecer enfermerías, la atención de accidentes laborales y enfermedades profesionales, y la cobertura de las indemnizaciones por riesgos de trabajo, por principio. (SCJN, 2013).

Ahora bien, el derecho a la protección de la salud en México, se circunscribe precisamente dentro de esta rama del derecho y, por tanto, impone al Estado la obligación de realizar a favor de su titular una serie de prestaciones, las cuales están destinadas a satisfacer una necesidad de índole individual, pero colectivamente considerada.

Se trata de un derecho que se revela frente al Estado, el cual asume el deber de proteger convenientemente la salud mediante la organización y puesta en funcionamiento de los medios que se consideran necesarios para acceder a ella. El sentido de la intervención estatal en el ámbito de la salubridad –como en cualquier otro derecho social– no es otro que el de superar la desigualdad existente entre los miembros de una sociedad y que impide a muchos un tratamiento médico adecuado, entre otros aspectos que este derecho contiene.

Dentro de este contexto y como reconocimiento a uno de los derechos fundamentales contenidos en la declaración universal de los derechos humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1984); el derecho a la protección de la salud, como derecho autónomo, fue elevado a rango constitucional mediante reforma al artículo 4o de la Constitución Federal, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983, por la cual se le adicionó el siguiente párrafo:

“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, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.” (referencia, año).

El derecho a la salud encuentra su contenido específico, por disposición expresa de la misma Constitución (en atención a la reserva de ley que se encuentra contenida en su artículo 4º) en las disposiciones legislativas secundarias, a las cuales corresponde reglamentar y ampliar los contenidos del derecho a la protección de la salud constitucionalmente consagrado.

En este sentido, la Ley General de Salud se encarga de definir los propósitos que se persiguen con la protección de este derecho fundamental, al disponer en su artículo 2o que tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;

III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y

VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud. (LGS, 2017)

Por su parte, el artículo 51 del referido ordenamiento (Anexo I) contiene otro de los derechos que le asiste a todo usuario del sistema nacional de salud, ya sea éste de carácter público o privado, al disponer que:

Artículo 51.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares. (referencia, año)

Como se advierte de lo anterior, el derecho a la salud en nuestra legislación no se limita a la sola prestación del servicio médico, sino que abarca, junto con éste, el derecho a que la atención médica sea proporcionada en las condiciones que la propia ley establece, es decir, de una manera profesional y éticamente responsable, en condiciones de respeto y dignidad.

El término jurídico “responsabilidad” proviene del vocablo latino “responder” que se traduce en la obligación de responder de alguna cosa o por alguna persona.

En otras palabras, debe entenderse que la responsabilidad es la obligación que tiene toda persona de responder por los hechos o actos en que participe, cuando los mismos han sido origen de un daño en las personas o cosas; “significa, de igual forma, reparar, satisfacer y compensar aquel evento negativo en el curso del quehacer diario con motivo de actos, omisiones y errores, ya sean voluntarios o involuntarios. (Barba-Orozco, 2000).

En este contexto, es posible afirmar que la responsabilidad profesional médica es

“la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios

incluso, dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión.”
(Calabulg, 1983).

Como antecedente histórico de la responsabilidad médica, es interesante mencionar que ya desde el Código de Hammurabi, redactado alrededor del siglo XVIII antes de Cristo, se disponía que:

“Si un médico ha llevado a cabo una operación de importancia en un señor con una lanceta de bronce y ha causado la muerte de ese señor o si ha abierto la cuenca del ojo de un señor con la lanceta de bronce y ha destruido el ojo de ese señor, se le amputará su mano.” (Hammurabi).

En la actualidad, el ejercicio de la medicina está sujeta a diversas normas reguladoras para asegurar su buen desempeño y proteger los valores de la comunidad a la cual debe servir el médico.

Por ello, cuando el galeno en el ejercicio de su actividad profesional cause un resultado negativo en la salud de algún paciente, o como se conoce en el lenguaje médico, provoque una iatropatogenia, en ese momento surge la obligación de responder civil, administrativa y/o penalmente por el daño producido (referencia).

En esta ocasión se delimitará el hablar sobre la responsabilidad vinculada directamente con el rubro sanitario, sin incluir otras tales como la responsabilidad laboral, en que, de igual forma, pueden incidir los facultativos en su calidad de patrones. A continuación, el Cuadro II muestra los aspectos legales específicos

que refieren a la responsabilidad administrativa, civil y penal en México al que está sujeto el profesional de salud.

Cuadro II. Aspectos legales específicos de las responsabilidades administrativa, civil y penal del profesional de salud en México.

Tipo de Responsabilidad	Características	Marco Legal de Protección y Actuación
Responsabilidad administrativa	<p>Este tipo de responsabilidad surge cuando el médico infringe alguno de los preceptos establecidos en la Ley General de Salud, sus Reglamentos y demás disposiciones que emanan de dicha ley, con independencia que se cause o no un daño en la salud del paciente.</p> <p>A manera de ejemplo, es posible citar que, al realizar su actividad profesional, las instituciones de salud y los facultativos deberán cumplir con todas y cada una de las obligaciones establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicio de Atención Médica, que al efecto dispone la forma y condiciones en que dicho servicio deberá ser prestado.</p>	<p>Las sanciones por responsabilidad administrativa son impuestas por las autoridades sanitarias, mismas que, según lo dispone el artículo 417 de la Ley General de Salud, pueden consistir en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amonestación con apercibimiento • Multa; • Clausura temporal o definitiva, que podrá ser parcial o total, y • Arresto hasta por treinta y seis horas. <p>Por otra parte, cuando se trate de profesionistas que por virtud del cargo desempeñado dentro del Sector Salud, tienen el carácter de servidores públicos, los mismos podrán ser sancionados en términos de lo dispuesto en la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, sanciones que pueden consistir en la destitución y/o inhabilitación para volver a desempeñar un cargo público</p>
Responsabilidad civil	<p>La responsabilidad civil, a diferencia de la responsabilidad administrativa, supone, necesariamente, la existencia de un daño, ya sea éste de tipo patrimonial o moral, es decir, este elemento constituye un requisito sine qua non para su configuración. Como elementos de esta responsabilidad encontramos, en primer término, “que se cause un daño; en segundo lugar, que alguien haya causado ese daño procediendo con dolo o con simple culpa y, finalmente, que medie una relación de causalidad entre el hecho determinante del daño y éste último” (Rojina-Villegas, 1994).</p>	<p>El Código Civil Federal establece, en forma genérica, la obligación de toda persona de reparar el daño causado cuando se hubiere actuado ilícitamente o contra las buenas costumbres, al efecto, el artículo 1910 señala:</p> <p><i>ARTÍCULO 1910.- El que obrando ilícitamente o contra las buenas costumbres cause daño a otro, está obligado a repararlo, a menos que demuestre que el daño se produjo como consecuencia de culpa o negligencia inexcusable de la víctima.</i></p> <p>Asimismo, la responsabilidad civil puede ser de índole contractual o extracontractual. En el primer caso, la obligación de indemnizar la adquiere aquel que ocasiona el daño debido al incumplimiento de un contrato, o a su cumplimiento defectuoso o tardío. Al respecto, resulta conveniente mencionar lo dispuesto en el artículo 2104, el cual dice:</p> <p><i>ARTICULO 2104.- El que estuviere obligado a prestar un hecho y dejare de prestarlo o no</i></p>

		<i>lo prestare conforme a lo convenido, sera responsable de los daños y perjuicios...</i>
Responsabilidad penal	<p>A diferencia del derecho civil que tutela, específicamente, un interés individual y que, en caso de contravención, da lugar a una sanción indemnizatoria, el derecho penal descansa en la idea de un valor colectivo que el Estado debe proteger y que genera para el autor de la conducta reprochable una sanción represiva, como puede ser, entre otras, la pena de privación de la libertad.</p> <p>La responsabilidad penal surge cuando una persona, en contravención a las normas que describen las conductas delictivas, comete en forma dolosa o culposa alguno de los ilícitos previstos por dichos ordenamientos.</p>	<p>Los delitos referentes al ejercicio profesional de la medicina se encuentran establecidos en los distintos códigos penales de la República, en la Ley General de Salud, así como en diversos ordenamientos referentes al ejercicio profesional.</p> <p>Al respecto el artículo 228 del Código Penal Federal establece:</p> <p>Art. 228.- Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre el ejercicio profesional, en su caso:</p> <p>I.- Además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia; y</p> <p>II.- Estarán obligados a la reparación del daño por sus propios actos y por los de sus auxiliares, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquellos.</p> <p>Cabe señalar que la reparación del daño en materia penal tiene el carácter de pena pública y se exige de oficio por el Ministerio Público. Los afectados o sus derechohabientes pueden aportar las pruebas para demostrar las procedencia y el monto la indemnización.</p> <p>Esta reparación del daño comprende, al igual que en la materia civil, la indemnización del daño material y moral causado, incluyendo el pago de los tratamientos curativos en que incurrió la víctima.</p>

		Finalmente, debe señalarse que cuando se exija el daño en la vía penal, la indemnización será fijada por los jueces atendiendo a las pruebas obtenidas en el proceso y, de igual forma, con base en lo establecido por la Ley Federal de Trabajo.
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Código Civil (2016), Código Penal (2016), Ley General de Salud (2016)

2.4. Comisión Nacional de Arbitraje Médico

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, creado por decreto presidencial, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 3 de junio de 1996, para contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud así como a mejorar, la calidad en la prestación de los servicios médicos.

Es por lo tanto, una institución que tiene por objeto contribuir a resolver en forma amigable y de buena fe los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de los mismos; que promueve y propicia la buena relación, el trato digno, los valores, el apego a la *lex artis* médica y la ética en la relación médico-paciente.

La CONAMED, es una instancia especializada que cuenta con autonomía técnica y tiene atribuciones para recibir quejas, investigar presuntas irregularidades en la prestación de servicios médicos y emitir sus opiniones, acuerdos y laudos, los cuales permiten solucionar los conflictos actuando con imparcialidad, confidencialidad y respeto, mediante procedimientos alternativos para la

resolución de los conflictos tales como: orientación, gestión inmediata, conciliación y arbitraje (Modelo Mexicano de Arbitraje Médico).

Actualmente la CONAMED atiende un promedio de 17,000 casos anuales y promueve la mejora de la práctica de la medicina a través de recomendaciones y cartas de derechos dirigidas a pacientes, médicos, odontólogos y enfermeras, así como acciones de investigación, difusión y vinculación que retroalimentan los esfuerzos institucionales e individuales, para otorgar los servicios de salud con calidad y respeto.

Desde sus inicios la CONAMED se ha encargado de ser un mediador imparcial entre el usuario y el prestador de servicios, para lo cual genera un ambiente de cordialidad, respeto y justicia entre ambas partes, para este organismo nacional la ética y la responsabilidad de profesional de salud son los factores por los que pugna en sus intervenciones, y por lo cual el presente trabajo desea ser parte de la formación de los próximos médicos especialistas y licenciadas en enfermería, si se basa todo el actuar humano y profesional en la ética, no habría tantos casos de quejas médicas, sin embargo se ha dejado a un lado el saber que se interactúa con personas, con sentimientos y valores, se ha roto el trato humano de la relación médico-paciente.

La manera en que se desempeña la CONAMED ante los casos de quejas medicas lo describen en sus manuales de información y lo describen como el proceso de atención institucional parte de una atención continua a través de una secuencia de

servicios, los cuales se van otorgando conforme se avanza en el proceso, así tenemos los siguientes supuestos: verificar espacios entre renglones, y entre párrafos como dice el documento principal de la Dirección de Investigación y Posgrado (son diferentes todos), son excepciones solo las tablas, gráficas y cuadros.

- a) Cuando se trata de inquietudes o dudas que no tienen que ver con la queja médica en sí, pero que son interrogantes de la ciudadanía respecto del entorno, la atención médica, requisitos, formalidades, direcciones, entre otras, se atienden mediante el servicio que se denomina Orientación, el cual se otorga por personal técnico, tanto en forma directa como por teléfono, correspondencia, o bien a través de Internet.
- b) En la atención inicial de una queja médica, personal integrante de los módulos, médico y abogado; explican detalladamente los derechos y obligaciones de las partes, respecto del acto médico reclamado, a efecto de que éstas determinen sus pretensiones. Este servicio denominado asesoría especializada, permite que ambas partes, conozcan los principales aspectos jurídicos y médicos de su queja; tengan claridad de lo sucedido y, en su caso decidir si presentan su inconformidad para resolver sus necesidades y pretensiones que la institución no cubrió, o bien, tomar la decisión de continuar en el proceso de ingreso de la queja médica con la información necesaria y adecuada a cada caso.
- c) Conforme a la revisión de la queja, si se manifiesta que las pretensiones son exclusivamente médicas y de acuerdo a la situación de salud del paciente, se detectan situaciones urgentes o tratamientos médicos

incompletos, se privilegiará la salud del paciente, por lo que se realizan las gestiones inmediatas necesarias para satisfacer las pretensiones mediante acuerdo con la instancia prestadora de servicios de salud, actuando en forma expedita y promoviendo una atención especial a fin de resolver el conflicto de manera inmediata. Esta modalidad de resolución es monitoreada hasta su conclusión.

- d) Una vez admitida la queja y definida la pretensión del quejoso se continúa con el proceso. Todos estos aspectos son analizados en forma conjunta y sobre todo explicados a conformidad de las partes. Se revisa la legitimación del promovente, es decir, si la queja se presenta en forma directa por el afectado o en representación de un tercero. Una vez entendido el proceso, con plena convicción y de manera voluntaria, ambas partes deciden facultar a la institución para que se proceda a aplicar el proceso arbitral, el cual tiene dos grandes etapas: la primera, conciliatoria, en donde ambas partes son las que resuelven la controversia en forma autocompositiva, con la celebración de un convenio de conciliación, o bien la etapa decisoria o resolutoria, en la que una vez agotada la etapa previa, al no llegar a ningún acuerdo, solicitan a la institución la elaboración de una sentencia arbitral; mediante la cual se atiende y revisa a fondo el acto médico reclamado con la participación que corresponda a las partes (pruebas y alegatos), la intervención de expertos médicos calificados y finalmente la conclusión heterocompositiva con la emisión de un laudo.

El arbitraje se desarrolla alrededor de un compromiso de carácter civil y no tiene por objeto esclarecer delitos, el objetivo es evitar el abordaje penalístico de asuntos puramente civiles.

El arbitraje visto en forma integral y como proceso, no sólo contempla la vía del estricto derecho, sino que en caso de que las partes así lo determinen, abarca la propuesta de arreglo y la resolución en conciencia o equidad.

Si la CONAMED es designada como árbitro, ambas partes deberán conocer los términos de los compromisos que resulten del proceso, esto implica que una vez terminado el arbitraje, se emite un laudo o fallo, que no es una resolución de carácter judicial por no ser la CONAMED autoridad judicial, pero otorga al asunto el carácter de cosa juzgada, entonces para que resulte ejecutable, debe ser homologado por la autoridad civil correspondiente y ante su incumplimiento se tiene la posibilidad de acudir ante el juez de la localidad para que proceda a su ejecución. Si por el contrario, el laudo establece que no hay responsabilidad del prestador de servicios, el usuario ya no podrá demandar ante los órganos judiciales.

La atención médica ha experimentado un cambio paulatino al pasar de un modelo paternalista a un modelo bioético; en el que se conjugan los derechos de las partes en la relación médico paciente, buscando el respeto mutuo, la colaboración y la justicia. Toca al profesional de la medicina ejercer una práctica acorde a la *lex artis*, respetando en todo momento el marco ético, normativo y legal. Es por ello

que la relación médico paciente, se ubica como una relación jurídica y por tanto coexisten derechos, obligaciones y cargas recíprocas.

En esos términos, el paciente tiene derecho a la protección de la salud, calidad en la atención y medios terapéuticos, así mismo existe bajo el principio de autonomía o permiso, la garantía jurídica de manifestar su aceptación o desaprobación ante los medios, técnicas y procedimientos propuestos.

Por su parte, el médico tiene el derecho de libertad prescriptiva (garantizado por la constitución en su artículo 5º , bajo la libertad de trabajo: dedicarse a la profesión de manera lícita); merced a éste puede ofrecer al paciente los medios, técnicas y procedimientos que su leal saber y entender le aconseje y así también, tiene la facultad de proteger la salud, de ahí el término facultativo.

La interpretación de los derechos y obligaciones de las partes supone el surgimiento de puntos de vista e intereses discordantes y por ello, es innegable que el propio desarrollo del proceso de atención médica necesita órganos y procedimientos *Ad hoc* para la solución de controversias.

No resulta extraño que el número de reclamaciones ante los tribunales, los órganos de procuración de justicia, las contralorías internas y los organismos protectores de los derechos humanos se haya incrementado en los últimos tiempos.

2.5. Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Querétaro.

Las actividades de la comisión estatal de arbitraje médico, tiene funciones basadas en los lineamientos nacionales, y a palabras del comisionado estatal, el Dr José Norberto Plascencia Moncayo es:

“La Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Querétaro (CAMEQ) es un órgano desconcentrado con plena autonomía legal para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos.

Su objetivo es contribuir a la solución de los conflictos suscitados entre los usuarios y prestadores de servicios médicos. A partir de esta función sustantiva, su misión es colaborar a mejorar la calidad de la atención médica que reciben los habitantes del Estado, tanto en instituciones públicas como privadas.

La manera de solucionar los conflictos es instrumentado los métodos alternos de justicia: la mediación, la conciliación y el arbitraje. La Comisión tiene también la facultad legal de intervenir de oficio en cualquier asunto de interés general en la esfera de su competencia.

La Comisión ofrece a los usuarios que lo soliciten realizar los trámites procedentes de manera expedita, gratuita, imparcial, confidencial y científica”. (referencia, año).

Dentro de sus actividades se encuentra el contribuir a mejorar la calidad de los servicios médicos del Estado, basados en los derechos a la protección a la salud

de los individuos, a través de la consolidación de arbitraje médico y los sistemas de calidad y evaluación en las instituciones médicas.

Sus alcances los describen como, el contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos profesionales y los profesionistas prestadores de los mismos para mejorar la calidad de los servicios médicos del Estado, a través de una mejor relación médico paciente, reflejada en un buen trato digno y respetuoso y atención médica adecuada y asertiva.

A su vez enlistan el marco jurídico legal de los profesionales de la salud y del usuario, para ello es importante mencionar las diferentes cartas de derechos con las que se cuenta actualmente en el país y de las cuales todos los ciudadanos de alguna u otra manera son parte.

Se conocen como cartas de los derechos de los pacientes, de los médicos y de las enfermeras y enfermeros de México, es importante señalar que actualmente se cuenta también con una carta de los odontólogos profesionales, además de ser un gremio importante de la salud pública, viene a ser en la actualidad un grupo mayormente en procesos de quejas médicas y demandas judiciales.

Instituciones como la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Querétaro, brindan apoyo gestor en un conflicto siendo imparciales entre el demandante y el demandado, siendo los árbitros objetivos en los casos de conflictos médicos. A palabras del comisionado del estado de Querétaro el Dr Plascencia:

Las diferencias y los conflictos son muchos y en ocasiones profundos e irreconciliables. Pero esto último es aparente. Nada hay que no pueda resolverse si el desencuentro no es radical. Por lo demás, la Comisión de Arbitraje Médico actúa con la conciencia de que el conocimiento de la verdad y la buena fe son elementos que perfilan el camino de la conciliación y el acuerdo. (Plascencia, 2011).

Los conflictos reinician por inconformidad, malestar o insatisfacción, sin embargo la mayoría de los sucesos llevados a estos niveles son por una mala relación medico-paciente, lo que lleva a pensar, de que modo están siendo educados los profesionales de la salud para romper esta dualidad ancestral y terminar en una mesa de negociación legal ante la comisión.

En tal virtud, en la Comisión hemos elaborado y puesto en práctica una tarea de convencimiento para que las partes encontradas se puedan encontrar, para que el enojo o la molestia de los que se sienten mal atendidos o desatendidos maticen sus juicios y escuchen las razones y las circunstancias del prestador de servicios médicos.

Hemos descubierto que los malos entendidos constituyen el fondo de la mayor parte de las inconformidades y las quejas. (Plascencia, 2011)

Con lo anterior se reitera que el trato cálido y humano, entendible y claro que debe tener el medico con sus pacientes, se está perdiendo y va a la baja, no es normal pensar que un paciente se queje ante la comisión de no entender los tratamientos

o las opciones ofertadas, nos habla entonces de una ruptura de las relaciones humanas, por ello es de importancia hacer hincapié en la formación ética y bioética en los estudiantes del área de la salud antes de su egreso profesional para que al practicar su trabajo no caigan en el dilema de las siguientes estadísticas.

“Nuestra tarea no es definitiva ni dicta sentencias inapelables. Es más eficaz recomendar un cambio de actitudes para evitar tanto como sea posible los errores, las negligencias y la falta de profesionalismo”. (Plascencia, 2011).

CAPITULO TERCERO

3.1 Breve historia del trato desigual en México, perspectiva actual de la atención médica.

Desde nuestros orígenes la figura del ser humano ha sido debate de mentes brillantes, y base de argumentaciones tan completas que por suerte nosotros han permanecido como fiel reflejo los pensamientos de distintas épocas del mundo, donde se plasma primeramente la ideología que reina en el momento histórico y a su vez, los conceptos antes estudiados y muy importante las ideas acerca del devenir de ser humano.

La filosofía siempre se ha preguntado desde la época de los griegos; ¿Quiénes somos?, ¿Que somos?, ¿Existe el alma?, muchas de esas preguntas se presenta hasta épocas actuales sin respuestas de consenso, ni científico ni mucho menos filosófico, los cuales pelean por darle respuestas según sus perspectivas, pero es este capítulo nos centraremos en responder y orientar sobre la pregunta: ¿Que somos?; para entender de la mano de la historia el porque se viene desarrollando una cultura poco ética por parte del personal de salud siendo parte importante del divisionismo y de un trato desigual hacia los principales actores de la atención médica; los pacientes.

El origen del ser humano no está claro aún y se difiere de cómo se llegó a dar la vida en este planeta; siendo la teoría del big-bang la más aceptada por la

comunidad científica y de la cual se han obtenido las respuestas más cercanas a la pregunta de dónde se originó la vida en nuestro planeta.

La evolución biológica es una de las teorías que quisieran dar las respuestas al proveen del ser humano y se describe como el proceso de transformación de unas especies en otras mediante la acumulación de pequeñas nuevas características que van adquiriendo las sucesivas generaciones de descendientes durante millones de años.

Según Dobzhansky (1900-1975): *“en biología «nada tiene sentido si no es bajo la perspectiva evolutiva». Efectivamente, la teoría de la evolución es un modelo útil para entender el desarrollo de la historia de la vida y prever su evolución futura, relaciona los conocimientos de diversas ciencias: genética, bioquímica, botánica, zoología, paleontología, ecología, biogeografía, etc.”*

Con ello partimos para entender el origen de la vida evolucionada sobre el planeta, sin embargo esta es una de las variadas formas de interpretar la vida del hombre sobre la tierra. Poco después la publicación de la obra de Charles Darwin “El origen de las especies” tuvo un gran impacto tanto en los científicos de su época, como en la sociedad en general.

Algunos científicos se mostraron favorables al darwinismo, como T. Huxley (1825-1895) que comentó: “Qué extremadamente estúpido ha sido no haber pensado en ello”.

Muchos científicos, sobre todo del campo de las ciencias físicas, se posicionaron en contra de la teoría de Darwin. También algunos teólogos se mostraron contrarios al darwinismo, sobre todo, después de que Darwin publicara en 1871 La descendencia del hombre y la selección en relación al sexo, donde defendía la aparición de la especie humana por evolución a partir de un antepasado común con los monos.

A partir de estas concepciones del origen del ser humano se crea un área de la ciencia que se encargara de encontrar el momento exacto del origen de la vida, sin embargo y aun se busca y se teme que esta pregunta no tenga al final del día una respuesta que satisfaga en conjunto a la comunidad científica y a la misma sociedad.

3.2 Principios del pensamiento sobre la desigualdad

Dando un giro de lo antes mencionado y centrándose en la otra mitad de las dudas que generaron interesantes discusiones de parte de importantes personajes de nuestra historia, en el ámbito de la filosofía, la religión, la historia y de las ciencias del comportamiento humano; ¿Que hace diferentes a los hombres?, Así, se partirá de una herencia filosófica griega, especialmente elaborada por Platón; el alma.

El objetivo de la Teoría de las Ideas es demostrar que la verdad existe, y que tiene contenido objetivo, que tiene existencia real. El tema central de la filosofía de Platón es el de las ideas y su realidad:

- Las ideas son esencias trascendentes e inmutables, esto quiere decir, que no cambian.
- Las ideas son las definiciones socráticas, pero con Platón adquieren carácter ontológico (son reales, son la verdadera realidad).

Como se puede observar, las ideas son la verdadera realidad y el verdadero ser. Platón establece una correspondencia entre las diferentes realidades y los distintos niveles de conocimiento. Para Platón el conocimiento científico o episteme es el que se corresponde con aquellas parcelas estables y necesarias de la realidad. Es el conocimiento del mundo de las ideas. El conocimiento del mundo sensible no es ciencia, ni siquiera verdadero conocimiento, es sólo opinión.

Lo anterior lo enriquece con su llamado mito de las cavernas, donde hace una analogía acerca de los “tipos” de personas que están dentro y fuera de la caverna, donde el estar encerrado se entiende como una ignorancia de la que se tiene que escapar y así poder ser libre de pensamiento y de opinión: la caverna es entonces, en la que sólo nos está permitido ver sombras y nunca verdaderas realidades, sería el cuerpo.

El alma, sin embargo, sería la prisionera atada de pies y manos que vive condenada a la oscuridad en el interior del cuerpo, por lo tanto el alma debe

intentar liberarse del cuerpo incluso en vida, es decir, debe dominar sus pasiones, y a ello, nos puede ayudar el conocimiento hasta alcanzar la idea del bien.

Con este concepto comienza la historia división de los hombres, esta separación del tipo de hombre para los filósofos griegos, se basa en una división por conocimientos, los cuales en esta época estaba reservados para los nobles, los políticos, algunos militares y los filósofos, y es esta división la que enuncia Aristoteles para decir: *“los hombres pensantes no son de cuerpo grueso, fuerte, por el contrario el pensador libre es de anatomía pequeña y no fuerte”*, dejando en claro que para el pensamiento de esa época el esclavo de gran masa muscular solo era capaz de obedecer y traducir ordenes en trabajo físico, mas no de reflexionar y dar opiniones sensatas. He aquí el primer concepto de división social conocido.

Con lo anterior es posible deducir que para la época griega el conocimiento y lo reflexionado de sus comentarios públicos o sociales, era el nivel de medición para saber de que clase social era perteneciente el individuo.

Para Aristoteles, filósofo contemporáneo a Platón, la diferenciación de los individuos gira en torno a la lucha entre el debate de los sentidos y la memoria humana, para Aristoteles las clases sociales generan una desigualdad humana ante preguntas como; ¿Porque lo sabe?, ¿Que sabe?, y no porque lo hace.

En su libro *Metafísica*, describe una clase social a la que él pertenece por ser parte de los pensadores del momento y de la sociedad griega; “el sabio enseña y puede formular preguntas”, de aquí se deduce la división social entre el que crea arte y el que utiliza la experiencia, por lo anterior Aristoteles define la sociedad a su manera de pensar: “unos mandan mientras otros obedecen”.

Es importante señalar que este pensamiento estuvo presente durante muchos años, los mismos que permaneció el pensamiento griego aristotélico sobre las sociedades, sin embargo, se cambia a un pensamiento distinto con la llegada de una época importante la cual generara importantes cambios en la sociedad y que persisten hasta nuestros días, la aparición de Jesús y el cristianismo.

A partir del surgimiento del cristianismo se dieron cambios importantes en la manera de cómo se organiza la sociedad y como se divide en sus estratos, para ello la religión marca un pensamiento presente hasta nuestros días, el acercamiento a Dios; con ellos se comienza a reacomodar la sociedad entre la clase religiosa compuesta por el Papa, los reyes y sus cortes, las familias allegadas a los círculos cercanos, la clase política dependiente de la curia religiosa, y la sociedad, en la que se encuentra a una grueso de personas con pocos conocimientos sobre las letras, lo cual limitaba sus opiniones a lo solo escuchado por los religiosos, sin una oportunidad a diferir sus palabras, se habla entonces de malos humanos, malos actos, castigos, penas, pecados, del cielo y del infierno entre muchas concepciones nuevas, pero a los cuales pocos tenían el

privilegio de estudiar, por lo que se observa de nuevo una sociedad dividida por la ignorancia y la educación.

Como ejemplo de lo mencionado, se encuentra Pico della Mirándola, el cual escribe una obra llamada “Discurso sobre la dignidad”, donde hace gala de sus amplios conocimientos y de su manera tan romántica de escribir y describir al ser humano, al cual lo erige como la obra más divina sobre la faz de la tierra, hecha por Dios, en ella se distingue al hombre como ser más completo a los ángeles del cielo, más que por su gracia, y que estos son a semejanza de Dios.

A continuación se presenta un extracto de su discurso, donde eleva la excelencia humana al grado de la máxima creación de Dios (Mirandola, 2013):

“Ya el sumo Padre, Dios arquitecto, había construido con leyes de arcana sabiduría esta mansión mundana que vemos, augustísimo templo de la divinidad. Había embellecido la región supraceleste con inteligencia, avivado los etéreos globos con almas eternas, poblado con una turba de animales de toda especie las partes viles y fermentantes del mundo inferior. Pero, consumada la obra, deseaba el artífice que hubiese alguien que comprendiera la razón de una obra tan grande, amara su belleza y admirara la vastedad inmensa. Por ello, cumplido ya todo (como Moisés y Timeo lo testimonian) pensó por último en producir al hombre” (Mirandola, 2013).

Por sus tesis sobre la superioridad y el protagonismo del hombre en el universo y sobre la libertad de la conciencia y la voluntad humana, el escritor y filósofo italiano Pico della Mirandola es considerado una de las figuras centrales del humanismo.

Así se comienza a ver que el acercamiento a la divinidad religiosa, es ahora una nueva estratificación de la sociedad, entre la curia romana, se comienza a generar una escala social basada en el raciocinio de la divinidad, generando con ello una idea de escala, en donde se puede ir subiendo o bajando de nivel social de acuerdo a la cercanía con los mandatos eclesiásticos, entonces entre más cercanos a Dios mejor condición humana se tiene.

“¡Oh suma libertad de Dios padre, oh suma y admirable suerte del hombre al cual le ha sido concedido el obtener lo que desee, ser lo que quiera! Las bestias en el momento mismo en que nacen, sacan consigo del vientre materno, como dice Lucilio, todo lo que tendrán después.

Los espíritus superiores, desde un principio o poco después, fueron lo que serán eternamente.

Al hombre, desde su nacimiento, el padre le confirió gérmenes de toda especie y gérmenes de toda vida. Y según como cada hombre los haya cultivado, madurarán en él y le darán sus frutos.

Y si fueran vegetales, será planta; si sensibles, será bestia; si racionales, se elevará a animal celeste; si intelectuales, será ángel o hijo de Dios, y, si no contento con la suerte de ninguna criatura, se repliega en el centro de su unidad, transformando en un espíritu a solas con Dios en la solitaria oscuridad del Padre, él, que fue colocado sobre todas las cosas, las sobrepujará a todas.” (Revista Digital Universitaria, 2010)

3.3. La conquista del nuevo mundo

Conviene dejar un poco el pensamiento Europeo el cual nos llevará caso 200 años de diferencia en el pensamiento del ser, y de los pensamientos de la época que viven para centrarnos en un momento de suma importancia para los habitantes de America, su descubrimiento y las nuevas condiciones sociales que se importaron con la conquista.

En la sociedad Azteca, los aztecas también llamados Tenochcas o Mexicas, el “Tlatoani” o “Huey Tlatoani” que era el nombre que recibía el soberano azteca era la máxima autoridad. Pero aquí llegamos ya a un punto significativo y a mi modesto modo de entender grandioso, teniendo en cuenta el tiempo histórico del que estamos hablando, ya que no accedía por herencia sino mediante elección, por parte de un Consejo Electoral llamado “Tlatocan“. Este Consejo, sopesaba la capacidad de la persona mas apta para gobernar, eso si entre una serie de candidatos, siempre de la misma dinastía. Es decir anteponían al vinculo directo de sucesión las características mas positivas entre varios aspirantes.

Por debajo del Tlatoani, se encontraba el “Cihuacoatl“, que se encargaba de dirigir la ciudad y compartía la autoridad del anterior en ausencia de este. Por lo que se puede decir que casi se nos aparecen varias figuras de política de la actualidad como podrían ser gobernadores, alcaldes o vicepresidentes, abarcando un poco por encima las funciones que en aquella época realizaban.

Los “Calpulli” o “Casa Grande” eran un grupo de poder o unidad economista muy significativa y poderosa, se podría también hablar en la actualidad o sino en época anterior a la nuestra pero muy por después a la azteca de los grupos como clanes, barrios o gremios. Lo que si es cierto que aún no se ha llegado a encontrar la verdadera composición interna que tenían.

Estaban después los “Poctecas” que no eran sino ricos comerciantes que dirigían grandes caravanas de “Tamemes” (cargadores) que transportaban productos manufacturados o materias primas, los cuales se agrupaban y formaban un grupo totalmente elitista con un estamento social grande a caballo entre la clase dirigente militar y el pueblo llano.

A continuación tenemos a los “Macehuallis” o pueblo llano, que eran agricultores, artesanos, curanderos, albañiles, carpinteros, etc. los cuales estaban obligados a efectuar el servicio militar, al trabajo colectivo y a pagar impuestos.

Este estadio de sociedad gozaba de una autentica fase adelantada casi de sociedad de bienestar de nuestra época, ya que cuando un hombre llegaba a la mayoría de edad una vez casado, estas obligaciones que le habían sido impuestas, se compensaban con la obtención de una amplia parcela destinada a construir su casa-habitación con espacio para una huerta. También había una serie de beneficios en determinadas circunstancias como la obtención de alimentos básicos (maíz, chile, frijoles, cacao) y alguna ropa o mantas.

Venían después los “Tlatlacotins” o esclavos, los cuales llegaban a este punto por diversas razones: es decir por su condición de prisioneros de guerra, personas que llegaban a venderse voluntariamente o que se ponían a disposición de una familia para pagar sus deudas, etc. Esta gente se alojaba y vestía como cualquier otra persona de superior condición y al parecer eran tratados con respeto. Y lo mas contradictorio pero cierto y real y que nos puede parecer un contrasentido, es que les era posible poco a poco poseer bienes, tierras, casas e incluso otros esclavos, y sus hijos nacían libres.

Esta es la perspectiva de la vida en la sociedad azteca, en donde podemos observar que las condiciones de sociedad se dividían por sus ingresos económicos y por los puestos políticos que se podían obtener por sus habilidades militares o religiosas, de aquí que la sociedad estaba compuesta por escalafones que se posan subir por esfuerzos propios, y es pertinente decirlo, no se hacían distinciones por los colores de piel, la vestimenta, o los aspectos materiales, y el claro ejemplo es el esclavo el cual era visto como uno más de la sociedad azteca.

Mientras que en las poblaciones aztecas, se tenía un estilo propio de vida y de estabilidad social, en España los Reyes Católicos; Fernando II de Aragón e Isabel I de Castilla, soberanos de la Corona de Castilla (1474-1504) y de la Corona de Aragón (1479-1516), buscaban expandir sus dominios mas allá de los africanos, de donde ya tenían comercio de esclavos, pero buscaban más riquezas y territorios para engrandecer la herencia y poder de la corona española.

Para tal encomienda aceptan la propuesta de un joven navegante llamado Cristobal Colon, le cual promete a los reyes católicos conquistas y riquezas de la tierra nueva, las Indias la cual era el objetivo del viaje, pero la naturaleza hace de las suyas y las corrientes marítimas lo dirigen no a circundar Africa sino a America, especialmente su arribo lo hace al llegar a la isla de Guanahani, actualmente en las Bahamas.

A su arribo se encuentra con tierras nuevas, vegetación diferente a la conocida, animales extraños y a una clase de seres que habitan estas tierras, a los que denomino indios, por ser los habitantes de las Indias.

Sin embargo Colon, ademas de traer consigo la misión de conquista, y acumulación de tesoros para la corona tuvo a bien hacer el reporte sobre los habitantes de las tierras nuevas, a los que llamo naturales. (Munguía 2012).

Colon describe una dificultad de comunicación con los naturales principalmente por la incomprensión de sus palabras y las lenguas nativas, lo que llevo a comunicarse con señales, manos o señalamientos, aunque poco a poco se encargaron de enseñar la lengua castellana a traductores para tener contacto con los poderes políticos de los nativos.

Entre los descubrimientos de Colon en las tierras nuevas, y para la organización de la sociedad natural, ubica estratos muy marcados y encabezados por el cacique del pueblo, con el que tuvo negociaciones para la conquista de sus

territorios y es el mismo quien habla de este concepto para nombra a jefes políticos del nuevo mundo.

Hablo también de una cierta “calidad social” para tener poder político en su organización como pueblos, pues describió las diferencias marcadas entre los habitantes; desde la manera de vestir, los lugares donde vivían y las joyas que usaban para decorar sus indumentarias, estas son las primeras notas que se tienen del orden social que se observó en América.

Al tiempo que hablaba de los órdenes sociales, Colón describir al natural como inculto por su ignorancia sobre la religión cristiana, y los denomino como seres que no tenían pena o pudor por andar desnudos y los llamo puros. Estos reportes le fueron entregados a su regreso a los reyes católicos los cuales entregan cuentas al Papa, el cual les otorga el poder papal mediante la Bula del Rey Patrono para que se realice la conversión del indio natural al cristianismo.

Bajo esta tarea se hace una importante idea que se tendrá acerca del natural de America por muchos años, y lo denominaron “buen salvaje” el cual podría ser evangelizado, y haciendo semejanzas sobre el conocimiento que reinaba sobre la época que es el cristianismo, se comentó que el natural de las tierras nuevas, se encontraba aún en el Génesis de la Biblia, el cual habla acerca de ser los pobladores aún del paraíso. De ahí que se hace la separación entre culturas y pensamientos de casi 1400 años entre el viejo y el nuevo mundo, encontramos

entonces un nuevo orden social, entre el europeo evolucionado y el americano con retraso evolutivo, una nueva orden social. ¿Aún presente?

A palabras de Fray Toribio Motolinia: *“crea el concepto de indio gentil, el cual puede ser convertido a la religión”*.

Con las nuevas costumbres que se trajeron del viejo continente, se trata de instaurar una nueva ordenanza social, basada en los lineamientos españoles la cual esta basada en el honor y en la antigüedad de su catolicismo, por ello la primera identificación del orden social era ser catolico; los mejor vistos en las cortes españolas eran los “viejos cristianos”, españoles de origen y siempre católicos, de ahí se desprenden los nuevos convertidos que serrallos moros en España y los mal vistos que fueron los que nunca aceptaron la conversión.

Esta misma condición se trato de instaurar en America, solo que se tuvo siempre un trato especial hacia el indio gentil, el recién converso, al cual por leyes del Rey se le debía de tratar bien, no generarle trabajos pesados y se le debía convertir al cristianismo en sus lenguas nativas, sin embargo se continua viendo al indio gentil como la escala más baja de la escala social de la Nueva España, seguido de los encomenderos y de los enviados de las cortes españolas.

Para entender mejor esta nueva organización social, hablaremos de dos conceptos importantes que denotaban el nivel del ciudadano de la Nueva España; “la calidad y la condición”. De donde la calidad hablaba del linaje familiar y de su

cercanía a Dios, y la condición describía las máculas de sangre de la familia y su cercanía en las cortes del Rey de España.

Este concepto de escala social fue el regente sobre toda la época virreinal, denominando por la religiosidad y la cercanía a la corte lo que hacía la diferencia social entre el pueblo del futuro México. Es momento de ver como indios, mestizos y demás pobladores de la Nueva España podían escalar en las clases sociales sin ser originarios del viejo continente, por sus cercanías religiosas o políticas, así como por matrimonios o herencias españolas obtenidas por hijos fuera del matrimonio o pensiones de los mismos, así comienza un nuevo orden social en México, basado en las experiencias españolas y poco entendido en estas tierras.

Es aquí donde se comienzan a dar actos discriminatorios acerca de las condiciones físicas muy notables de los nuevos españoles, que ascendían en la escala social, siendo de características indígenas, y con mucho recelo social eran mal vistos.

Suena esto familiar; ¿pensar que gente de las mismas condiciones se sienta de otra clase social, o de otra línea nativa solo por dinero, por un matrimonio, por contar con tierras, por usar mejores ropas, alimentarse bajo nuevos regímenes, de oler mejor, de andar en carretas y no a pie? todo lo anterior siendo de ascendencia indígena.

Podríamos imaginar que desde estos años las condiciones sociales se evidenciaban entre unos habitantes y otros por sus condiciones y calidades sociales dando un trato diferenciado, especial o hasta de nobleza a indios recién ascendidos a cortes sociales de la Nueva España.

3.4 Tercer Concilio Provincial Mexicano

La explotación del trabajo indígena fue un tema de constante preocupación y atención de la obra jurídica de la Nueva España, su estudio se puede abordar desde distintas fuentes que concentran el testimonio fundamental: el debate de Valladolid, con la participación activa de Fray Batolomé de las Casas y Juan Ginés de Sepúlveda, que muestran los distintos problemas dados por la conquista que se expusieron al rey y cómo éste deriva en un primer cuerpo legislativo sobre la explotación.

Derivado del debate de Valladolid, es que se generan en el territorio de la Nueva España reuniones eclesiásticas y con los virreyes, para acotar conceptos de vida social, económica y laboral de los indios y su evolución desde el arribo de la conquista, para así enviar documentos condensados por todas las partes en curtió al Rey de España. Dichas reuniones se denominaron Concilios Provinciales, y se desarrollarán en los principales centros religiosos del país, siendo el tercer concilio llevado a cabo el Michoacan, y del cual se obtienen los datos más importantes sobre la estamentación social de la Nueva España.

Es en el año de 1585 cuando se lleva a cabo dicha reunión donde se habló entre muchas cosas, sobre las reglas de cómo se impartiría la fe en América, y donde se dieron los primeros pasos para organizar la sociedad estamental novohispana, pues se permitía la relación entre todos los habitantes del territorio, dando paso esto a las nuevas castas en las que se dividía la sociedad. Es aquí donde volvemos a encontrar al indio gentil, al mulato, al sambo, al criollo, y al negro que es la escala social periférica al indio nativo.

Es importante hacer el siguiente señalamiento; durante la época colonial la sociedad de la Nueva España estaba dividida en castas, lo cual dio pie a prejuicios y una desigualdad social que prevalece hasta nuestros días.

La vida política de la Nueva España estaba en manos de una minoría blanca de origen europeo, constituida mayormente por dos grupos: españoles y descendientes de españoles. Desde los primeros años de la Colonia, entre estos grupos empezó a darse una gran pugna debida, en gran parte, al hecho de que la selecta minoría criolla se encontraba privada de perspectivas y destinada a empleos subalternos, lo que hacía crecer la envidia y el encono en contra de los despectivamente llamados gachupines que llegaban abatiendo y ocupando los puestos que corresponderían a esta clase, en la que ya podemos vislumbrar cierto esbozo de nacionalismo.

Los indígenas puros se mantuvieron aislados a instancias de la corona que los consideraba “diferentes” y “menores de edad”. Éstos constituían la principal fuerza

de trabajo en la minería, agricultura, obras públicas y en las industrias rurales o urbanas, y legalmente fueron siempre considerados superiores a las castas producto del mestizaje. Podían disfrutar de sus propios bienes, cultivar sus tierras, criar ganado y comerciar sin las restricciones impuestas a mestizos, mulatos o negros. No obstante, en la vida real su subsistencia era muy precaria y su condición social estaba muy cerca a la de los grupos que legalmente eran inferiores.

En el último lugar de la estratificación social americana estaban los esclavos provenientes de África. De acuerdo con Philip Curtin: *“los negros que arribaron a la América española durante la Colonia superaron el millón.”* Los africanos estuvieron sujetos a muchas limitaciones entre las cuales se cuentan la prohibición de portar armas, andar de noche por ciudades y villas, montar a caballo o tener indígenas a su servicio. Sin embargo, la situación laboral del negro no era tan mala como su condición jurídica; ya que, debido a su mayor resistencia física y al tipo de trabajo que desempeñaba, logró muchas veces una posición social superior a la del indígena.

El papel de los mestizos en la sociedad mexicana fue desde muy temprano un factor de inestabilidad, ya que desde el comienzo fueron hijos de “la violación del europeo”. Así, los mestizos tuvieron como estigma, siempre, su origen ilegítimo. El problema fue en aumento, porque empezaron a jugar los prejuicios religiosos y se prohibió a los mestizos portar armas, ser caciques o protectores de indios, escribanos, corregidores y alcaldes mayores; sentar plaza de soldado, obtener

grados universitarios y acceder a las órdenes religiosas, salvo en el caso de que demostraran ser hijos legítimos.

Las castas son el resultado de múltiples cruzamientos interétnicos de mulatos con indias o mestizas, de indios con mulatas y de blancos con todos los demás, lo que degeneró en diferentes subtipos étnicos y mezclas donde fue imposible determinar los ancestros, y que fueron considerados siempre la ínfima clase de la jerarquía social.

No debemos olvidar el sentimiento español (heredado desde la Edad Media) de la pureza de sangre, que hacía ver al mezclado como impuro. A los individuos de casta se les prohibió vivir en los pueblos de indios, estuvieron sujetos al pago de tributo ya que eran un grupo económicamente activo que se dedicaba a diversos trabajos como el pequeño comercio y la pequeña industria, los servicios domésticos, o bien eran caporales, capataces, vaqueros o administradores de ranchos o haciendas.

Derivado del debate de Valladolid, se define y toma en cuenta al indio gentil, para ser evangelizado por tener alma, lo que se demostró en su docilidad en el trato con el conquistador y observado por los frailes que llegaron con la tarea de la evangelización, como lo fue Fray Bartolome de las Casas.

Un aspecto muy importante a destacar de esta nuevo orden estatutario fue que la evangelización le dio un lugar en la corte española al indio, pues como se describe a continuación, se inicia un ente social en la Nueva España:

“De hecho, se dieron a poco más de una década del debate de Valladolid, parteaguas de la política indiana en relación a la explotación del trabajo indígena, en el que el rescate de las tesis del padre Las Casas en las Leyes Nuevas (declaradas en Valladolid el 4 de junio de 1543), el indio congregado obtuvo la posibilidad de convertirse en súbdito del rey y ser integrado en la sociedad estamental, dándole derechos de protección y posibilidades de corporatividad (a través de pueblos de indios y de cofradías).”

A partir de este momento el indio gentil pasa a ser evangelizado y súbdito del Rey de España, lo que enuncia su integración a la sociedad y su concepto traído del viejo mundo, basándose siempre en el bienestar del indio y su completa conversión al cristianismo.

Lo significativo de este proceso es que el 23 de agosto de 1543, copias de estas leyes fueron enviadas desde Valladolid al obispo de México fray Juan de Zumárraga, y al obispo de Michoacán don Vasco de Quiroga, la intención de la corona quedaba expresada frente a la autoridad eclesiástica para que cuidaran el cumplimiento de las ordenanzas en cuanto al buen trato de los indios.

3.5. La atención médica desigual en el sistema de salud en México.

Con base a los datos históricos previos, podemos entender los orígenes de la desigualdad social en nuestro país, por si solos en indio natural vivía en una sociedad donde se podía escalar con base a los gritos propios y no era mal vista por nadie, al contrario era aceptado el subir de escala social en beneficio de sus familias y en parte por sus habilidades desarrolladas durante su vida.

Entendemos que en la sociedad azteca existía una tranquilidad y una vida con mas armonía, pues en ocasiones ciertos atributos se relacionaban poderes divinos (sacerdotes) y no se discutía su estatus social, sin embargo el ser militar podía ser parte de características tanto físicas como un desarrollo de las habilidades bélicas, y tampoco se podía vivir queriendo lo que no se podía obligar por anatomías.

Ahora bien, si encontramos una cultura del desprecio por los mismos pobladores u originarios de Mexico, así como un rechazo a nuevos cambios en el sistema estamentario del indio natural; seria en la época virreinal, donde como se explico anteriormente, se podía escalar por medios no tan honrosos o bien no aceptados por la sociedad, de ahí nacen las actitudes actuales de ver menos al mismo mexicano; al morenito, al chaparro, al feo, al pobre; pues de esta manera se trataban desde tiempos pasados a los que se dejaban atrás en la escala social.

El problema persiste, se viene arrastrando con una cultura del querer se mas, o ser mejor que le otro, o peor; si regresamos en el tiempo, todos aspiran a ser

reconocidos como españoles y se piensa en ser aceptados en las cortes virreinales, ¿actualmente suena conocido?.

Dicha cultura del menosprecio se observa en el sistema de salud que se imparte en Mexico, y es reflejado en los sistemas públicos y más en los privados que están orientados a cierta población económicamente activa, los hospitales están claramente diferenciados y marcados para atender a ciertas clases de usuarios; los trabajadores el servicio de los poderes del estado cuentan con su propio instituto de seguridad social ISSSTE, al cual nadie más que sus familias tienen acceso a la atención. Los trabajadores del grueso de la población específicamente de las empresas con alta carga de personal obrero cuentan con sus sistema IMSS, al cual es el más solicitado y en tiempos actuales el más descuidado en sus recursos materiales y para los que no tienen ni trabajo en gobierno ni en fábricas o empresas, el gobierno brinda la atención en el sistema SECRETARIA DE SALUD, con sus hospitales civiles o generales.

Para efectos de entender la magnitud de la atención de las instituciones restantes se presenta la siguiente tabla en un comparativo de años del 2000 y 2010 que realizo INEGI, aclaro en ella se mostraba el aumento de usuarios pero también se observa en cual institución se brindan más atenciones al año (Tabla 2):

Tabla 2. Atención a usuarios por instituciones del sistema nacional de salud

Institución	2000			2010		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total de usuarios (Miles)	93 471	45 352	48 119	109 343	52 979	56 363
IMSS ¹	30.8	30.8	30.7	29.6	29.7	29.5
ISSSTE ²	5.2	4.8	5.7	5.9	5.5	6.3
PEMEX	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0
SSA	23.2	23.1	23.3	34.2	33.5	34.8
IMSS Oportunidades	3.7	3.7	3.7	1.8	1.8	1.8
Servicio privado	34.2	34.7	33.7	24.0	24.8	23.2
Otro lugar ³	1.8	1.7	1.9	3.5	3.7	3.4

Fuente: INEGI (2010)

Se observa que para el año 2010, el mayor generador de atención médica en el país es la SSA, brindando casi el 35% del total nacional, sin embargo y debido a su alta matrícula de trabajadores asegurados el IMSS toma el segundo lugar con 29.6% y la atención del servicio privado con 24% este rubro el cual disminuyó en diez años de ser el primer centro de atención médica baja a ser al tercer sitio.

Es importante rescatar que la atención privada en México está orientada hacia un cierto sector económico muy claro y que exige ciertos tipos de atención e infraestructura de acuerdo a su alcance económico, es por ello que podemos ver hospitales tan lujosos al grado de competir con hoteles de alta calificación internacional, a diferencia de los públicos donde solo se pide contar con lo básico para brindar la atención.

El dilema ético es que cuando el profesional de la salud se encuentra en formación carece de orientación bioética, biomedica y en su mayoría de aspectos éticos que lo demuestra ya en su vida profesional laboral.

Los mismos estudiantes de especialidades médicas, desde sus inicios en la licenciatura ya van pensando (en algunos casos) que especialidad deja más ingresos económicos, y de ahí van tomando el eje de sus formaciones, unos más ya vienen de familias medicas reconocidas y por ello deben continuar con el renombre y mantener el apellido estudiando ciertas especialidades o las faltantes para continuar con el negocio familiar.

Sin embargo es reducido el porcentaje de médicos estudiantes que siguen viendo a la medicina con los objetivos de sanar y curar a los enfermos, a veces sin tanta retribución económica, pues deciden emplear en las instituciones públicas y aportar su grano de arena el favor de la salud del país.

Un detalle a destacar es el número de médicos especialistas que laboran en ambos sectores de la atención médica, en la privada y en la pública; y es donde se realza el origen de la desigualdad mencionada en este capítulo, pero por ejemplo: porque es tan diferente la atención brindada a un mujer embarazada en un hospital privado y porque se trata con diferencia a la mujer embarazada del hospital público.

Porque el mismo profesional de salud toma personalidades diferentes hacia los estratos sociales o a los colores de la piel, a la forma de vestir, a los ingresos económicos o al trabajo que desempeña el usuario, no es lo mismo atender una enfermedad o un paciente sin observar si se viste con ropa de marca, en ambos hospitales, o en qué empresa trabaja ese usuario o en que auto viaja a su casa.

Estos aspectos sociales son los que se tratan de presentar en este capítulo, retomar un camino de la historia de México y entender para la atención médica en el país, de donde se origina la desigualdad, si bien entendemos que nace en la época novohispana, es tiempo de generar una conciencia ética de respeto a la naturaleza humana y de brindar el mismo trato a todos los pacientes que soliciten atención.

Para todos los trabajadores y profesionales de la salud, se espera generar una mentalidad bioética donde se vaya eliminando la cultura de la desigualdad, y se cambia por una cultura de la tolerancia de la diversidad y de la equidad, en todo momento y desde que se arribó en la conquista del nuevo mundo, la única realidad que pensaban los conquistadores, es que los habitantes de América eran gentiles y con rasgos de cierta docilidad, lo que hace pensar que nadie era malo hasta que se crean los estratos sociales, y se hace más evidente en los servicios de salud de todo el país.

CAPITULO CUARTO

4.1 BIOÉTICA Y UNESCO

Es importante señalar que la educación sobre bioética, viene de la mano de la UNESCO, la cual pertenece a las filas de la ONU y dichos países miembros como lo es México, deben encontrar las bases y las formas para aplicar sus ordenamientos.

Para ello el 19 de octubre de 2005, la Conferencia General de la UNESCO en su 33a reunión aprobó la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, dicha declaración consiste en una serie de principios sobre la bioética acordados por 191 Estados Miembros de la UNESCO tras un intenso proceso de elaboración y consultas en el que participaron expertos gubernamentales e independientes procedentes de todo el mundo.

“Este conjunto de principios constituye una plataforma global común a través de la cual se puede introducir y fomentar la bioética en cada Estado Miembro. Por su parte, la UNESCO debe encargarse de fomentar, difundir y profundizar en estos principios por motivos prácticos”. (UNESCO, 2008)

Para desarrollar esta tarea educativa la UNESCO, creo una serie de documentos a los cuales denomino “Programa de Base de Estudios sobre Bioética de la UNESCO”, los cuales tiene como objetivo presentar los principios bioéticos de la

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos a los estudiantes universitarios.

Muchas universidades de distintos países “carecen de verdadera y practica formación en bioética”, por lo que el Programa de Base de Estudios sobre Bioética de la UNESCO puede funcionar como incentivo para que introduzcan este tipo de formación. Los contenidos del programa se basan en los principios adoptados por la UNESCO.

Para ello, el programa no impone un modelo ni una visión determinados de la bioética, sino que se limita a articular principios éticos compartidos por los expertos científicos, los responsables de la formulación de políticas y los profesionales de la salud procedentes de distintos países y de contextos culturales, históricos y religiosos distintos.

Como se menciona con anterioridad, las universidades aún no adoptan un programa de bioética real, tangible y con temáticas prácticas, en el caso de México, la bioética se está llevando cabo de manera práctica y completa hasta los estudios de posgrado, con lo que se vuelve un problema, pues deja a miles de estudiantes de nivel licenciatura, solo con conceptos básicos y a veces hasta intolerables de lo que es en realidad la Bioética y sus aportaciones al desarrollo profesional.

El presente trabajo, trato de evaluar el impacto de sesiones prácticas con talleres de discusión y aprendizaje de información sobre la Bioética Clínica, en estudiantes de Pediatría, y a lo cual la primera impresión a palabras de los estudiantes es; de ser una materia aburrida.

Si le diéramos una oportunidad al Programa de Base de Estudios sobre Bioética de la UNESCO, y como su nombre indica, de base: define los mínimos para una formación adecuada en bioética.

Así pues, puede aplicarse de manera flexible e invita a los profesores y estudiantes a ampliar sus enfoques y contenidos en distintas direcciones, para invitar a los alumnos universitarios a debatir y aportar más ideas en el día a día de su actividad profesional, y más cuando hablamos de estudiantes del área de la salud, los cuales tienen contacto directo y todos los días con personas en estado de fragilidad emocional.

La importancia de definir hacia quien va dirigido el programa, varía de acuerdo al grupo de trabajo al cual se dedicará en el futuro laboral, sin embargo debemos decir que es análisis y estudio de la bioética debe realizarse en todas las carreras universitarias, sin excepción, pero por su quehacer de todos los días y por el completo dualismo del proceso salud-enfermedad, la bioética se ha desarrollado más, en el área de la salud humana y animal. Por ello es que el principal grupo a que se destina el programa de base son los estudiantes de medicina, a quienes hay que enseñar bioética antes de que finalice la fase clínica de su formación.

Aunque el programa puede introducirse en la fase preclínica de su formación en medicina, es probable que resulte más eficaz para los estudiantes que se encuentren en la fase clínica, puesto que dichos estudiantes habrán sentido la necesidad de una reflexión ética y estarán más capacitados para reconocer la dimensión ética que presentan los distintos casos y problemas.

Con lo anterior, se justifica una de las propuestas de este trabajo de investigación, en el cual se plantea el objetivo que los alumnos en su estancia teórica y práctica como lo es la residencia de Pediatría, realizan al mismo tiempo el análisis de la información con la aplicación de la misma en sus tres años de formación, por lo cual tienden a relacionar los principios éticos ya no en el aula ni en los libros, sino las 24 horas del día que interactúan con familiares y pacientes, y con esto se le pone mayor atención a las actividades que realizan, en este caso al acto médico.

Hoy en día, la formación en bioética también forma parte de los programas de estudios de otros ámbitos, como por ejemplo la enfermería, las ciencias de la salud, la odontología y la salud pública, incluso se imparte a estudiantes de derecho, filosofía y ciencias sociales.

El programa de base también puede servir para enseñar bioética a los estudiantes de esas carreras, puesto que proporciona una formación básica sobre los cimientos de la bioética y las cuestiones principales de la disciplina en la actualidad.

Como nos dice la propia UNESCO, para describir la importancia de la enseñanza de la bioética en las carreras del área de la salud:

“La intención del programa no es imponer un modelo concreto de enseñanza, sino constituir una fuente de ideas y sugerencias sobre cómo enfocar la enseñanza de la bioética, es decir, ser una inspiración”.
(UNESCO 2008)

México al ser país miembro de la ONU, debe encontrar las fórmulas para realizar sus encomiendas, y llevar a cabo la igualdad de educación que los demás países miembros todo esto en beneficio de sus ciudadanos y más en beneficio de sus futuros profesionistas que un están en las aulas.

Basados en lo anterior que enuncia la UNESCO, el presente trabajo cumplió con el objetivo, primero de cubrir los espacios educativos sobre bioética clínica en los residentes de pediatría, y segundo; demostró con mayor impacto, le necesidad de reactivar y darle vida útil al comité de bioética hospitalario, el cual dentro de sus actividades base, es educar al profesional de la salud en conjunto con el paciente y su familiar, en diálogos bioéticos.

Cabe mencionar que la idea actual y preponderante acerca de los comités de bioética hospitalaria, sigue siendo la de solo revisar protocolos de investigación, dejando a un lado la importante aportación que es, educar en los pasillos la

realidad actual de la bioética, lo cual es un error generalizado en varios comités de bioética.

En el mes de enero del presente año, el Observatorio de Bioética y Derecho, en España, por la Catedra UNESCO de la Universidad Católica de Porto y la Catedra UNESCO de Bioética de la Universidad de Barcelona y de la mano de la María Casado, han lanzado al público la “Declaración sobre ética e integridad en la docencia universitaria”, donde hacen una especial mención hacia los problemas que aquejan a la docencia y al aprendizaje en las universidades, como lo es la geopolítica, el libre tránsito en Europa, los problemas económicos europeos, las crisis que derivan en conflictos sociales, y de los cuales la mayoría tienen un trasfondo de falta de ética y bioética, entre las naciones de la Unión Europea.

Y de los cuales las universidades no se pueden quedar al margen, y para ello tienen que aportar para la solución de algunos de esos problemas a profesionistas, cargados de saber actual, al día y con mentes de adaptación a las nuevas políticas mundiales en el ámbito moral y ético.

Uno de los puntos más importantes del presente documento es el que señala; que dichos cambios tan paradigmáticos, llevan entre si cambios aún más complejos sobre el quehacer docente, los cuales tienen en sus manos las oportunidades de crear alumnos con mentes bioéticas, y enviarlos al mundo real, con una mentalidad más moderadora que pragmática, y de mayor análisis que de prepotencia, más humildad que presunción, y con mentes más humanistas y de

amor al prójimo, que de mentes con ideas de monetarismo laboral, a expensas de la ciudadanía, un claro ejemplo de la mala práctica médica actual, en el continente americano.

4.2 ÉTICA ARISTÓTELICA, COMO BASE DE LAS ACCIONES DEL BIEN HACER Y LAS VIRTUDES HUMANAS

“La ética de Aristóteles (384-322 a.C.) es en cierto sentido un admirable logro de una época pasada.” (Gomez-Lobo, 1998)

A diferencia de Platón, cuyo objetivo filosófico lo lleva a proponer una radical reforma de la vida política de su tiempo, Aristóteles tiene una gran confianza en que, si bien hay cosas que merecen cambiarse, la forma de vida de las ciudades griegas que el describe, obedece a ideales que en el fondo son correctos.

Desde la época griega y hasta nuestros días, el nombre de Aristóteles lleva consigo un gran apellido “ética”, no se puede hablar nunca de la ética sin nombrarlo, no se puede hablar de cambios en la conducta humana sin mencionarlo, y mejor aún, no se puede hablar a ningún universitario de ética profesional, sin traerlo al frente.

Aristóteles, nos enseña en su libro *Ética a Nicomáco*, que la prudencia debe ser una clave cuando se requiera hacer un juicio ante situaciones de peligro, o situaciones éticas en el quehacer profesional.

Como nos dice el autor Arellano-Rodríguez (2013):

“La prudencia constituye un elemento clave cuando se trata de establecer una perspectiva como la ética constructivista social plural, que permite deliberar y comprender los dilemas morales de las éticas aplicadas, específicamente de la bioética” (Arellano-Rodríguez, 2013).

La mente humana en ciertas ocasiones puede dedicarse a contemplar (*theorein*) las cosas sin ninguna posibilidad o intención de modificarlas o de afectarlas. Entre tales objetos de contemplación están los cuerpos naturales, vale decir, aquellas cosas que se mueven o desarrollan debido a ciertos principios inmanentes a ellas.

La física aristotélica, es decir, la ciencia que estudia los objetos que poseen una naturaleza (y que por ende incluye lo que nosotros llamaríamos la botánica y zoología y otras ciencias afines), es por lo tanto una ciencia teórica o contemplativa.

Pero la mente humana, además de contemplar, puede originar cambios y modificaciones en las cosas. Si su intención es crear un objeto tangible, como un par de sandalias o una silla, entonces la razón procede productivamente, dando los pasos prescritos racionalmente por alguna *tejne* o destreza artesanal.

Un buen zapatero y un buen carpintero poseen sendas destrezas de ese tipo. Su actividad es llamada genéricamente *poiesis* o producción.

Hay, por lo tanto, un tercer uso de la razón que opera cuando intentamos alcanzar ciertas metas que no podemos “producir”, pero que deseamos por sí mismas y que afectan a nuestra vida en su totalidad.

Dentro de la terminología aristotélica este uso de la razón se llama “ciencia práctica” o conocimiento conductor de la *praxis*, de la acción. Puesto que la meta de la filosofía moral no es contemplar el cambio o movimiento de cosas que escapan a nuestro control ni tampoco determinar cómo fabricar objetos materiales, sino más bien orientar hacia metas últimas los actos que nosotros mismos originamos, la filosofía moral o ética es una instancia de conocimiento práctico y no teórico ni productivo.

Contrariamente a Platón, Aristóteles distingue rigurosamente entre saber teórico y saber práctico (en lo sucesivo dejo de lado el saber productivo), y por lo tanto también entre las respectivas facultades o capacidades. El conocimiento teórico es el resultado de la activación de τὸ ἐπιστημονικόν, la parte científica del alma racional. Análogamente, el conocimiento práctico corresponde a la operación de τὸ λογιστικόν, la parte calculativa del alma racional.(Gomez-Lobo 1998.)

Estas facultades fueron llamadas por la tradición posterior “razón teórica” y “razón práctica”, respectivamente.

Cuando Aristóteles establece lo que tienen de común estas dos facultades,

sostiene explícitamente que “la verdad es la obra [érgon] de ambas partes racionales.

Lo que esto quiere decir es que alcanzar la verdad es la meta de la actividad característica de ambos modos de la razón. Esto nos ayuda a evitar el error de pensar que sólo existe un modo único de la verdad y un tipo de instrumentalización de esa verdad al servicio, por ejemplo, de las pasiones.

Para moderar lo antes mencionado Aristóteles, nombra un concepto básico para el entendimiento de su ética a la humanidad, y la denomina *Phronesis*, la cual comienza a ser citada en el libro I de su obra *Metafísica*, como lo enuncia Arellano.

“El traslado del conocimiento del fenómeno moral de la episteme a la doxa, será el único inicial en la forma en que debe ser entendida la ética, Aristóteles inicia su tratado metafísico revalorando la función de los sentidos, la capacidad de la memoria y de generar a partir de ella, la experiencia.” (Arellano-Rodriguez 2013)

Para Aristóteles, la memoria y el conocimiento junto a la experiencia son la base para el desarrollo del hombre, y con ello basta para desarrollar arte y ciencia, y debe entenderse como un esfuerzo no solo personal sino de una sociedad en conjunto.

Recordemos que el hombre es un ser social, y por lo tanto lo que aplique, ejerza y corrija se dará en el justo momento en que interactué con los demás, sino no tiene

caso alguno, aplicarlo en nadie, como era de una manera clara en las polis de Grecia.

Como menciona Arellano-Rodriguez:

“La obra de Aristóteles, propone que la experiencia (plethos) y la memoria son los elementos que habilitan el obrar moral, pues la memoria es la manera en la que podemos realizar la ampliación de lo vivido” (Arellano-Rodriguez 2013)

Con esta aseveración, se puede identificar la valiosa aportación de la memoria, y más aún cuando hablamos de la ética que deseamos tengan los futuros médicos pediatras, donde la memoria se transforma en un hábito, y ese hábito debe aplicarse todos los días, y con ello generar cambios en el actuar de las personas.

Lo que nos propone Aristóteles, es muy fácil, no ser temerosos ni tampoco temerarios, sino ser el punto medio; y eso es ser valientes, pero el hábito de ser bueno se debe aplicar con las acciones propias y del grupo al que pertenecemos todos los días, con ello la experiencia nos generará conocimiento sobre los actos y allí evolucionará a la prudencia.

Los recién egresados de la licenciatura en medicina, y que ya entran de lleno a trabajar con pacientes y familiares en estado grave de salud, en un estado de

choque por la complejidad de los tratamientos médicos para prolongar su vida física, así como del bajo nivel educativo que tienen muchos usuarios del sistema de salud en México.

Y son ellos los jóvenes recién egresados, los que tienen la oportunidad de cambiar por medio del hábito de la prudencia en su residencia de pediatría, hacia una mente bioética, donde el análisis de los muchos factores de cada paciente y de su alrededor, irremediablemente deben atender en manera de casos no de generalidad. Y retomando las palabras de Aristóteles, citadas por el Dr. Arellano-Rodríguez: (2013)

“no solo hay que observar lo que los hombres dicen, sino, además, lo que hace, pues esa coherencia entre el obrar y el decir es lo que constituye el Ethos, la ética” (Aristóteles)

Es un compromiso de todos, hacer que nuestros médicos regresen a ser ese ejemplo social de rectitud y de ética en su vida profesional, y volverlos a ver con la confianza de un justo prójimo, para no caer en los bastos problemas legales en los que le gremio se ha metido, claro está por su falta de valores, rectitud moral y vacíos éticos en su vida diaria.

Lo anterior, denominado por Aristóteles, como virtudes, y que de las cuales aún no se ahondara en el tema, se desprende una corriente actual denominada ética de las virtudes, en la cual nos hace recordar las enseñanzas nicomaqueas de Aristóteles, para ser sencillamente felices.

De ahí la importancia de formar en la virtud a todo aquél que se dedique a esta profesión de sanar y cuidar personas, de tal manera que no sólo desempeñe con excelencia sus tareas, sino que además se convierta en una buena persona que haga el bien.

La ética de las virtudes es una manera de hacer bioética, y tiene su aporte específico en la formación del sujeto ético.

Para un buen estudio de la virtud es necesario recurrir a la historia, particularmente a los padres de la virtud en occidente, Aristóteles y Santo Tomás. Sus aportes son invaluable para fundamentar la teoría de la virtud desde un punto de vista racional. No podemos dispensarnos de acudir a ellos en orden a fundamentar bien la ética de las virtudes.

La virtud dentro de la filosofía moral no se recupera sino hasta hace poco, a través de los comunitaristas. Estos filósofos buscan retornar a la tradición, particularmente a Aristóteles, de tal manera que se aspire de nuevo a la excelencia, a la vida buena dentro de la comunidad a la virtud como medio para alcanzarla.

Las virtudes son indispensables para la vida moral. Su recuperación en el discurso ético ha sido un logro de singular importancia. No obstante, la ética de las virtudes es, por sí sola, insuficiente, debemos pensar en subsanar este vacío con las aportaciones de la bioética y de la ética aplicada, pues así nos lo hace saber Paez:

“Una de sus limitaciones, en su clásica versión aristotélica, es su inevitable circularidad: el acto moralmente bueno es aquél realizado por la persona virtuosa, conforme a la virtud (como lo realizan las personas virtuosas), y, por otra parte, la persona virtuosa es aquella que realiza acciones conforme a las virtudes”. (PáezMoreno, 2011)

CAPITULO QUINTO

5.1 OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO

5.1.2 Objetivo General:

Analizar los argumentos necesarios para la elaboración de una propuesta de programa de capacitación en Bioética Clínica Hospitalaria para formación en el personal de salud durante la residencia profesional de Pediatría.

5.1.3 Objetivos Específicos:

1. Identificar la percepción del personal médico de pediatra en formación sobre el proceder correcto ante casos de Bioética clínica hospitalaria.
2. Identificar los argumentos legales y éticos del pediatra en formación relacionados de casos hipotéticos de Bioética Clínica Hospitalaria.
3. Identificar el marco académico y personal en el estudiante de pediatría relacionado Bioética Clínica Hospitalaria en un hospital de segundo nivel de especialidad con la negligencia clínica.
4. Argumentar, plantear y evaluar los alcances de un programa de discusión profesional basado en Bioética Clínica Hospitalaria mediante talleres para

la formación y capacitación del personal de salud en formación ética, bioética y del marco jurídico legal mexicano.

5.1.4 Hipótesis:

Es la falta de conocimiento ético, bioético y legal, aspecto importante que afecta las relaciones humanas y el proceder profesional del recurso humano en formación del área de la salud durante su formación profesional.

5.2. METODOLOGÍA

- Identificar la percepción del personal de salud y comunidad hospitalaria sobre el proceder correcto ante casos hipotéticos de bioética clínica.
- Identificar los argumentos del personal de salud y comunidad hospitalaria relacionados con la denuncia o no de casos hipotéticos de negligencia clínica.
- Identificar el marco legal e institucional relacionado con el error y la negligencia clínica en casos de bioética clínica.

- Argumentar y plantear un programa de discusión profesional (Workshops/talleres) para la formación y capacitación del personal de salud en formación.

5.2.1 Intervención con los recursos humanos

Mediante un estudio de intervención antes y después.

1. Se espera aplicar una encuesta con escala de Likert que contenga preguntas para conocer su nivel de conocimiento ético y una lista de casos de análisis bioético ante su actuar profesional del día a día.
2. Se buscará espacio para brindar talleres en las sesiones clínicas semanales ya asignadas por el área de Enseñanza para la educación de los recursos humanos. Bajo temáticas ya seleccionadas, se espera una participación de cuatro sesiones.
3. Al final de las sesiones se volverá a intervenir con escalas para evaluar sus conocimientos adquiridos, y se retomará una sesión más para una nueva evaluación ahora de su actuar y de casos de análisis bioético en práctica 3 meses después.

5.2.2 Campo de estudio

Se llevará a cabo, previa autorización de la coordinación de investigación y posgrado de la UAQ, y por el comité de MEAB de la Facultad de Derecho, y en el HENM, hospital escuela perteneciente a la SESEQ.

5.2.3 Universo de participantes

Se llevará a cabo con el grupo de estudiantes de Medicina en sus residencias de Pediatría.

5.2.4 Criterios de inclusión

Se considera la participación del total de residentes de todos los años de la Especialidad de Ginecología.

Se considera la participación del total de residentes de todos los años de la Especialidad de Pediatría.

Se considera la participación del total de los pasantes de servicio social de la Licenciatura en Enfermería.

Ascendiendo los anteriores a un total aproximado de 30 residentes de medicina y 20 pasantes de enfermería. (Pendiente corroborar dato)

5.2.5 Criterios de exclusión

Se respetara la decisión de los residentes y pasantes que no deseen participar en el estudio.

Se eliminaran a los residentes inscritos en el programa de especialidad, pero que se encuentren en sus rotaciones en la CDMX, en hospitales de tercer nivel.

5.2.6 Organigrama del estudio

1. Se proyecta la presentación y autorización por el comité de investigación y enseñanza del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer.
2. Se presentó ante el comité estatal de la SESEQ, y después se dió la autorización para intervenir con los recursos humanos adscritos al Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer.
3. Se aplico un instrumento previo a las sesiones para conocer el nivel de conocimiento y casos clínicos con temáticas bioéticas y biomédicas.
4. Se realizarón cuatro sesiones-taller con programación señalada, y con temáticas seleccionadas en bioética, en los horarios ya previstos de sesiones clínicas organizadas previamente por la comisión de educación y capacitación del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer.

5. Se dió seguimiento a los tres meses de la aplicación del taller y se volvió aplicar el instrumento para conocer el nivel de conocimiento practicado y su aplicación de los casos clínicos con temáticas bioéticas y biomédicas antes presentadas y evaluar su experiencia.

Lo anterior son los lineamientos presentados por la comisión de enseñanza del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer para permitir la aplicación de estudios externos en el personal en formación adscrito al hospital.

5.3 INSTRUMENTO

Se encuentra en los anexos el instrumento elaborado para el presente estudio.

5.4 PLAN DE SESIONES CLÍNICAS (PRIMERA INTERVENCIÓN)

SESIÓN	TEMATICAS	DURACIÓN	FECHA
1	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del estudio. • Aplicación de instrumento de evaluación. • Elaboración y presentación de casos clínicos con enfoque bioético y biomédico. 	50 min.	
2	<ul style="list-style-type: none"> • Historia de la ética y la bioética. 	50 min.	
3	<ul style="list-style-type: none"> • Comité de Bioética Hospitalario en México y pautas 	50 min.	

	internacionales CIOMS, UNESCO.		
4	<ul style="list-style-type: none"> • Historia de la desigualdad en México, actuación del profesional de la salud. 	50 min.	
5	<ul style="list-style-type: none"> • Marco jurídico Mexicano. • CONAMED. • CAMEQ. 	50 min.	

5.5 PLAN DE SESIONES CLÍNICAS (SEGUNDA INTERVENCIÓN)

SESIÓN	TEMATICAS	DURACIÓN	FECHA
1	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de instrumento de evaluación. (2da evaluación) • Elaboración y presentación de casos clínicos con enfoque bioético y biomédico. (2da evaluación) 	50 min.	3 meses después de la última sesión

5.6. RESULTADOS

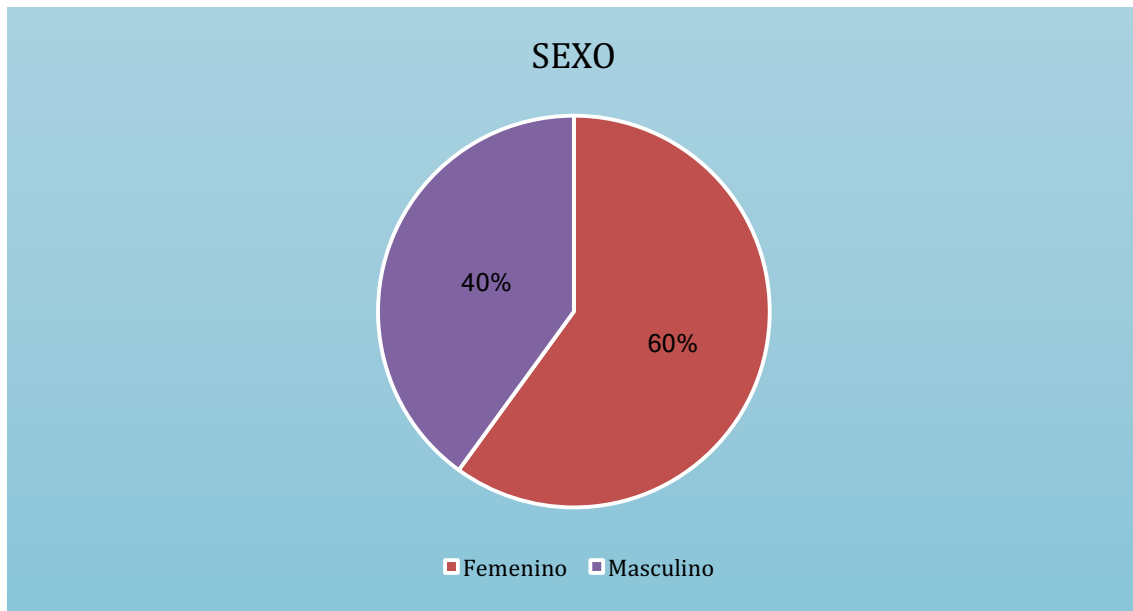
5.6.1 Perfil sociodemográfico de los residentes de primer año de Pediatría

El perfil sociodemográfico de los residentes, participantes voluntarios, entrevistados, se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los residentes participantes

Sexo	Total	%
<i>Femenino</i>	3	60
<i>Masculino</i>	2	40
<i>Total</i>	5	100

En esta tabla 1, se puede observar el predominio por la especialidad de pediatría con un porcentaje de 60% al sexo femenino, lo cual significa que las mujeres dominan el campo laboral de la pediatría actualmente y significa en mucho que la relevancia del sexo determina muchas de sus respuestas ante casos bioéticos.



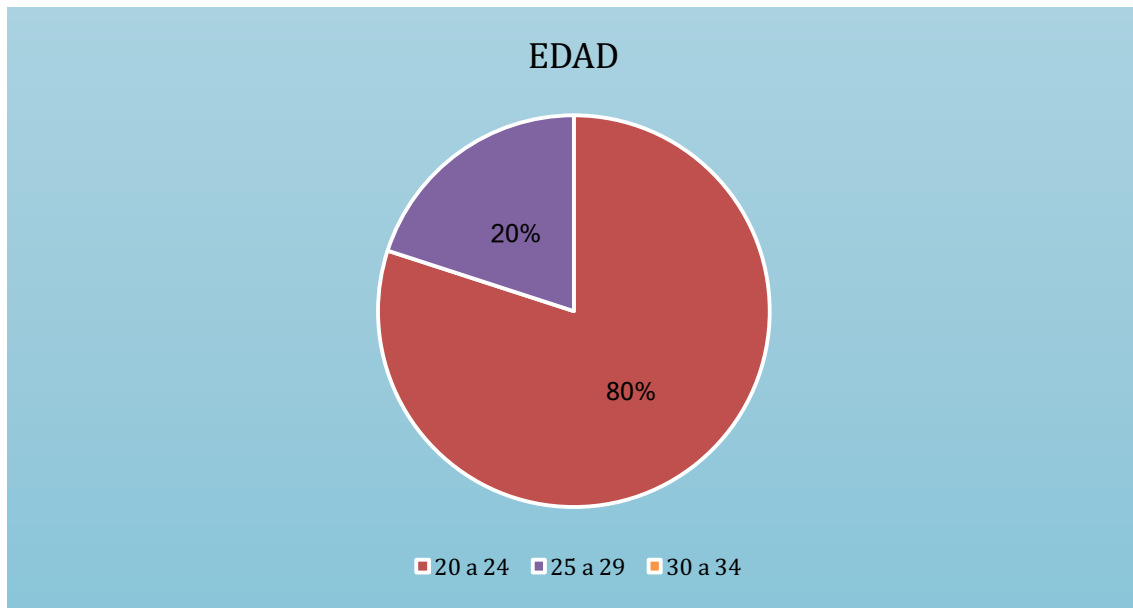
Así mismo en la figura 1, se muestra con un 60% de residentes femeninas a 40% de estudiantes de género masculino, mayormente aceptadas en el programa de Pediatría mujeres que hombres en una referencia de dos mujeres por cada hombre.

Tabla 2. Edad de los residentes participantes.

<i>Edad</i>	Total	%
<i>20 a 24</i>	4	80
<i>25 a 29</i>	1	20
<i>30 a 34</i>	0	0
<i>Total</i>	5	100

En esta tabla 2 se puede observar que la edad preponderante de los residentes de pediatría de 1er año, es la de 20 a 24 años, lo cual significa que son recién egresados de la licenciatura en Medicina, esto significa que tienen aún edad muy joven para enfrentar problemas en base a dilemas de vida o muerte con resultados poco resolutivos en el área del contacto con pacientes.

Figura 2



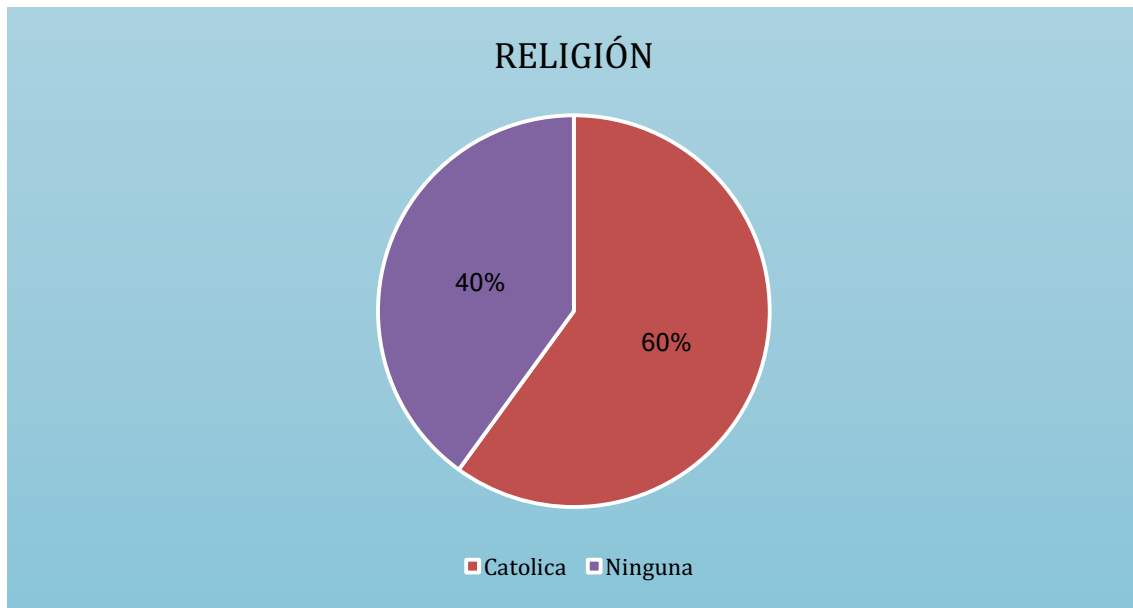
En la figura 2, se observa, que la edad predominante entre los residentes de Pediatría es de 20 a 24 años con un 80%, y solo con 20% la edad de 25 a 29 años; lo que significa que son recién egresados de la licenciatura de medicina en sus respectivos estados de origen. Jóvenes en su mayoría.

Tabla 3. Religión de los residentes participantes.

Religión	Total	%
<i>Católica</i>	3	60
<i>Ninguna</i>	2	40
<i>Total</i>	5	100

En esta tabla 3, se puede observar que con un 60%, los residentes se aceptan católicos en la religión que profesan y solo el 40% se dice no tener religión en su vida personal, lo que significa que sus respuestas y actuares personales estarán muy ligados a sus creencias y reglamentaciones que dice su religión al momento de ejercer su profesión.

Figura 3



En la figura 3, se muestra la religión de cada uno de los participantes, en esta se puede observar que los residentes de Pediatría con un 60% se refieren católicos y con un 40% se describen sin religión. “Lo que significa que parte de su formación y la toma de decisiones se encontrara en un dilema entre la moral religiosa y no en el a ética profesional.”

Tabla 4. Licenciatura de los residentes participantes.

<i>Licenciatura</i>	Total	%
<i>Medicina</i>	5	100
<i>Total</i>	5	100

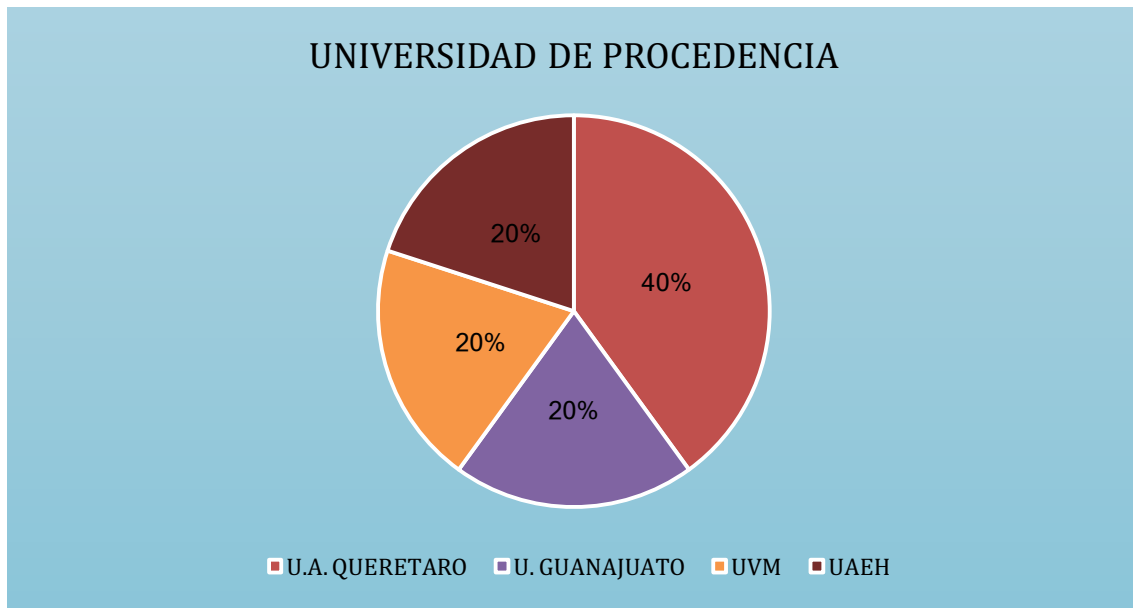
En esta tabla 4, se puede observar que todos los residentes participantes tienen como origen la licenciatura en medicina, lo que significa y basados en la ley general de profesiones, que ninguna persona sin perfil de médico, puede estudiar una especialidad médica en pediatría.

Tabla 5. Universidad de procedencia de los residentes participantes.

<i>Universidad de procedencia</i>	Total	%
<i>UAQ</i>	2	40
<i>U de Gto</i>	1	20
<i>UVM</i>	1	20
<i>UAEH</i>	1	20
<i>Total</i>	5	100

En la tabla 5, se puede observar que la especialidad de Pediatría impartida en Querétaro, recibe estudiantes de medicina de toda la república, de acuerdo a los porcentajes obtenidos en el examen nacional de residencias médicas, lo que significa que es un buen programa pues lo solicitan médicos de diversos estados el país.

Figura 6



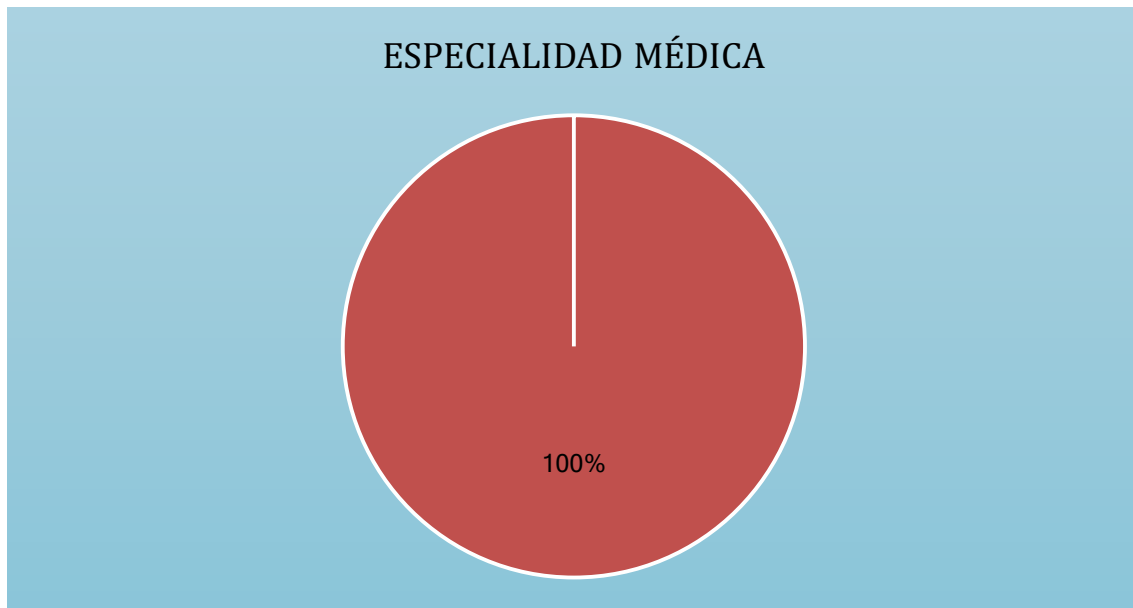
Así mismo en la figura 6, se observa que los residentes de Pediatría con un 40% son egresados de la Universidad Autónoma de Querétaro, seguidos con 20% de las universidades de Guanajuato, de Hidalgo y Del Valle de México, lo que significa que es solicitado por estudiantes de diversos estados de la república mexicana.

Tabla 7. Especialidad que cursan los residentes participantes.

<i>Especialidad</i>	Total	%
<i>Pediatría</i>	5	100
<i>Total</i>	5	100

En esta tabla 7, se observa que todos los participantes del curso taller, cursan la especialidad de Pediatría, lo anterior significó una solicitud expresa do comité de enseñanza del hospital, a que fueran ellos pues estarían dentro del periodo del estudio juntos, pues aun no tenían rotaciones en hospitales fuera del estado de Querétaro.

Figura 7

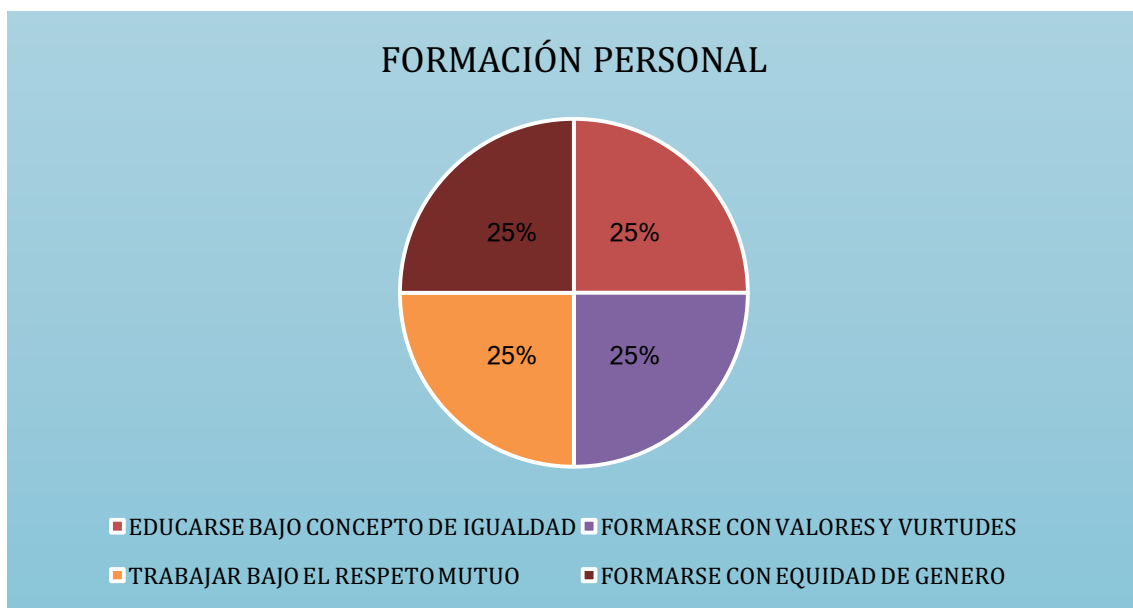


En la figura 7, se observa que todos los residentes del estudio, son al 100% de la especialidad de Pediatría, y del año de residencia 1, a sugerencia del comité de enseñanza del propio hospital donde se llevó a cabo el estudio.

Características formativas para su desempeño profesional

En el apartado de formación personal:

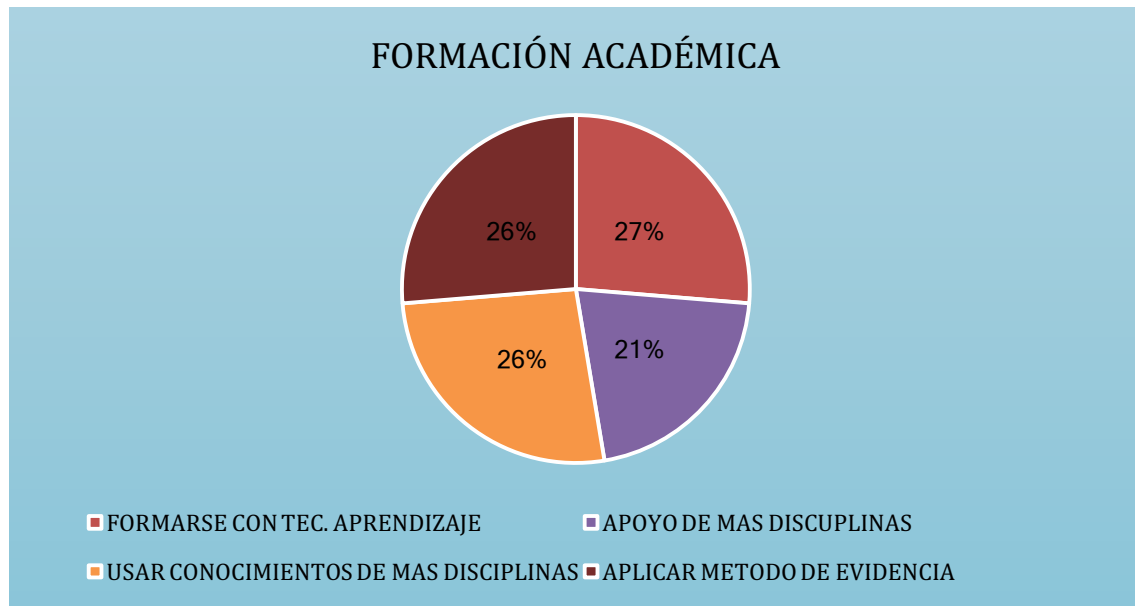
Figura 8.



En la figura 7 se pueden observar, las perspectivas de los residentes de Pediatría que esperan recibir, aquí en esta se puede ver que no existe un concepto único del tipo de formación profesional; y en ello aparecen los conceptos de igualdad, ser formados con valores y virtudes así como trabajar con sus pares bajo respeto mutuo y educarse bajo la equidad de género; todas con 25% de aceptación, lo que significa que los residentes tienen un conocimiento básico de las temáticas a tratar en el curso taller.

En el apartado de formación académica:

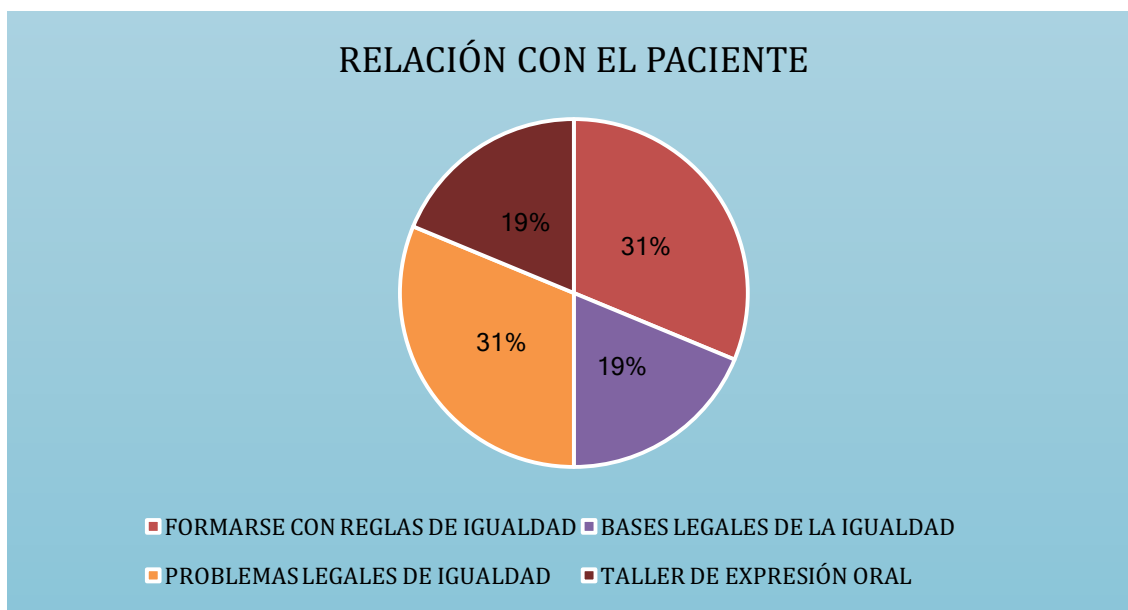
Figura 9.



En la figura 9, podemos observar, que de acuerdo a su formación académica residentes de Pediatría, con 21% aceptan apoyo de más disciplinas científicas, con 26% aceptan usar conocimientos de otras disciplinas y utilizar el método de evidencia científica durante su formación, y con 27% aceptan nuevas técnicas de aprendizaje durante su residencia, lo que significa que están abiertos a más herramientas de enseñanza que aporten en su crecimiento personal y profesional.

En el apartado de relación con el paciente:

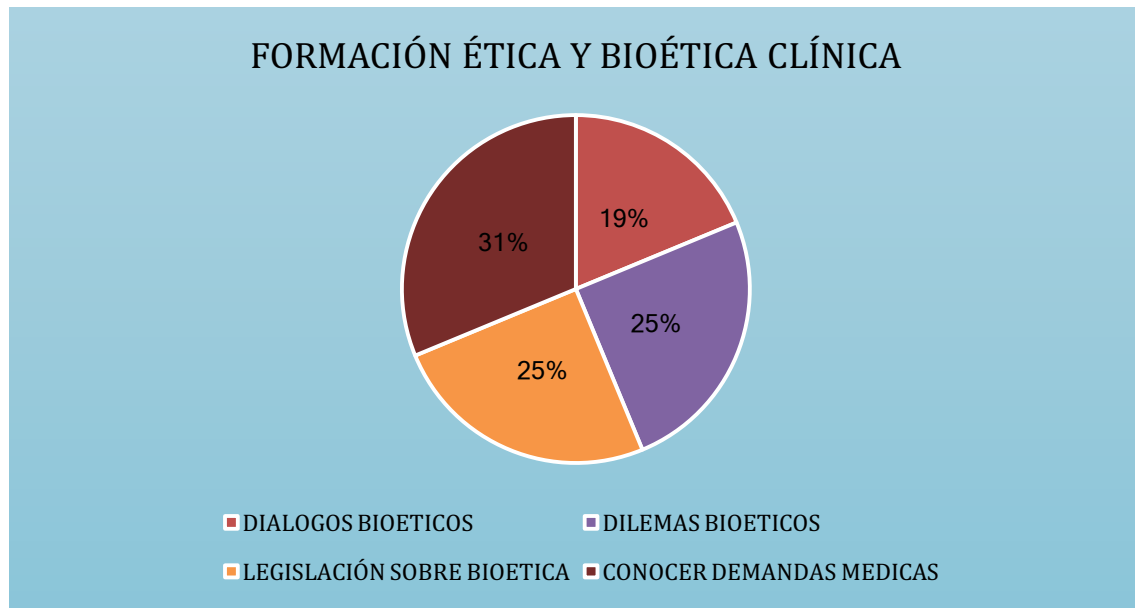
Figura 10.



En la figura 10, se puede observar que con respecto a la relación con el paciente, los residentes de Pediatría manifiestan con 19% tener bases legales sobre la igualdad y contar durante su formación con talleres de expresión oral, pero con 31% tienen la intención de conocer sobre problemática legal acerca de igualdad y al mismo tiempo desean ser formados sobre dichas reglamentaciones, lo que significa que en su mayoría desconocen marcos legales para un trato igualitario en su desempeño laboral.

En el apartado de formación ética y bioética clínica:

Figura 11.



Para la figura 11, se puede observar que los residentes de Pediatría, en el apartado de formación ética y de bioética clínica, con 19% están de acuerdo en tener diálogos bioéticos, con 25% conocer sobre legislación bioética y dilemas de bioética clínica, y con un 31% están de acuerdo en conocer sobre las demandas de su especialidad médica, lo que significa que el curso taller, les ofrecerá nueva y útil información en el rubro de la ética y la bioética clínica.

CUESTIONARIO SOBRE CONCEPTOS GENERALES

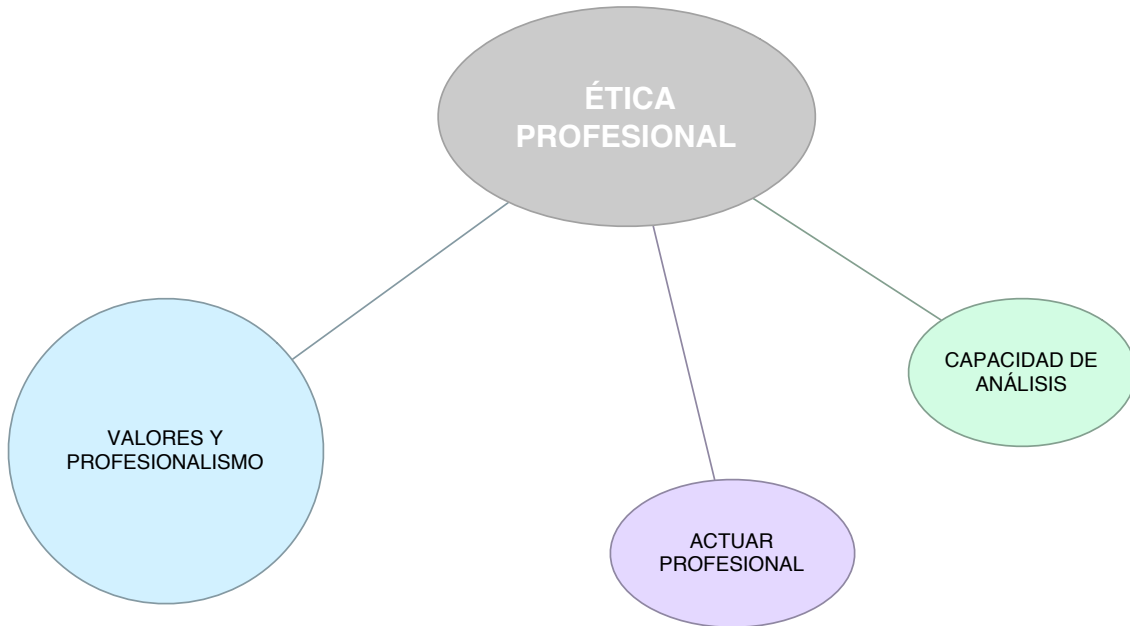
Se presentan el siguiente cuestionario para diagnosticar los conocimientos que los residentes traen consigo, previo ingreso al taller de bioética clínica.

PRIMERA INTERVENCIÓN

Respuestas abiertas

PREGUNTA #1

Figura 11.



A la pregunta, ¿Qué es la ética profesional?

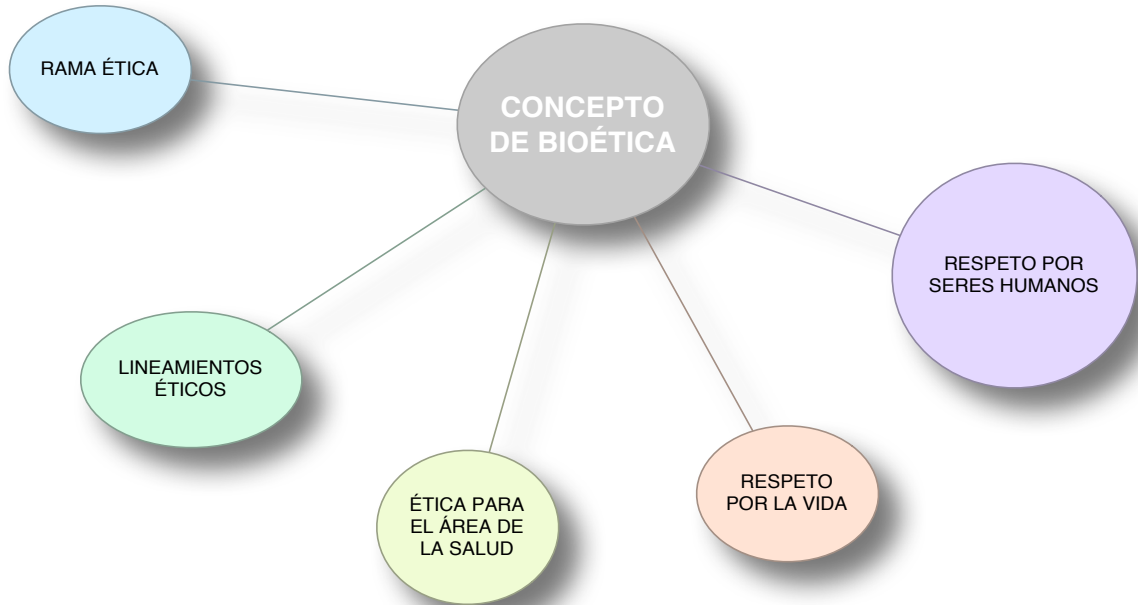
Se observa en la figura 11, que las respuestas en el imaginario colectivo de los residentes, que ubican a la ética profesional, como los valores humanos que deben regir el actuar profesional de los médicos pediatras.

Tienen también con menos repetición, la mención que la ética profesional es una oportunidad de analizar las acciones médicas a seguir en momentos de actividad profesional.

Se puede concluir en base a sus respuestas que se cuenta con bajo conocimiento de lo que es el concepto de ética profesional en egresados de la carrera de medicina general.

PREGUNTA #2

Figura 12



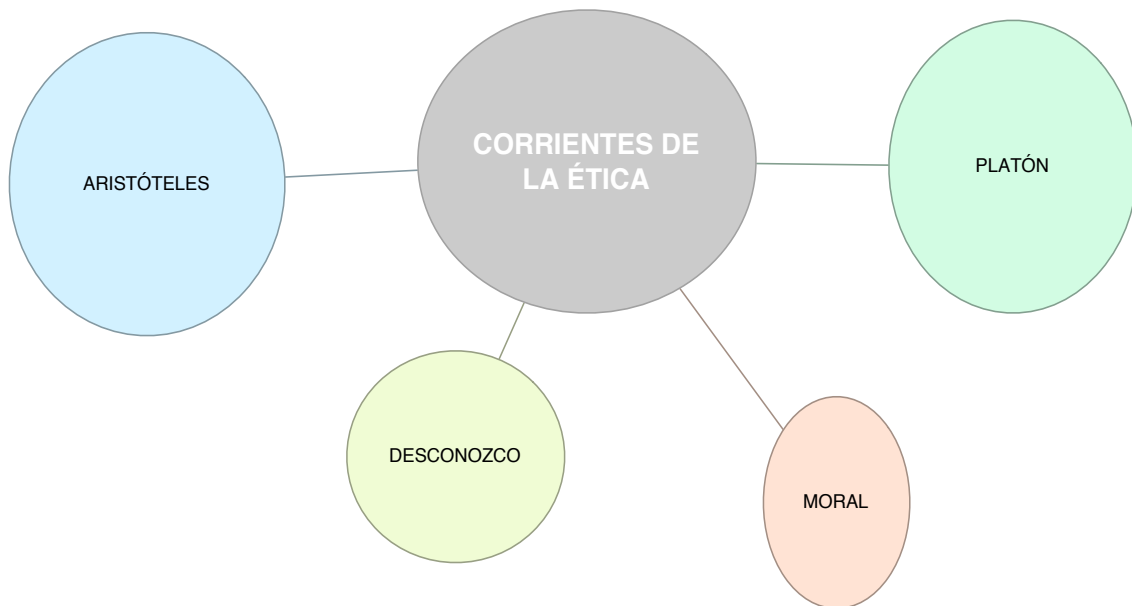
A la pregunta, ¿Cuál es tu concepto de Bioética Clínica?

Se observa en la figura 12, que de acuerdo a la repetición de las palabras clave, los residentes de pediatría tienen más presente el concepto de bioética, como el de respeto hacia los derechos humanos de los pacientes seguido de ética para el área de la salud y de que la bioética clínica es una serie de lineamientos éticos para el desarrollo profesional.

Esto se traduce como bajo conocimiento del concepto, uso y aplicación de la de la Bioética misma hacia temas de su interés profesional.

PREGUNTA #3

Figura 13

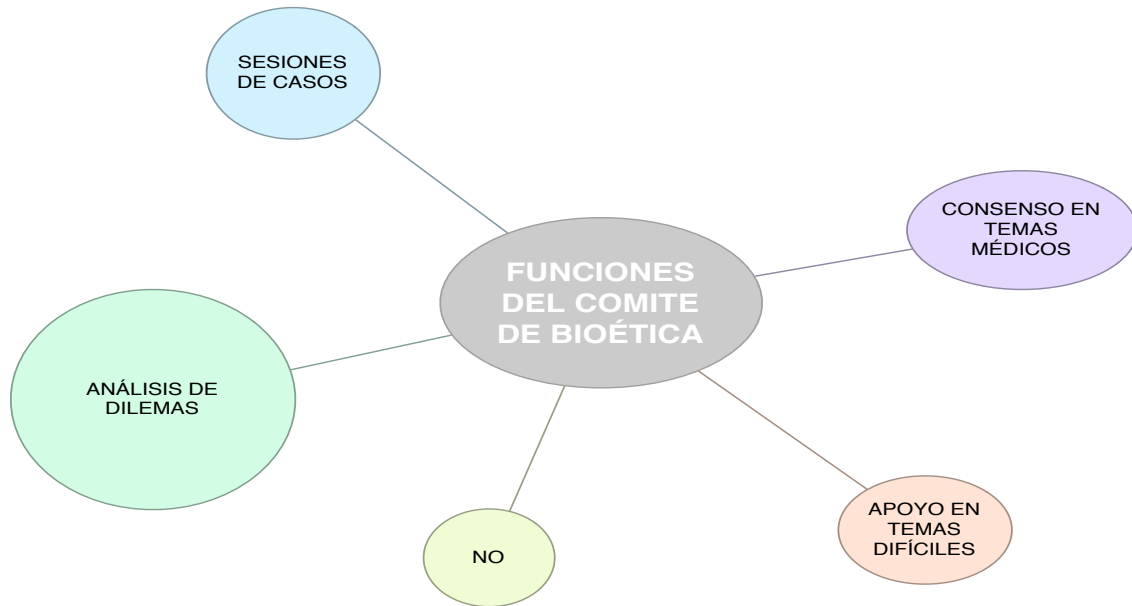


A la pregunta, ¿Conoces corrientes filosóficas sobre la ética?

Se observa que para la figura 13, el imaginario colectivo de los residentes tiene presente solo a filósofos importantes como sus líneas de filosofía, lo que significa un desconocimiento en bases filosóficas de la ética.

PREGUNTA #4

Figura 14

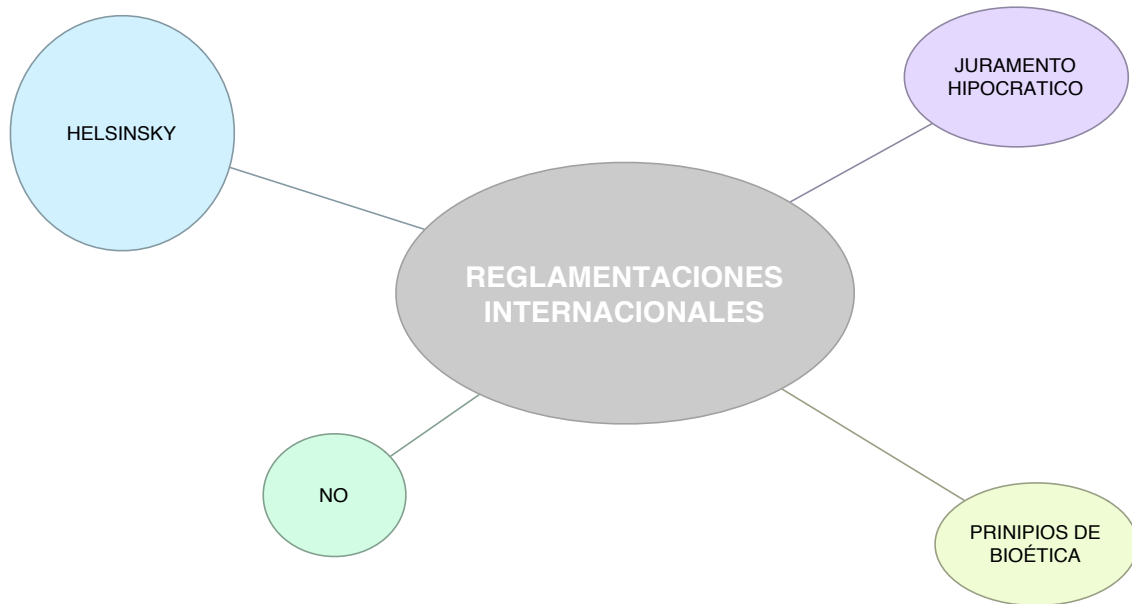


A la pregunta, ¿Cuáles son las funciones de un comité de Bioética hospitalaria?

Para la figura 14, se puede observar que los residentes de Pediatría tienen el concepto que solo se discuten dilemas que incluyen la práctica clínica, al tiempo que describen al comité como espacio de sesiones para llegar a consensos de temas médicos, lo que significa que tienen un desconocimiento total acerca de las funciones del comité de bioética hospitalario.

PREGUNTA #5

Figura 15

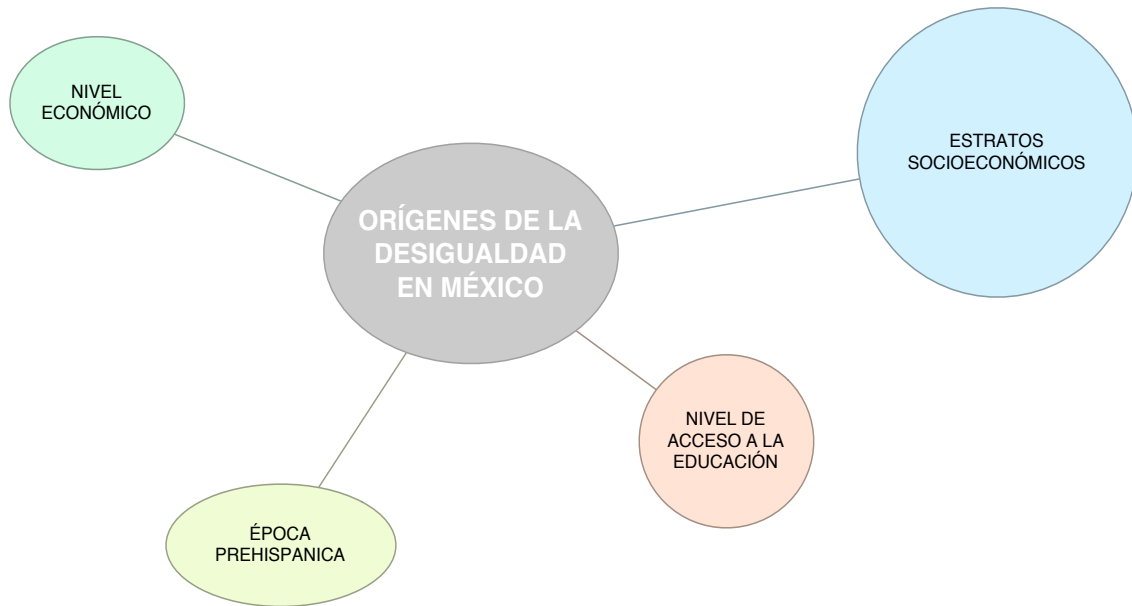


A la pregunta, ¿Conoces reglamentaciones internacionales que apoyan el acto médico?

Para la figura 15, podemos observar el imaginario colectivo de los residentes de Pediatría, se reduce a el código de Helsinsky, y mencionan al juramento hipocrático como parte de los lineamientos internacionales que regulan el acto médico, lo que significa que desconocen de reglamentos internacionales en el tema de Bioética

PREGUNTA #6

Figura 16

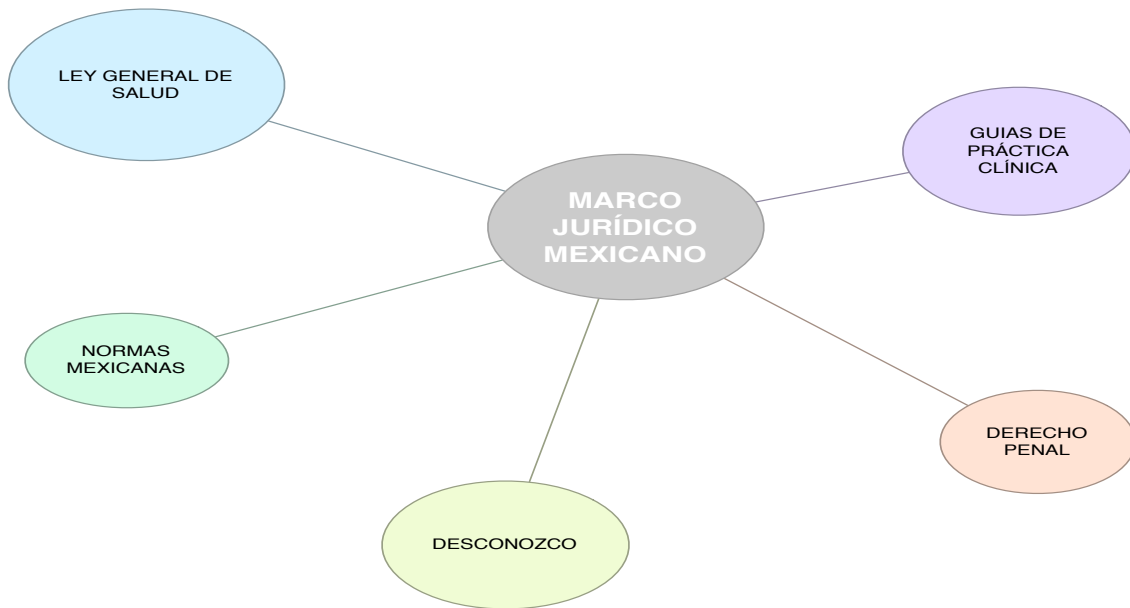


A la pregunta, ¿Conoces los orígenes históricos de la desigualdad en México?

Como se puede observar, para la figura 16, los residentes de Pediatría, tiene el concepto que son los estratos sociales el origen de las desigualdades en México, seguido del nivel económico y del acceso al nivel de educación, y solo una respuesta se dirige a las épocas prehispánicas como el origen de la desigualdad en el país, lo que significa que desconocen los antecedentes históricos de la conquista mexicana.

PREGUNTA #7

Figura 17

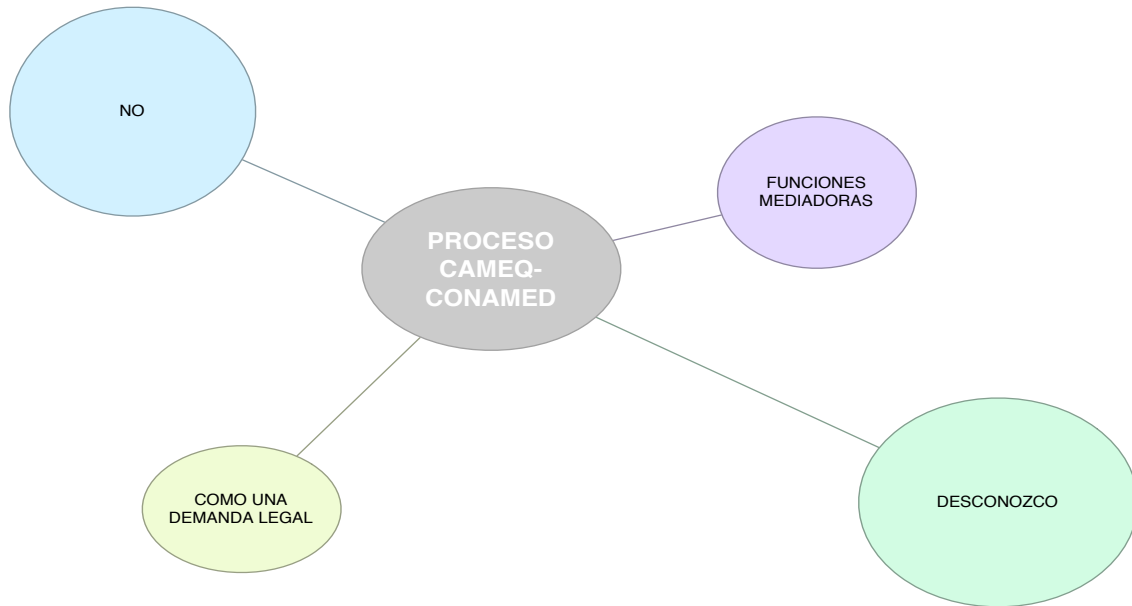


A la pregunta, ¿Conoces el marco jurídico mexicano que aplica al profesional de la salud?

Como podemos observar en la figura 17, que el imaginario colectivo de los residentes, habla equivocadamente que solo versan las responsabilidades jurídicas de su profesión en la Ley General de Salud, con menos menciones se ubican las guías de prácticas clínicas, seguido de las normas mexicanas y en el mismo nivel de menciones el derecho penal, sin embargo se hace de mayor mención el concepto, desconozco, lo que significa que los residentes desconocen el marco jurídico en el cual se desempeñaran profesionalmente.

PREGUNTA #8

Figura 18



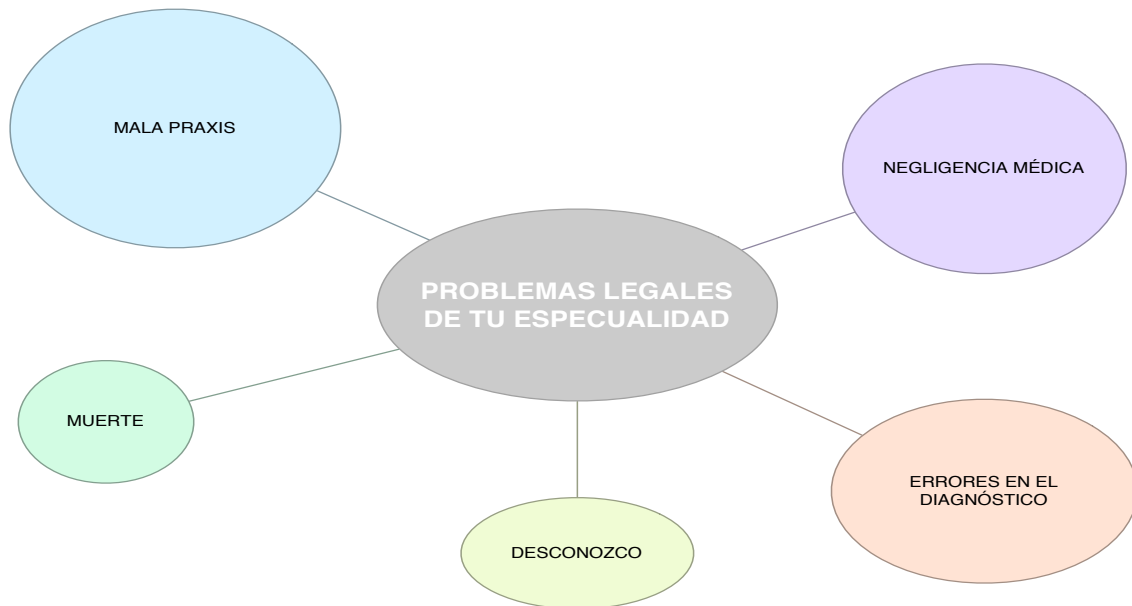
A la pregunta, ¿Conoces el procedimiento de una queja medica ante CONAMED?

Podemos observar en la figura 18, que se hace muy evidente la falta de conocimiento en el proceso de un conflicto ante Conamed, pues el imaginario colectivo de los residentes es mayoría hacia el No conozco y de igual número de menciones el desconozco, disminuyen las menciones ante una función mediadora y similar a una demanda legal.

Lo que significa que es necesario hacer mención ante los futuros médicos especialistas las herramientas de apoyo y queja de la CONAMED y CAMEQ, ante una eventual queja sobre ellos.

PREGUNTA #9

Figura 19

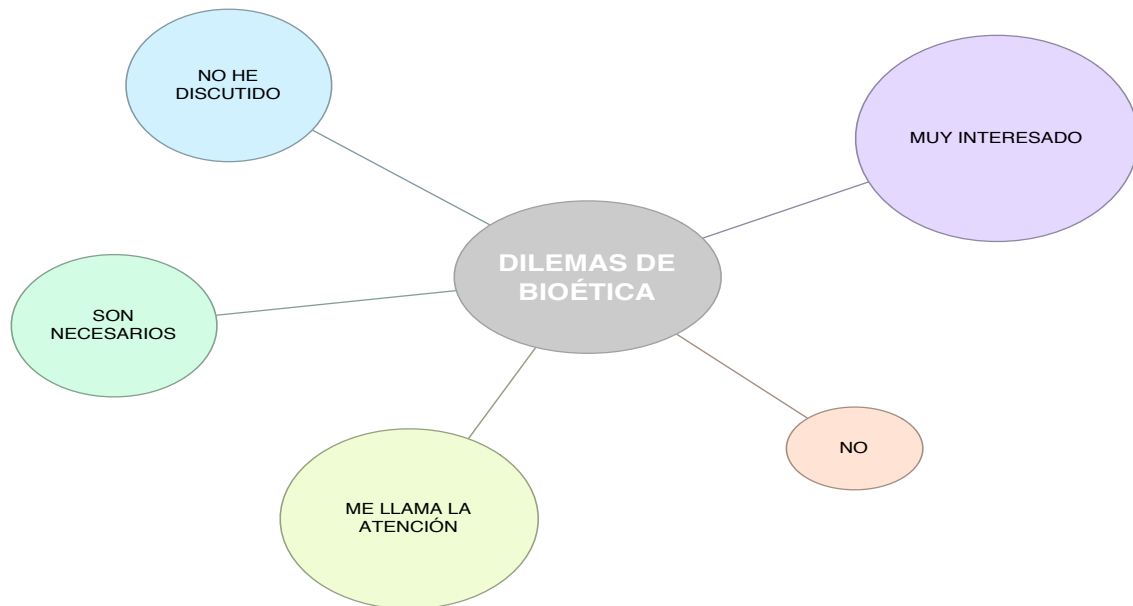


A la pregunta, ¿Conoces las principales problemáticas legales de tu especialidad?

Como podemos observar en la figura 19, las respuestas de los residentes de pediatría, en su mayoría giran en torno a las malas prácticas, seguido de los errores del diagnóstico del paciente, y a la negligencia médica, y con menores menciones las muertes, pero cabe señalar que se mencionó como respuesta y con la menor frecuencia, lo que significa que tienen una percepción muy lejana a la realidad que nos comentó la CAMEQ, en sus reportes anuales, con respecto a la pediatría,

PREGUNTA #10

Figura 20



A la pregunta, ¿Te interesaría discutir dilemas de bioética clínica?

Podemos observar en la figura 20; que la respuesta con mayor frecuencia por parte de los residentes de pediatría fue la de estar de muy interesados en la discusión de dilemas en bioética, como auxiliar de su formación clínica, seguida de me llama la atención discutir, y se observa con menos menciones la respuesta, son necesarios y aún menos no he discutido.

Lo significativo de esta respuesta es señalar la aparición de un no me interesa dentro de las respuestas de los residentes de pediatría, donde no se observa la importancia de la bioética dentro de sus años de residencia.

Cuestionario sobre caso #1 Pediátrico

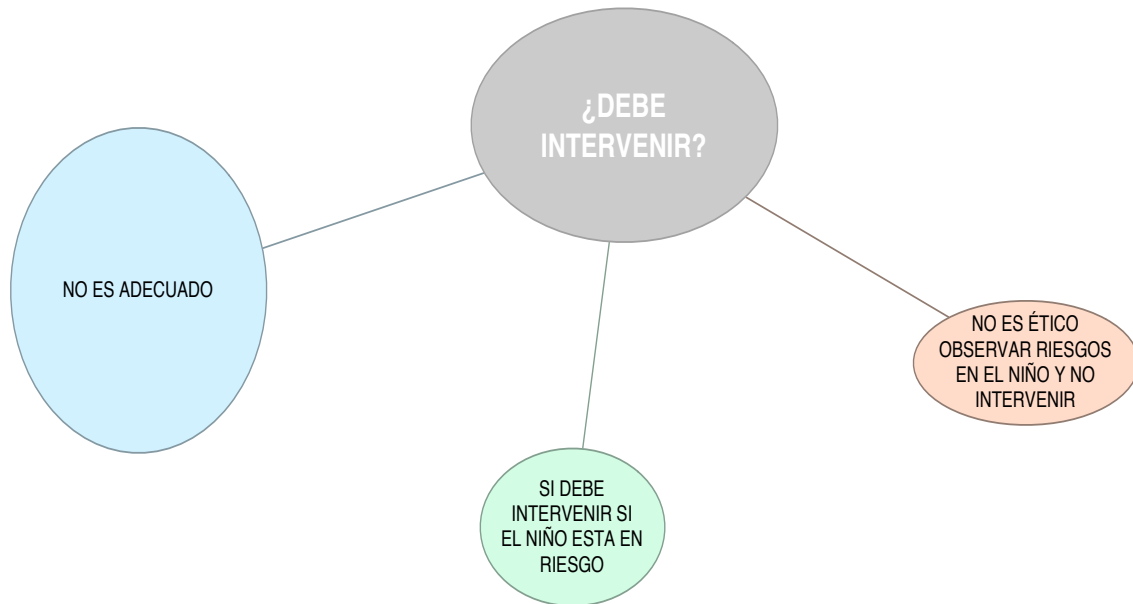
Se presenta el siguiente cuestionario sobre un caso de ética de la investigación, para diagnosticar y evaluar las respuestas que ofrecen al comentar un caso con implicaciones bioéticas.

INTERVENCIÓN 1

Respuestas abiertas

PREGUNTA #1

Figura 21



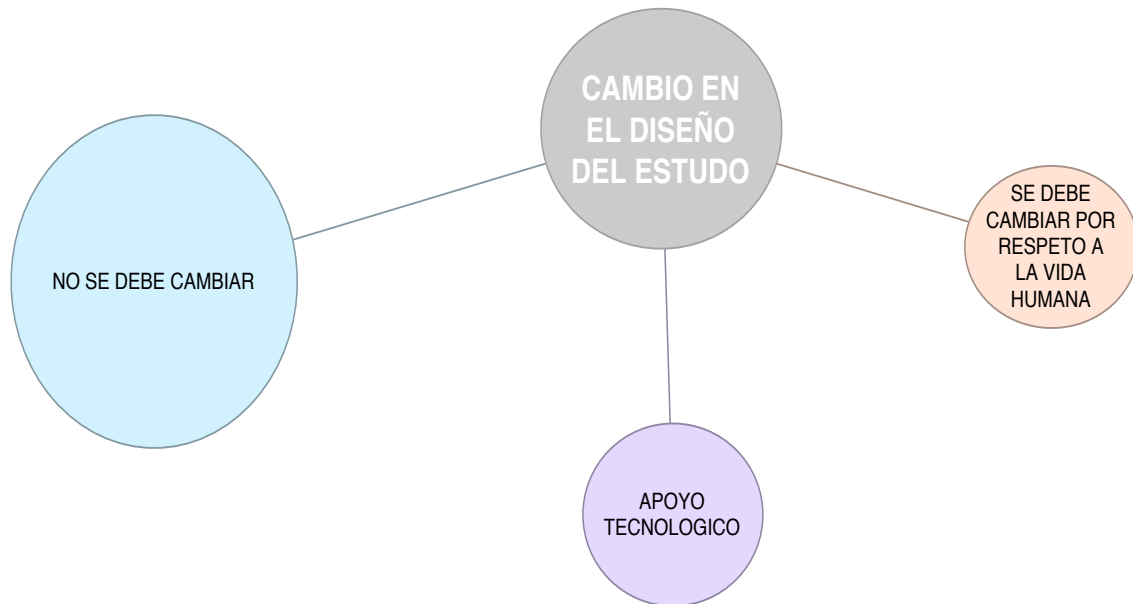
A la pregunta, ¿Desde un punto de vista ético, es adecuado que la encargada del trabajo de campo simplemente observe una práctica que sabe puede resultar perjudicial para el niño?

Podemos observar en la figura 21, que las respuestas del imaginario colectivo de los residentes de pediatría, no es adecuado intervenir, aun siendo testigos visuales de la muerte de niños por agua contaminada, siendo notoria la frecuencia de las respuestas hacia la negativa.

Seguida con menor frecuencia de no es ético ver morir niños y reportar datos, y con menos menciones, la de menor frecuencia es un si debe intervenir. Lo que significa que son poco éticos y humanos al momento de seguir reglas para investigaciones de campo.

PREGUNTA #2

Figura 22



A la pregunta, ¿Se podría haber diseñado este estudio de tal forma que no se ponga a la trabajadora de campo en un dilema, y que a la vez se pueda obtener la información deseada?

Podemos observar en la figura 22, que los residentes de pediatría, responden con mayor frecuencia y continúan con su pensamiento de no alterar el formato del estudio; que no se debe cambiar el diseño del estudio inicial, aun sabiendo que él investigador observador podría intervenir a favor de la vida de los niños en el estudio, la respuesta seguida fue si se debe cambiar por respeto a la vida humana, y la respuesta con menor frecuencia es que el estudio se apoye más en la tecnología moderna, lo que significa que desconocen sobre temáticas y reglamentaciones internacionales sobre investigaciones con humanos.

PREGUNTA #3

Figura 23



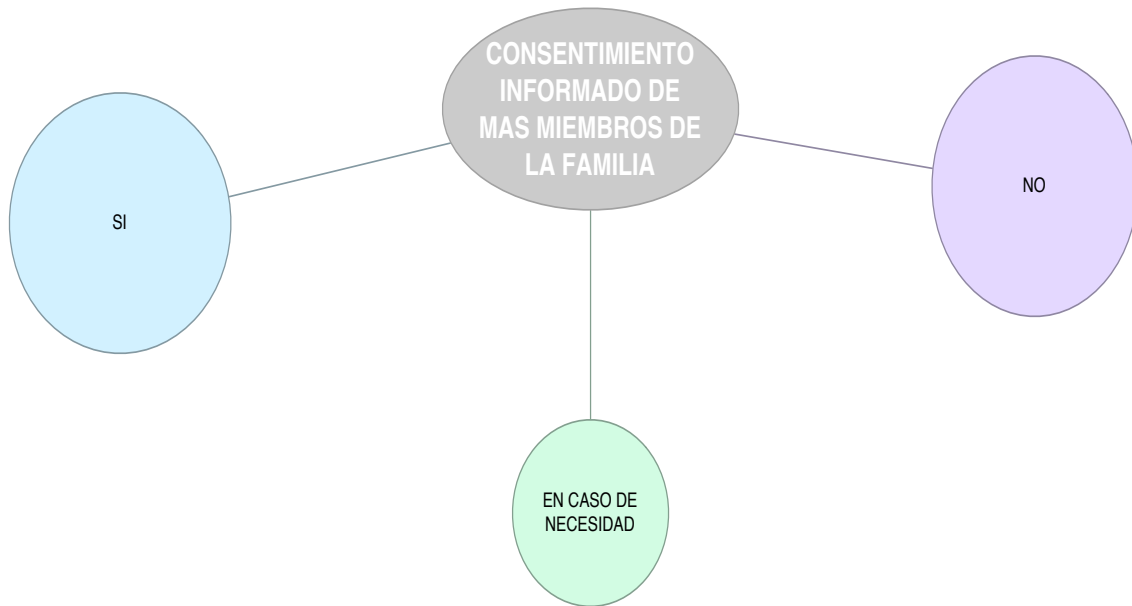
A la pregunta, ¿Cuáles son las obligaciones del investigador para con los participantes de los estudios de observación?

Podemos observar en la figura 23, que las respuestas con mayor frecuencia de los residentes de pediatría son, observar solamente y levantar el reporte por el que el estudio inicio, la misma frecuencia de respuesta es la de aportar nueva información, a partir de la sola observación del investigador.

Lo que significa para ellos es que con la respuesta respetar lo observado y más abajo respetar el tipo de estudio, las respuestas ante este caso, no coinciden con sus lineamientos morales católicos, donde todos coinciden el respetar la vida humana, ante cualquier situación, al ser un estudio impersonal, el prójimo no es de importancia.

PREGUNTA #4

Figura 24



A la pregunta, ¿Es necesario obtener el consentimiento informado de otras personas que ingresan a la familia durante el periodo de observación, cuando interactúan con el bebé?

Se puede observar en la figura 24, que la respuesta con mayor frecuencia es un rotundo NO, a la par de un SI, lo que nos indica que el imaginario colectivo de los residentes de pediatría es que a mayor intervención de las familias, mejor cuidado de los niños, en este caso de la enfermedad ocasionada por el agua contaminada, y la menor frecuencia en la respuesta es la de valorar la necesidad de intervención de las miembros familiares, lo que significa que están confundidos ante la reglamentación del consentimiento informado.

CUESTIONARIO SOBRE CONCEPTOS GENERALES

Se presentan el siguiente cuestionario para diagnosticar los conocimientos que los residentes traen consigo, pasados tres meses de aplicado el curso de bioética clínica, evaluando la memoria inmediata y la retención de lo aprendido en el taller.

SEGUNDA INTERVENCIÓN

Respuestas abiertas

PREGUNTA #1

Figura 25



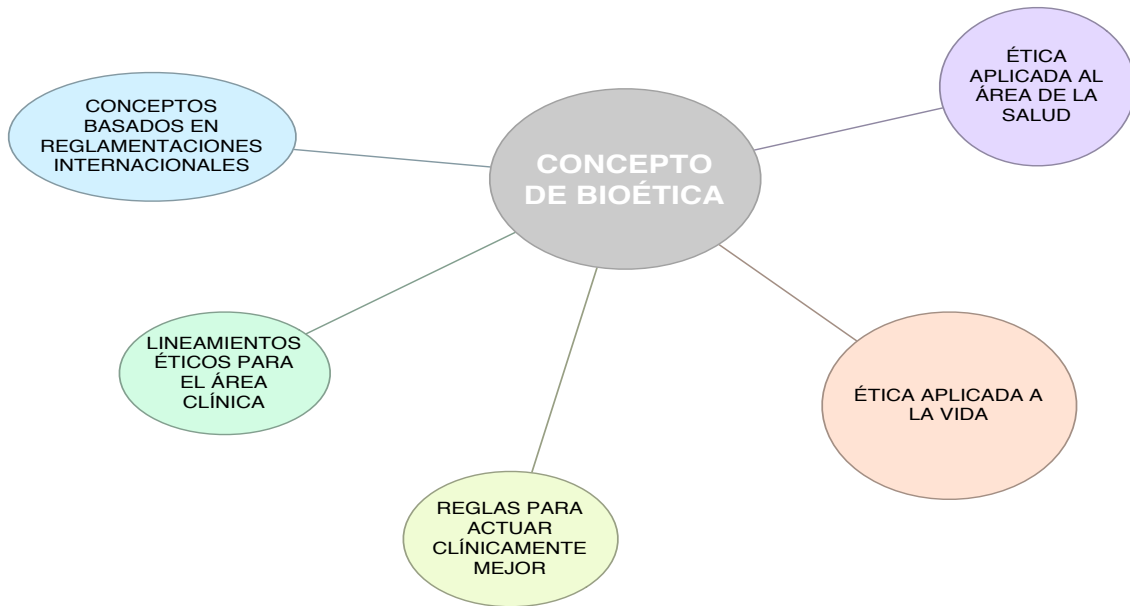
A la pregunta, ¿Qué es la ética, para un profesional de la salud infantil?

Se puede observar a la figura 25, que los residentes de pediatría, al recibir sus talleres de bioética, comienzan a tener respuestas más analíticas, a las mismas preguntas antes de la intervención.

Lo que significa que las respuestas con mayor frecuencia fueron; la manera correcta de relación con el paciente y la manera correcta de conducir nuestros actos, seguida de la respuesta realizar acciones con normas y reglas morales, y por último, con menos menciones la respuesta de ciencia que orienta la práctica.

PREGUNTA #2

Figura 26



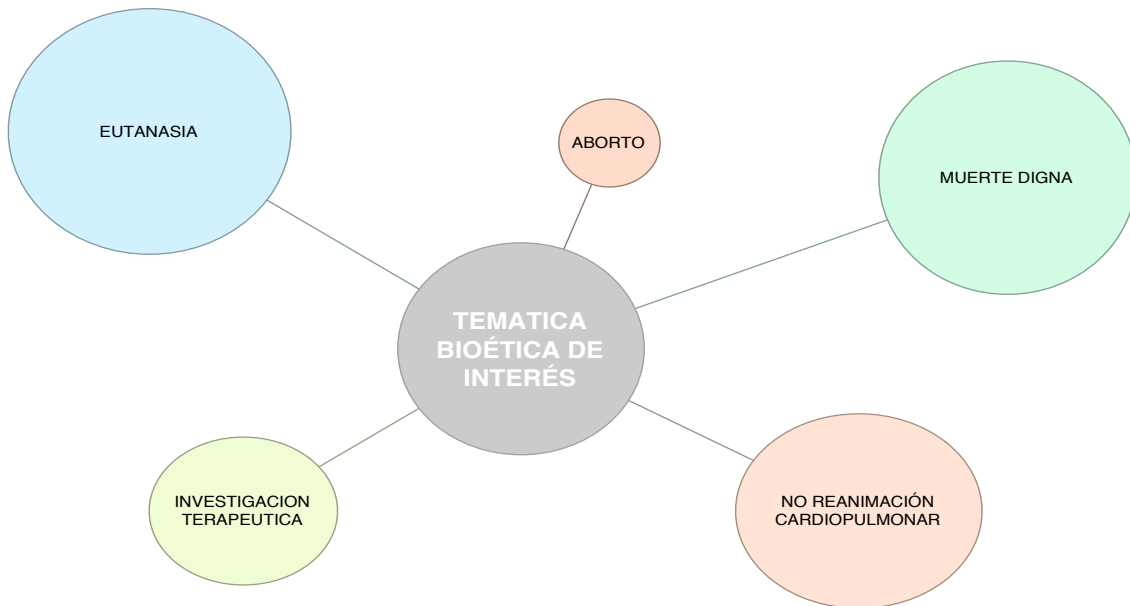
A la pregunta, ¿Cuál es tu concepto de Bioética?

Se puede observar en la figura 26, que las ideas de los residentes de pediatría que ya son con más profundidad y mayor uso de las palabras y su respuesta con más menciones es ética aplicada a la vida, seguida de conceptos basados en reglamentaciones internacionales, con menciones divididas se observa ética aplicada al área de la salud, y al final la frecuencia se divide en reglas para actuar clínicamente mejor y lineamientos éticos para el área clínica.

Lo que significa que los residentes mantienen un mejor manejo del lenguaje en sus respuestas.

PREGUNTA #3

Figura 27

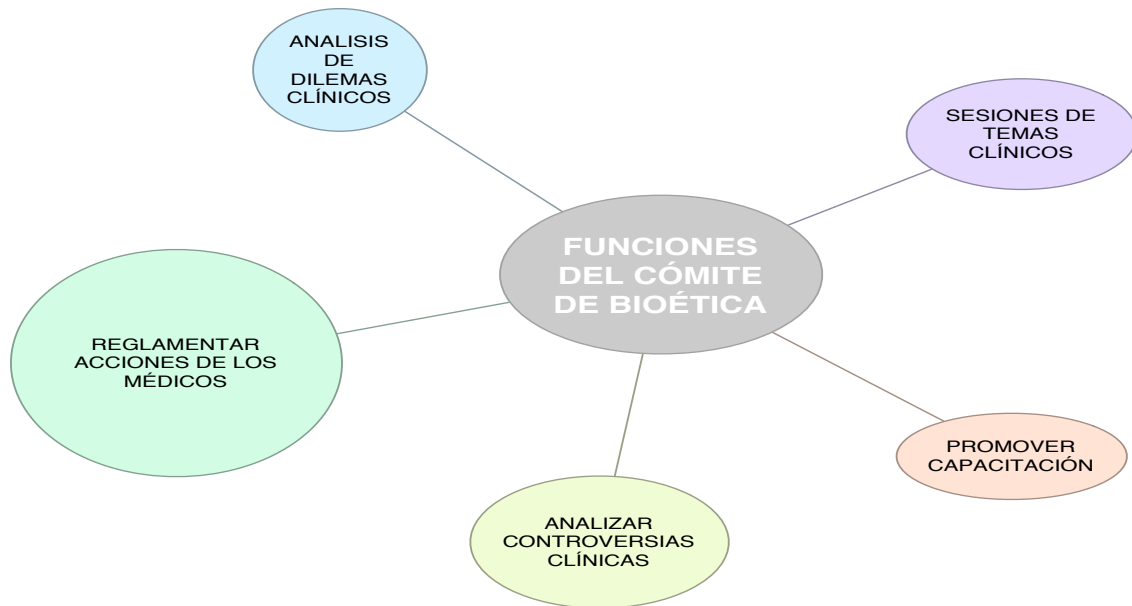


A la pregunta, describe algún tema bioético que te interesa desarrollar.

Se puede observar en la figura 27, que los residentes de pediatría, mencionan con mayor frecuencia el tema de eutanasia como temas a dialogar en talleres bioéticos, seguido de muerte digna en los pacientes pediátricos. Con menor número de menciones aparece la no reanimación cardiopulmonar, y la investigación terapéutica en infantes, y por último con escasas menciones el aborto. Lo que significa que están interesados en temáticas y debates de temas actuales y afines a su especialidad médica.

PREGUNTA #4

Figura 28

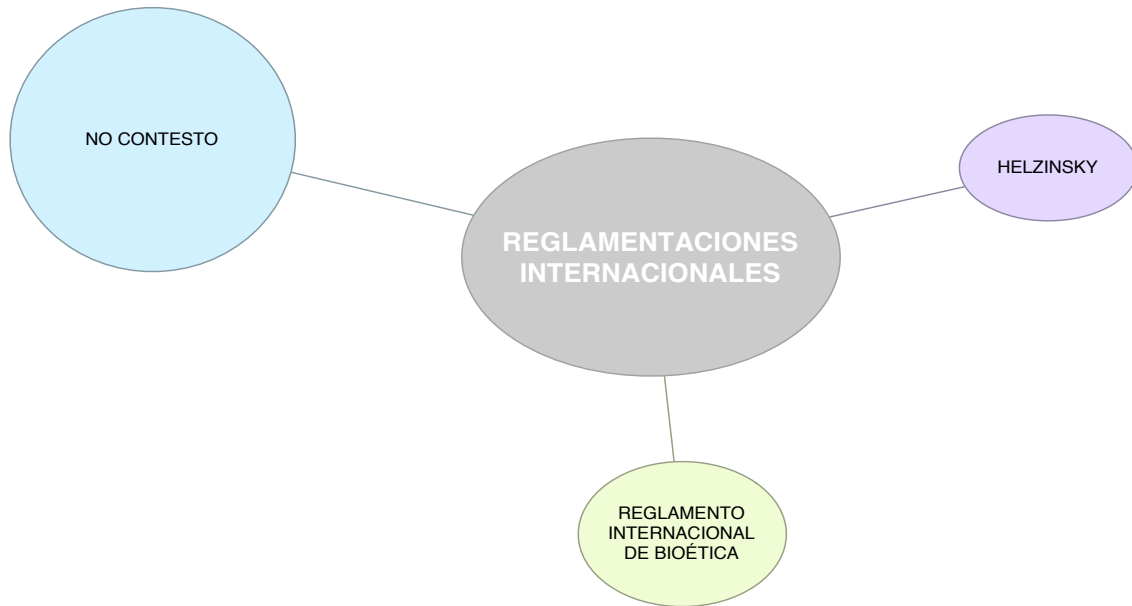


A la pregunta, describe algunas de las funciones de los comités de Bioética Hospitalaria.

Podemos observar, en la figura 28, que los residentes de pediatría comienzan a tener más información acerca de la bioética y su respuesta con mayor frecuencia es la de reglamentar acciones de los médicos, seguida de analizar controversias clínicas, y en menor número de repeticiones se ubica la respuesta, lo que significa que solicitan sesiones de temas clínicos, continuando la respuesta promover capacitación y la respuesta con menos repeticiones es la de analizar dilemas clínicos.

PREGUNTA #5

Figura 29

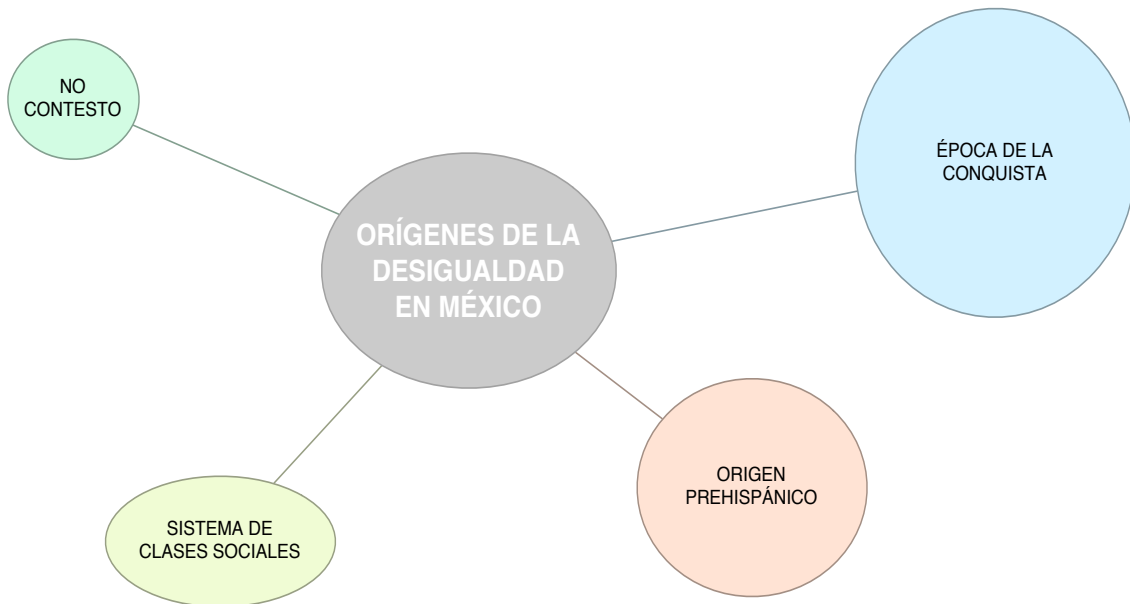


A la pregunta, describe las reglamentaciones internacionales que se utilizan en México para realizar el acto médico

En la figura 29, podemos observar que los residentes de pediatría, en el ámbito de los talleres de ámbito jurídico, mostraron menor interés y se observa en sus respuestas negativas, pues la de mayor frecuencia fue la de no contesto a la pregunta, seguida de reglamento internacional de bioética y como ultima respuesta con menor frecuencia fue la de Helsinzky, lo que significa que no les importaron las temáticas legales y si las que tienen que ver con su perfil de ingreso.

PREGUNTA #6

Figura 30

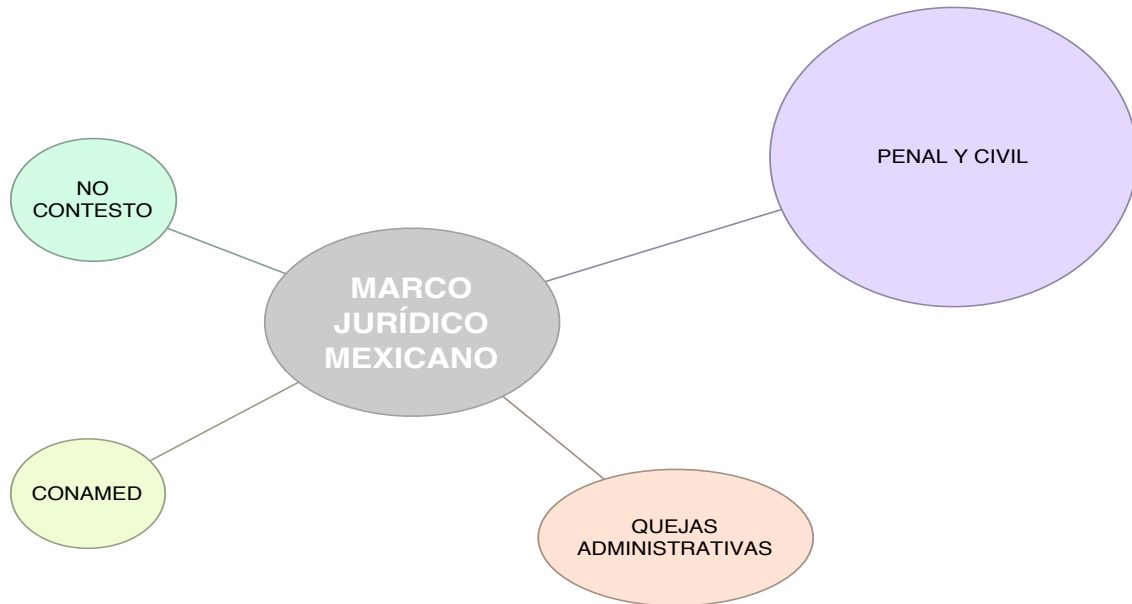


A la pregunta, describe los orígenes históricos de la desigualdad social en México

Podemos observar, en la figura 30 que los residentes de pediatría, se remontan a la respuesta derivada de los talleres con temáticas históricas, y mencionan con mayor frecuencia la época de la conquista, como iniciadora de la desigualdad en México, continúan con menor número de repeticiones la respuesta similar de origen prehispánico, seguida con menos datos la respuesta el sistema de clases sociales y una sola mención de no contesto a la pregunta. Lo que significa que tampoco tuvieron interés en temas históricos por su poca retención del mismo.

PREGUNTA #7

Figura 31

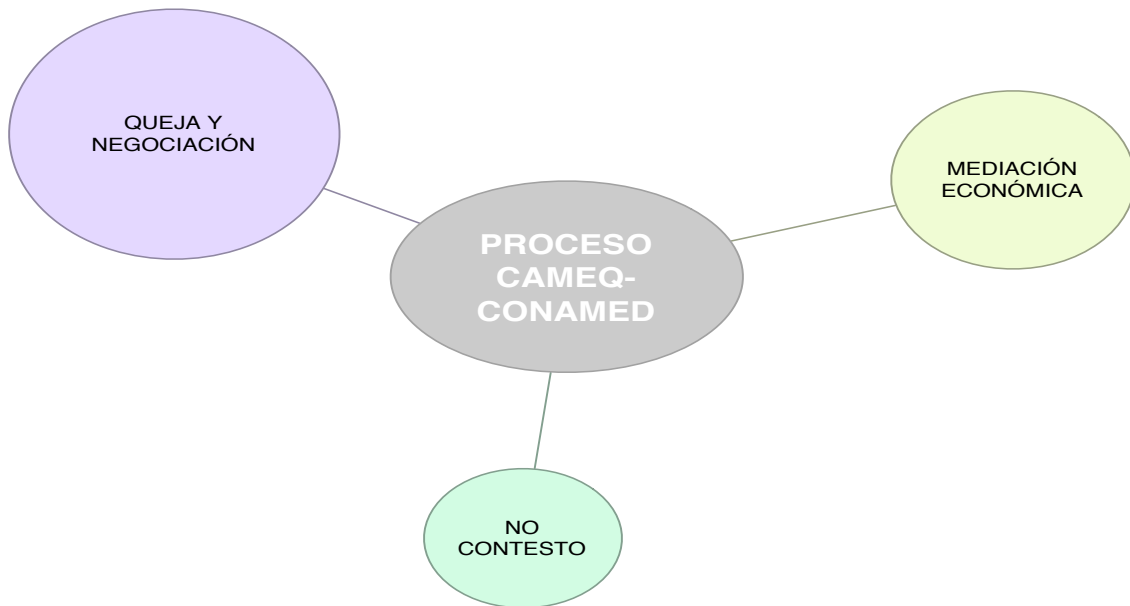


A la pregunta, ¿Sabes cuales son las vías del marco jurídico mexicano donde puede ser acusado un profesional de la salud?

Para la figura 31, podemos observar que los residentes de pediatría, toman sus respuestas de mayor frecuencia del taller aplicado y responden en su mayoría que son las vías penal y civil, como las vías de mayor acusación al profesional de la salud, seguida la respuesta más mencionada la de quejas administrativas, con menor mención la respuesta Conamed y el no contesto la última en la escala de menciones, lo que significa que retuvieron las penas de tipo penal que dañen directamente su patrimonio a las administrativas o ante COMANED.

PREGUNTA #8

Figura 32



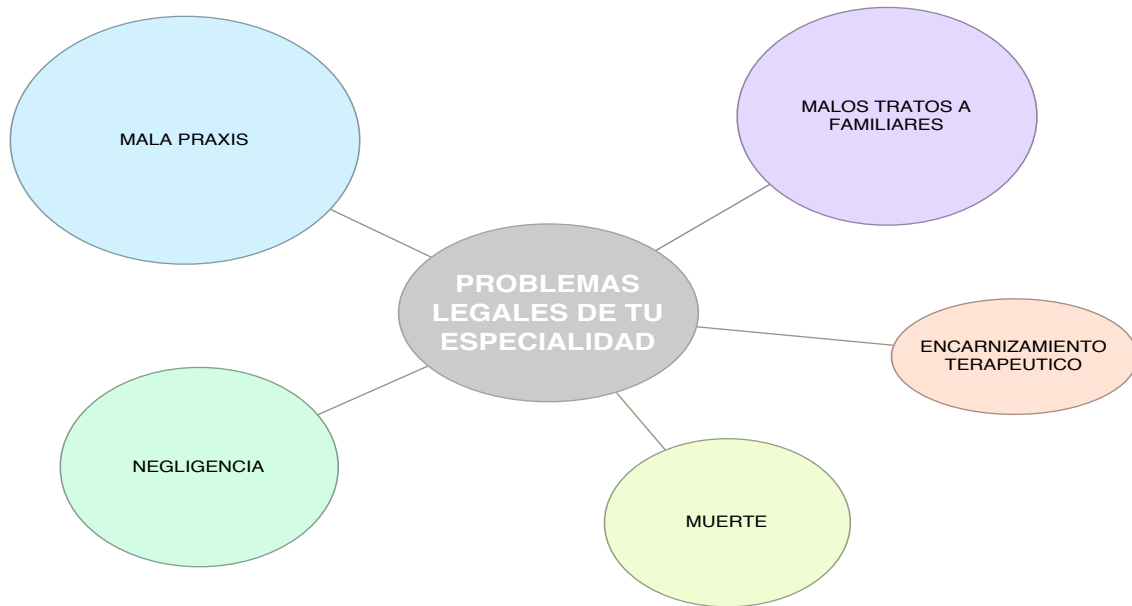
A la pregunta, describe el proceso de una queja médica ante CAMEQ

Ala figura 32, podemos observar que los residentes de pediatría, contestan sobre su imaginario colectivo que es un proceso de quejas y negociaciones entre el acusador y el acusado, dicha respuesta proveniente del curso aplicado en meses anteriores.

Lo que significa que desconocen que el proceso es una mediación con fines económicos, y al final se ubica la respuesta no contesto, considerablemente con más menciones.

PREGUNTA #9

Figura 33



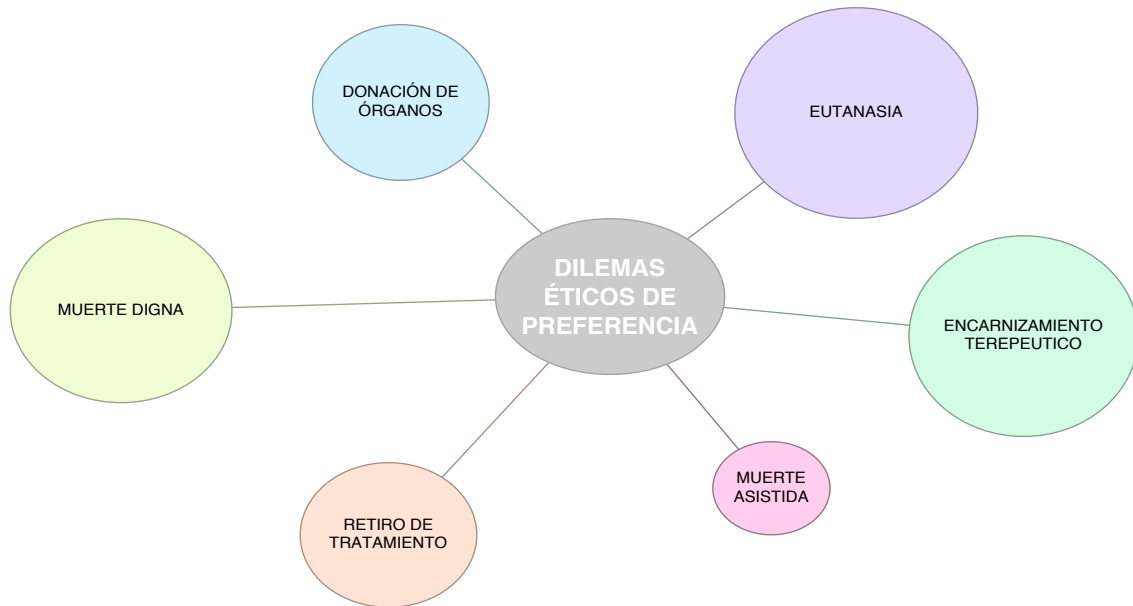
A la pregunta, describe las principales quejas legales a las que se enfrenta tu especialidad médica

Se puede observar que a la figura 33, los residentes de pediatría basándose en las estadísticas proporcionadas por la Cameq y presentadas en el curso taller, responden que son, en mayor frecuencia, la mala práctica y los malos tratos hacia los familiares; continúan sus respuestas en menor frecuencia las de negligencia médica, encarnizamiento terapéutico y muerte como la de menor frecuencia en sus respuestas, lo que significa que obtuvieron información nueva y relevante para su conocimiento profesional laboral.

Se puede observar un mejor manejo de sus respuestas y el uso de nuevas palabras en el lenguaje del residente de pediatría.

PREGUNTA #10

Figura 34



A la pregunta, ¿Qué tipo de dilemas éticos te interesaría discutir en un programa de Bioética Clínica?

Se puede observar, en la figura 34, que los residentes de pediatría en su imaginario colectivo mencionan nuevas temáticas a discutir en el campo de la bioética clínica y como parte de las actividades del Comité de Bioética hospitalaria, que desean tener discusión sobre eutanasia, seguida de encarnizamiento terapéutico y muerte digna, lo que significa interés ya que agregan temas de actualidad como donación de órganos, retiro de tratamiento y la de menor frecuencia, el tema de muerte asistida.

Cuestionario sobre caso #2 Pediátrico

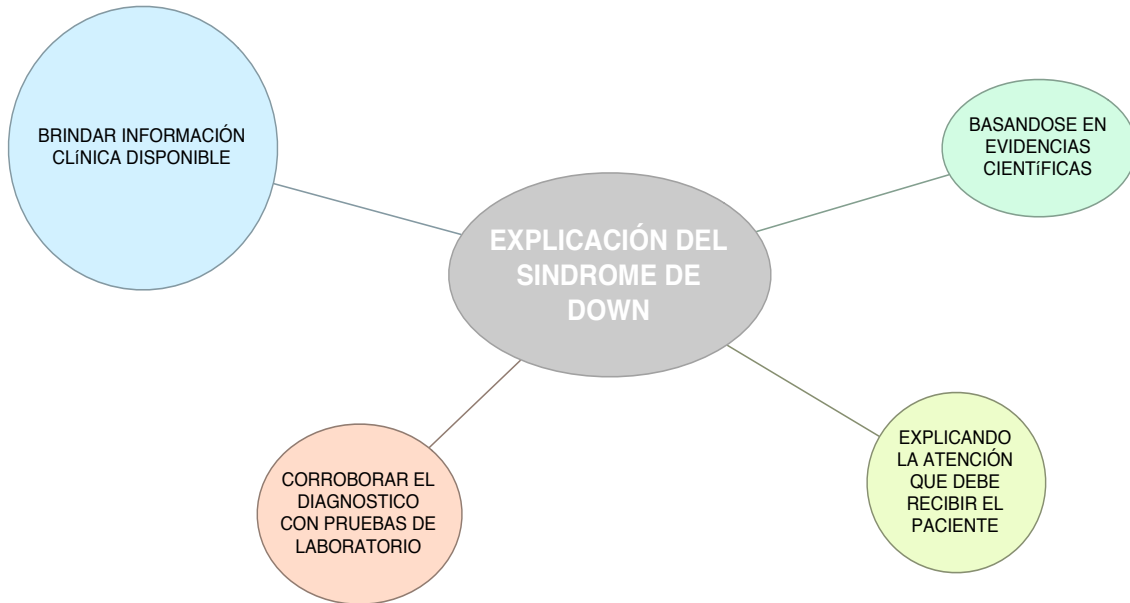
Se presenta el siguiente cuestionario sobre un caso de ética clínica para evaluar las respuestas que ofrecen al comentar un caso con implicaciones bioéticas, ahora también después de la información brindada en el taller.

INTERVENCIÓN 2

Respuestas abiertas

PREGUNTA #1

Figura 35

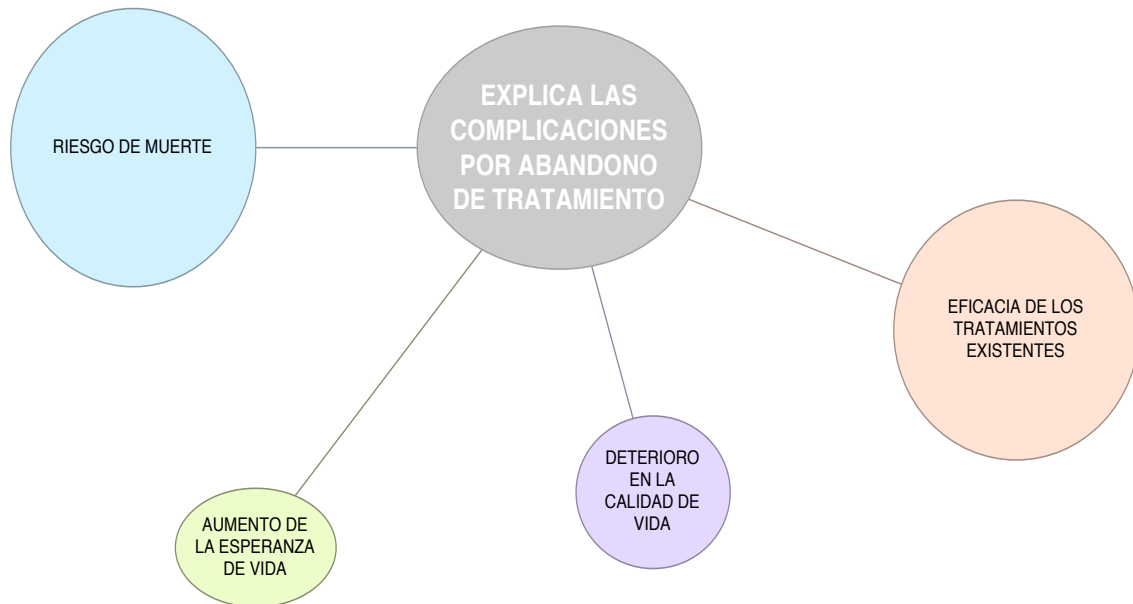


A la pregunta, ¿Desde un punto de vista ético, de qué manera abordarías la explicación de la sospecha del síndrome de Down en su hijo siendo ella una madre adolescente y con escasa información de la enfermedad?

Se puede observar para la figura 35, que los residentes de pediatría hacen el uso de las nuevas herramientas tecnológicas y de lo ofrecido en el curso, respondiendo en mayor número; brindar la información clínica disponible, seguida en igual frecuencia la respuesta de corroborar el diagnóstico con pruebas de laboratorio y explicar la atención de un paciente especial, la respuesta de menor repetición fue basarse en evidencias científicas, lo que significa buen manejo de las tecnologías actuales para interpretar y diagnosticar enfermedades.

PREGUNTA #2

Figura 36

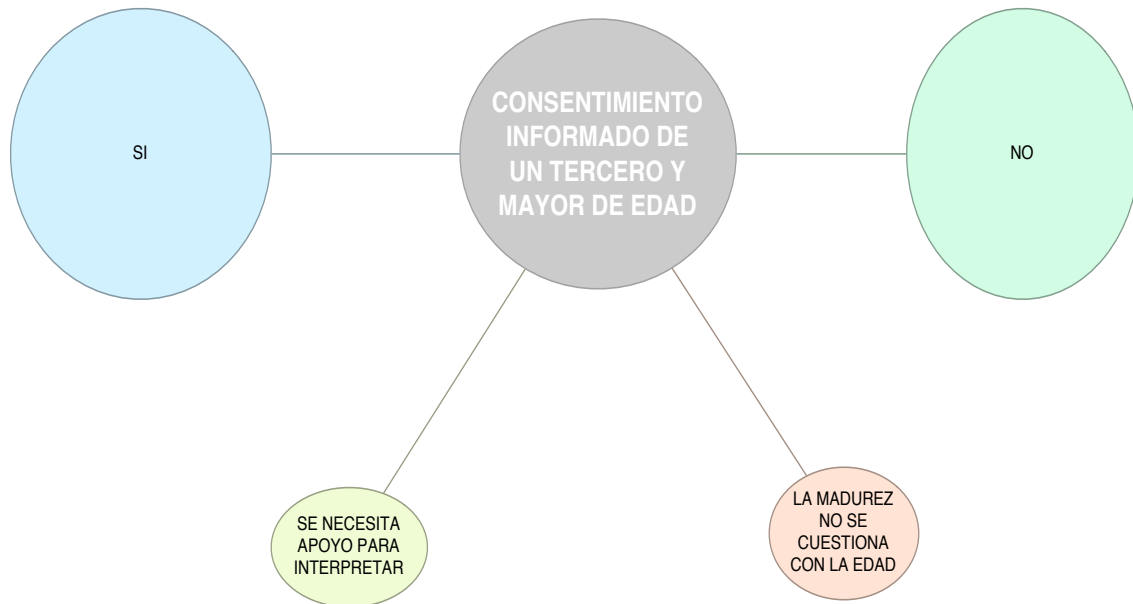


A la pregunta, ¿De qué manera ética y profesional explicas las complicaciones de salud que su hijo puede manifestar en caso de abandonar los tratamientos ofrecidos en beneficio de su hijo?

Para la figura 36, se pudo observar a los residentes de pediatría que optan por hablar sobre los riesgos de muerte es la respuesta más profesional para que los padres no abandonen el tratamiento de paciente en cuestión, con menor frecuencia responden que hablar de la eficacia de los tratamientos es la mejor manera de convencer, y con menos menciones, hablar del deterioro de la calidad de vida y la última respuesta la del aumento en la esperanza de vida de estos pacientes, lo que significa mejor manejo de la información en pro de un mejor consentimiento informado.

PREGUNTA #3

Figura 37

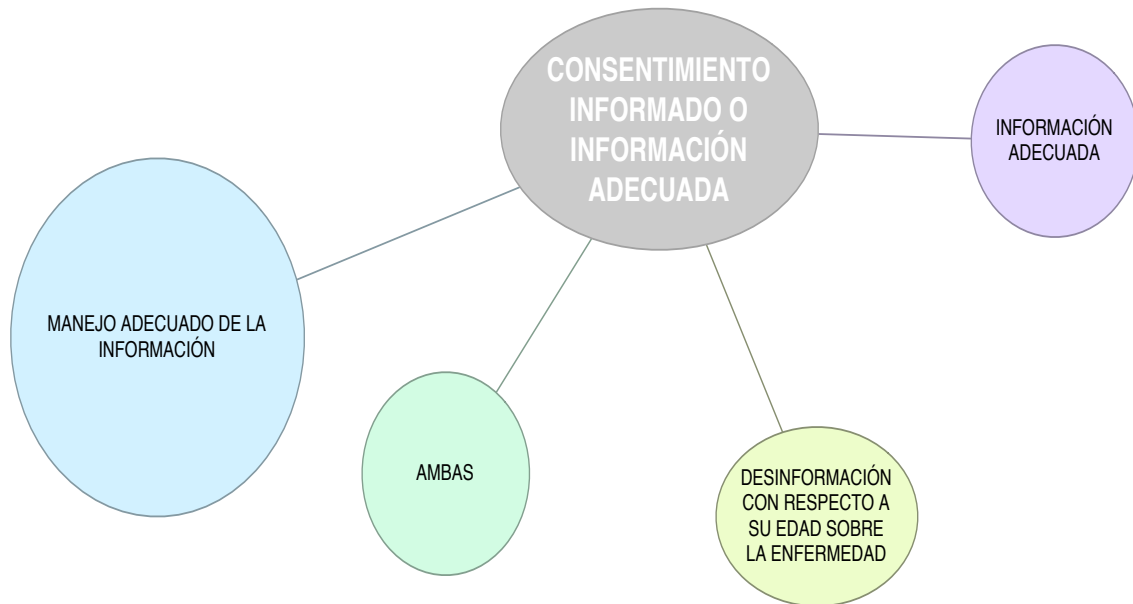


A la pregunta, ¿Consideras necesario obtener el consentimiento informado de otras personas mayores a la madre, para ofrecer o brindar algún tratamiento médico para su hijo?

Se observa en la figura 37, que la respuesta de los residentes está dividida en un similar número de menciones, el Si y el No, pero es importante mencionar que la experiencia personal de los residentes habla en sus respuesta al citar casos clínicos con respecto a la edad de las madres jóvenes, lo que significa que la respuesta más importante y ética de este ejercicio fue la de la madurez no se cuestiona con la edad, de parte de una participante que de la misma manera justifico su respuesta, y la de menor frecuencia fue; se necesita apoyo para interpretar lo comentado por los médicos.

PREGUNTA #4

Figura 38



A la pregunta, ¿Cuál sería el principal dilema bioético que encuentras en el caso; la manera de hacerle llegar la información a la madre o el consentimiento informado que debe entender para aceptar los futuros tratamientos de su hijo?

Se puede observar para la figura 38, que los residentes de pediatría mencionaron que ellos se enfocan en manejar primero y bien la información hacia los padres o tutores de los pacientes infantiles, y con ello se obtendría un consentimiento más informado, la segunda respuesta fue que la edad desinforma a los padres jóvenes, con menor frecuencia encontramos la respuesta de ambas.

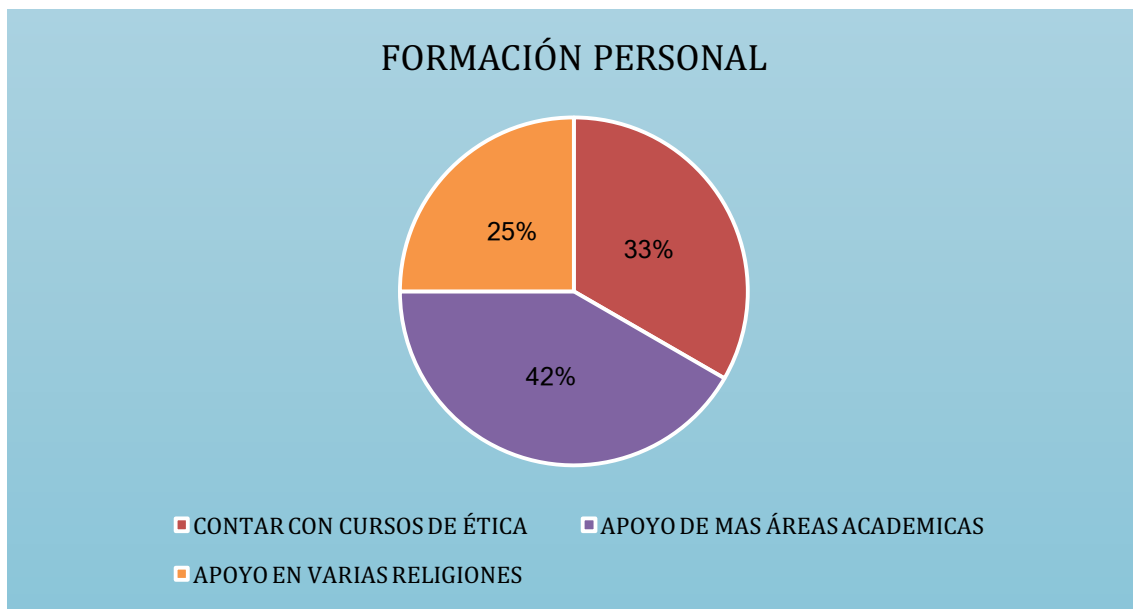
Lo que significa que es importante la información proporcionada y en conjunto obtener el consentimiento de los padres o tutores del infante.

Características formativas para su desempeño profesional

INTERVENCIÓN # 2

En el apartado de formación personal:

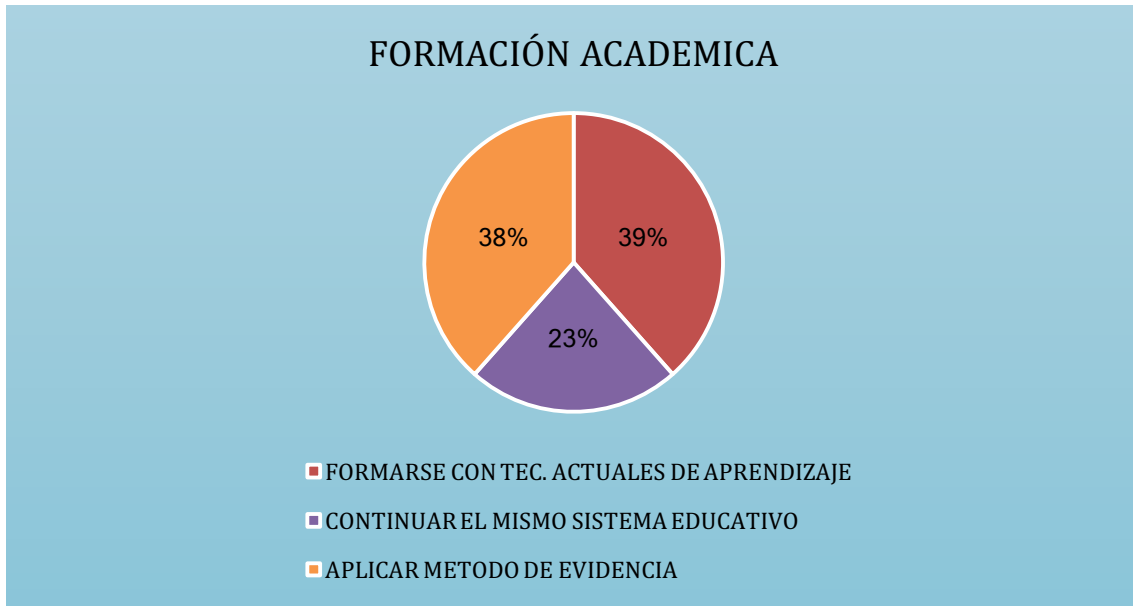
Figura # 39.



En la figura 39, se puede observar ya en la segunda intervención, que los residentes aceptan con un 42% apoyo de más áreas académicas, con 33% aceptan cursos de ética y con 25% conocer más religiones, lo que significa que el taller tuvo impacto en sus actividades profesionales y académicas, al grado de solicitarlo como parte de su formación.

En el apartado de formación académica:

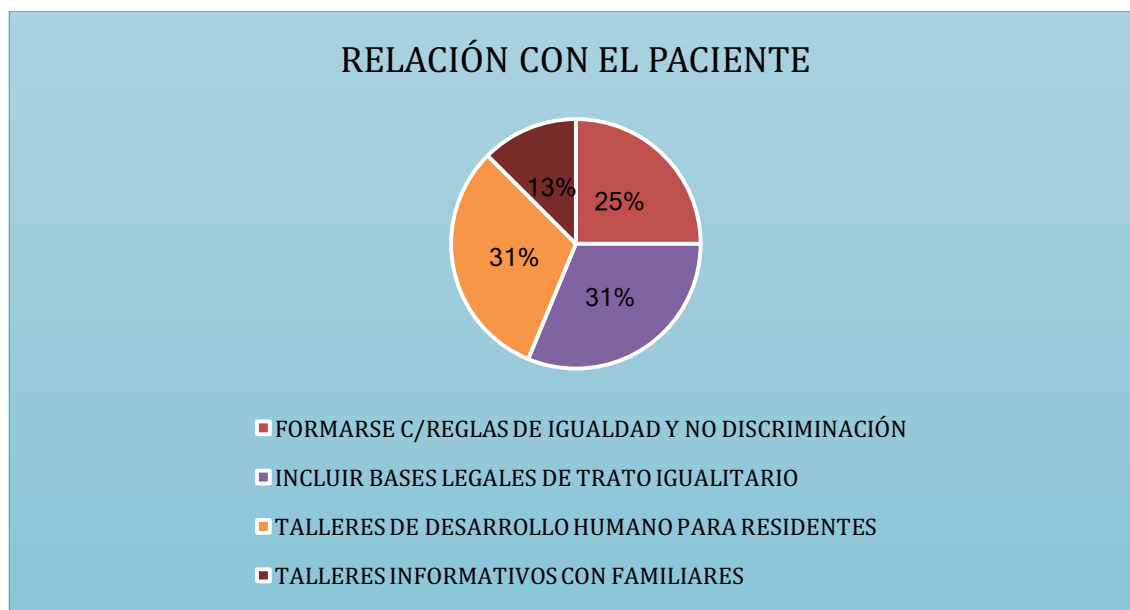
Figura # 40



En la figura 40, se puede observar ya en la segunda intervención que los residentes valoran con un 39% apoyar su formación con técnicas actuales de aprendizaje, en un 38% contar con el método de enseñanza de evidencia clínica y en un 23% reportan continuar con el mismo sistema de enseñanza de la pediatría, lo que significa que desean tener nuevas técnicas de aprendizaje durante su especialidad médica, sin dejar a un lado lo que siempre ha funcionado en el programa académico.

En el apartado de relación con el paciente:

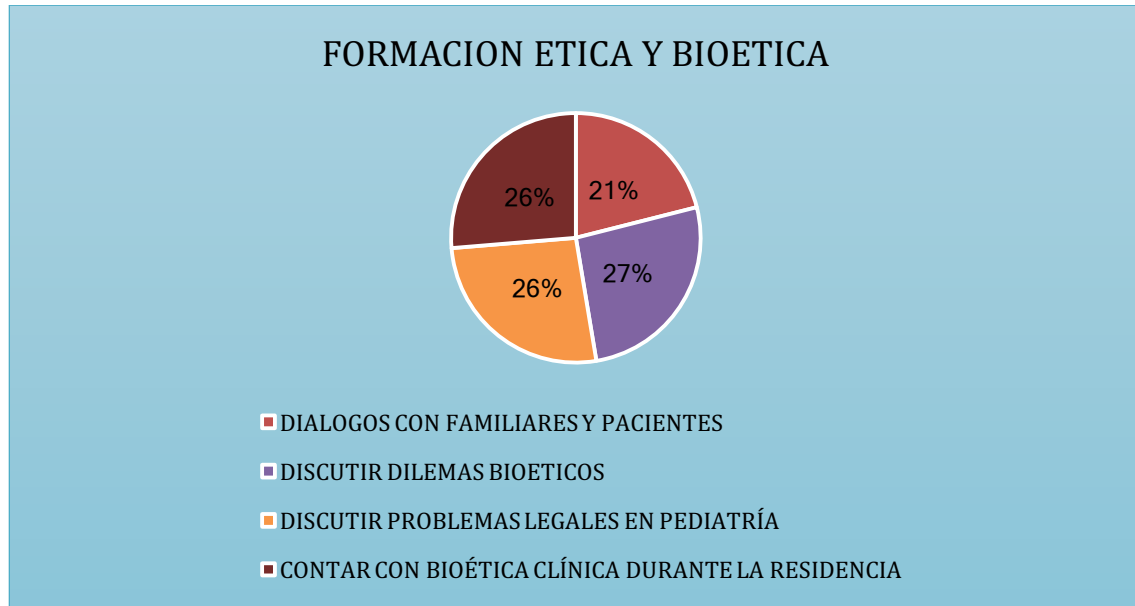
Figura # 41



para la figura 41, podemos observar en su segunda intervención un 31% incluir bases legales de trato igualitario con el paciente y familiar, con el mismo 31% consideran viable contar con talleres de desarrollo humano durante su formación, persiste con el 25% formarse bajo reglamentación de igualdad y no discriminación entre sus iguales y con paciente y familiar, con el 13% de aceptación los residentes aceptan tener talleres informativos con familiares de los pacientes, lo que significa que están reteniendo información básica de la legalidad y la ética en el trato de los pacientes y familiares, para un mejor desempeño como profesionistas.

En el apartado de formación ética y bioética:

Figura # 42



Para la figura 42, podemos observar que después de la intervención del taller propuesto los residentes aceptan con un 27% discutir dilemas bioéticos durante su formación, con un 26% aceptan discutir problemas legales de la pediatría y contar con temáticas de bioética en su formación, y con el 21% tener diálogos clínicos con familiares y pacientes., lo que significa que la tesis cumplió su objetivo, primero de motivar a los residentes a asistir al taller y segundo en la necesidad de contar con estas temáticas bioéticas durante su residencia médica, les ayudara afrontar mejor los problemas que les presente la sociedad en la actualidad.

CONCLUSIONES

El analizar casos clínicos obtuvo una respuesta efectiva en los residentes de Pediatría y sirvió para generar formación bioética en los residentes médicos que forma en sus instalaciones por lo tanto es necesario reactivar el comité de bioética hospitalario en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer.

Para asegurar mejor preparación académica en los residentes que buscan prepararse en este hospital, se solicita ampliar el campo de trabajo a todas las especialidades médicas que se forman en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer.

La preparación académica y la reflexión bioética en la etapa de residencia médica mostró un mayor impacto que la básica de licenciatura.

La práctica médica del residente de pediatría requiere en su capacitación incluir temáticas bioéticas, estadísticas institucionales, bases del marco histórico y jurídico mexicano; pero se debe reajustar de acuerdo a las necesidades de cada especialidad médica.

La corriente ética aristotélica, en su caso por el manejo de las virtudes humanas, resultó ser la más adecuada y aceptada por el residente de pediatría.

Los resultados evidenciaron un interés del residente de pediatría en contar con la discusión de diálogos bioéticos bajo temáticas que viven todos los días durante su formación.

Es necesario formar médicos pediatras con perfil bioético.

Después de analizar los argumentos para aplicar la propuesta mencionada en la tesis, se justificó con interés de los médicos pediatras participantes, la necesidad que el comité de bioética hospitalario, ejerza su función académica de enseñanza en temas actuales y de interés del pediatra en formación.

Los resultados demostraron que es baja la percepción sobre el proceder correcto del acto médico con lineamientos bioéticos, pues desconocen reglamentaciones nacionales e internacionales para la actividad profesional del pediatra.

Se desconoce ampliamente la parte legal del marco jurídico mexicano, que engloba el actuar del médico pediatra, por parte de los médicos participantes, a su vez manifestaron tener básicos conceptos sobre ética médica, para la discusión de casos clínicos.

Se obtuvo con datos correctos el perfil académico y personal de los médicos participantes, pudiendo obtener del mismo, respuestas acerca de sus conclusiones y aportaciones en la discusión de dilemas o temas bioéticos, relacionados con la pediatría.

Se planteó ante el comité de enseñanza, la necesidad de contar con el comité de bioética clínica hospitalaria, para que proporcioné las herramientas bioéticas actuales que enuncia la UNESCO, para los estudiantes universitarios, para lo cual el presente trabajo proporcionó los talleres necesarios para el inicio de esta capacitación, la respuesta fue; que se plantearía con las autoridades estatales y del hospital para hacer la debida propuesta.

Los resultados generales, demostraron tener un alto impacto en los residentes de pediatría, quienes manifestaron amplio interés por temáticas señaladas, y a su vez, por temáticas que ellos consideraron necesarias para debatir y realizar discusión organizada, dicha temática fue también respaldada en el estudio piloto por pediatras egresados, los cuales aseguraron que las temáticas planteadas no son necesarias conocerlas, sino urgentes durante para el ejercicio profesional actual.

XIII. FUENTES HEMEROGRÁFICAS CONSULTADAS

Arellano, J.S. (2007). *Ética irónica: hacia una ética plural*. (Tesis de maestría. Director Dr. José Mendivil Macías V. Facultad de Filosofía. Universidad Autónoma de Querétaro).

Arellano, J.S. (2013). *Teoría ética para una ética aplicada*. Santiago de Querétaro, México: Editorial Universitaria.

Arellano, J.S. (2015). 1. *Ética de la investigación científica*. 1ª Edición México 2015: Universidad Autónoma de Querétaro Editorial Universitaria, Colección Academia, Serie Nodos

Aristóteles. (1988). *Ética a Nicómaco*. (Trad. Pallí Bonet, J.) Madrid: Gredos.

Aristóteles. (1994). *Metafísica*. (Trad. Calvo Martínez, T.) Madrid: Gredos.

Blackburn, S. (2001). *Sobre la bondad, una introducción a la ética*. Barcelona: Paidós, Contextos No. 73.

Cortina, A. (2013). *¿Para qué sirve realmente la ética?*. Barcelona: Paidós.

Del Castillo, B. (2014). *Historia verdadera de la conquista de la Nueva España*. México: Editores Mexicanos Unidos S.A.

Kuthy Porter, J. (2015). 1. Introducción a la Bioética. 4ta Edición México 2015:
Méndez Editores SA de CV.

Rotterdam, E. (2014). Elogio a la locura. México: Editores Mexicanos Unidos S.A.

María-Vidal, S. (2012). La Educación en Bioética en América Latina y el Caribe:
experiencias realizadas y desafíos futuros. Montevideo, Uruguay: UNESCO.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Consejo de Ética del Estado de Guanajuato. (2014). Guía de actuación del Gobierno del Estado de Guanajuato. 7 de septiembre de 2017, Gobierno del Estado de Guanajuato. Sitio web: <http://strc.guanajuato.gob.mx/pdf/guia.pdf>

Ruiz de Chavez, M.H., et al. (2015). Convención sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina. México: Fontamara.

Rencoret S.G. (17/11/2017). AUDITORIA MEDICA: DEMANDAS Y RESPONSABILIDAD POR NEGLIGENCIAS MEDICAS. GESTION DE CALIDAD: RIESGOS Y CONFLICTOS. Revista Chilena de Radiología, 9, 157-160.

Zurita Navarrete, G.R. (11/11/2017). Estado actual de las demandas. Mediagraphic Cirujano General, 33, 141-146.

CONAMED. (11/08/2017). Presentación de experiencias nacionales en materia de atención de controversias entre usuarios y prestadores de servicios de salud. REVISTA CONAMED, 1, 1-28.

Aguirre-Gas,H. et al. (09/07/2017). Análisis crítico de quejas CONAMED. REVISTA CONAMED, 13, 5-17.

Campos-Castolo, M. (15/05/2017). Reporte de errores médicos como estrategia para la prevención de eventos adversos. REVISTA CONAMED, 13, 17-23.

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS. (23/06/2016). ESTUDIO ESPECIAL SOBRE EL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN. RELATORÍA ESPECIAL PARA LA LIBERTAD DE EXPRESIÓN COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, 1, 12-30.

Mazzanti-Di Ruggiero, M.A, (12/11/2017). FORMAR “MENTES BIOÉTICAS” UNA ALTERNATIVA METODOLÓGICA DE FORMACIÓN DE DOCENTES Y ESTUDIANTES EN BIOÉTICA A TRAVÉS DEL PROGRAMA ESCOLAR DE CIENCIAS NATURALES. P&B, 10, 46-81.

UNESCO. (2005). CREACIÓN DE COMITES DE BIOETICA GUÍA 1. Paris, Francia: UNESCO.

UNESCO. (2006). FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITES DE BIOÉTICA: PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICAS GUIA 2. Paris, Francia: UNESCO.

UNESCO. (2007). CAPACITACIÓN DE LOS COMITES DE BIOÉTICA GUIA 3. Paris, Francia: UNESCO.

Comisión Nacional de Bioética. (2012). Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación. México: Secretaría de Salud/ Comisión Nacional de Bioética.

Comisión Nacional de Bioética. (2012). Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética. México: Secretaría de Salud/ Comisión Nacional de Bioética.

Perez-Moreno, R. (23/06/2016). La ética de las virtudes y enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 8, 60-68.

Bañuelos-Delgado N., (20/08/2016). LA MALA PRÁCTICA. Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Nayarit, 1, 1-7.

Diario Oficial de la Federación, Publicado última reforma 28-01-2010. Código Civil Federal, CAPITULO II, De la Prestación de Servicios Profesionales.

Ley de responsabilidades de los servidores públicos del estado de Querétaro

Diario Oficial de la Federación, Publicado última reforma 24-03-2016. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, CAPITULO III, Procedimiento para la declaración de Procedencia.

Velásquez-Escobar J.P, et al. (2015). Manual para el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia Comité Central de Ética en la Investigación.

Asociación Médica Mundial. (2015). Manual de Ética Médica. Ferney-Voltaire Cedex, Francia: Tuuli Sauren, Inspirit International Advertising, Bélgica y World Health Communication Associates.

ANEXOS

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica

Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986

TEXTO VIGENTE Última reforma publicada **DOF 24-03-2014**

ARTICULO 7o.- Para los efectos de este Reglamento se entiende por:

I.- ATENCIÓN MÉDICA.- El conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, así como brindarle los cuidados paliativos al paciente en situación terminal;

II.- DEMANDANTE.- Toda aquella persona que para sí o para otro, solicite la prestación de servicios de atención médica;

III.- ESTABLECIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA.- Todo aquel, público, social o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios;

IV.- PACIENTE AMBULATORIO.- Todo aquel usuario de servicios de atención médica que no necesite hospitalización;

V.- SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA.- El conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención, curación y cuidados paliativos de las enfermedades que afectan a los usuarios, así como de la rehabilitación de los mismos, y

VI.- USUARIO.- Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica. Artículo reformado DOF 01-11-2013

ARTICULO 8o.- Las actividades de atención médica son:

I.- PREVENTIVAS: Que incluyen las de promoción general y las de protección específica;

II.- CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos; y

III.- DE REHABILITACIÓN: Que incluyen acciones tendientes a limitar el daño y corregir la invalidez física o mental, y Fracción reformada DOF 01-11-2013

IV.- PALIATIVAS: Que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del usuario, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros

síntomas físicos y emocionales, por parte de un equipo multidisciplinario. Fracción adicionada DOF 01-11-2013

ARTICULO 9o.- La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

CAPITULO XI De la Vigilancia de la Prestación de los Servicios de Atención Médica

ARTICULO 233.- Corresponde a la Secretaría y a los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, la vigilancia del cumplimiento de este Reglamento y demás disposiciones que se emitan con base en el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el Título Décimo Séptimo de la Ley. Párrafo reformado DOF 01-11-2013

Las autoridades municipales, participarán en dicha vigilancia en la medida que así lo determinen los convenios que celebren con los gobiernos de su respectiva entidad federativa y por lo que dispongan los ordenamientos locales.

ARTICULO 234.- Las demás dependencias y entidades públicas coadyuvarán a la vigilancia del cumplimiento de las normas oficiales mexicanas en materia sanitaria y cuando encontraren irregularidades que a su juicio constituyan violaciones a las mismas, lo harán del conocimiento de las autoridades sanitarias competentes. Artículo reformado DOF 01-11-2013

ARTICULO 235.- El acto u omisión contrario a los preceptos de este Reglamento y a las disposiciones que de él emanen, podrá ser objeto de orientación y educación de los infractores independientemente de que se apliquen, si procedieren, las medidas de seguridad y las sanciones correspondientes.

CAPITULO XII De las Medidas de Seguridad y Sanciones

ARTICULO 236.- Se consideran medidas de seguridad, aquellas disposiciones de inmediata ejecución que dicte la autoridad sanitaria competente, de conformidad con los preceptos de este Reglamento y demás disposiciones aplicables, para proteger la salud de la población. Las medidas de seguridad se aplicarán sin perjuicio de las sanciones que en su caso correspondieren.

ARTICULO 237.- Son competentes para ordenar o ejecutar medidas de seguridad, la Secretaría y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias. Párrafo reformado DOF 01-11-2013

La participación de los municipios estará determinada por los convenios que celebren con los gobiernos de las respectivas entidades federativas y por lo que dispongan los ordenamientos locales.

ARTICULO 240.- Las autoridades sanitarias competentes podrán imponer las siguientes sanciones administrativas:

I.- Multa;

II.- Clausura temporal o definitiva, parcial o total, y

III.- Arresto hasta por 36 horas.

ARTICULO 241.- Las autoridades sanitarias competentes, al aplicar las sanciones establecidas en este Reglamento, observarán las reglas señaladas en los artículos 416 y 418 de la Ley.

ARTICULO 242.- Se sancionará con multa equivalente hasta de veinte veces el salario mínimo general diario, vigente en la zona de que se trate, la violación de las disposiciones contenidas en los artículos 12, 18, 19, fracción IV, 23, 24, 25, 29, 30, 30 Bis, 32, 36, 45, 63, 90, 91 y 92 de este Reglamento. Artículo reformado DOF 01-11-2013

ARTICULO 243.- Se sancionará con multa equivalente de diez hasta cien veces el salario mínimo general diario, vigente en la zona económica de que se trate, la violación de las disposiciones contenidas en los artículos 114, 126, 129, 220 y 224 de este Reglamento.

ARTICULO 244.- Se sancionará con multa de cien a quinientas veces el salario mínimo general diario, vigente en la zona económica de que se trate, al responsable de cualquier establecimiento en que se presten servicios de atención médica, en donde se pretenda retener o se retenga al usuario o cadáver, para garantizar al pago de servicios recibidos en dicho establecimiento, dicha sanción podrá duplicarse en caso de reincidencia.

ARTICULO 245.- Se sancionará con multa de doscientas a quinientas veces el salario mínimo general diario, vigente en la zona económica de que se trate, al responsable de cualquier establecimiento que preste servicios de atención médica, en el que se carezca de personal suficiente e idóneo o equipo, material o local adecuados de acuerdo a los servicios que presten.

ARTICULO 247.- Al responsable de cualquier establecimiento que preste servicios de atención médica, en el que sin autorización por escrito del usuario sus familiares o representante legal, se realicen intervenciones quirúrgicas que pongan en peligro la vida o la integridad física del usuario, se sancionará con multa de doscientas a quinientas veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, a menos que se demuestre la imperiosa necesidad de practicarla para evitar un perjuicio mayor.

ARTICULO 248.- Se sancionará con multa de cien a quinientas veces el salario mínimo general diario, vigente en la zona económica de que se trate, al médico psiquiatra o cualquier integrante del personal especializado en salud mental que proporcione con fines diversos a los científicos o terapéuticos y sin que exista orden escrita de la autoridad judicial o sanitaria, la información contenida en el expediente clínico de algún paciente.

ARTICULO 249.- Se procederá a la clausura definitiva de cualquier establecimiento de atención médica, en el que se emplee como medida terapéutica, cualquier procedimiento proscrito por la legislación sanitaria que atente contra la integridad física del paciente.

ARTICULO 250.- Las infracciones al presente Reglamento no previstas en este capítulo serán sancionadas con multa hasta por quinientas veces el salario mínimo general diario, vigente en la zona económica de que se trate, atendiendo las reglas de calificación que se establecen en el artículo 418 de la Ley.

ARTICULO 251.- En caso de reincidencia, se duplicará el monto de la multa que corresponda. Para los efectos de este capítulo se entiende por reincidencia, que el infractor cometa la misma violación a las disposiciones de este Reglamento, dos o más veces dentro del período de un año, contado a partir de la fecha en que se le hubiere notificado la sanción inmediata anterior.

ARTICULO 252.- La aplicación de las multas será sin perjuicio de que la autoridad sanitaria dicte las medidas de seguridad hasta en tanto se subsanen las irregularidades.

ARTICULO 253.- Procederá la clausura temporal o definitiva, parcial o total, según la gravedad de la infracción y las características de la actividad o establecimiento, en los siguientes casos:

- I.- Cuando los establecimientos carezcan de la correspondiente licencia sanitaria;
- II.- Cuando el peligro para la salud de las personas se origine por la violación reiterada de los preceptos de este Reglamento y de las disposiciones que de él emanen, constituyendo rebeldía a cumplir los requerimientos y disposiciones de la autoridad sanitaria;

III.- Cuando después de la reapertura de un establecimiento, por motivo de suspensión de trabajos o actividades, o clausura temporal, las actividades que en él se realicen sigan constituyendo un peligro para la salud;

IV.- Cuando por la peligrosidad de las actividades que se realicen o por la naturaleza del establecimiento de que se trate, sea necesario proteger la salud de la población;

ARTICULO 255.- Serán clausurados definitivamente, los establecimientos en los que se niegue la prestación de un servicio médico en caso de notoria urgencia, poniendo en peligro la vida o la integridad física de una persona.

ARTICULO 257.- Se sancionará con arresto hasta por treinta y seis horas:

I.- A la persona que interfiera o se oponga al ejercicio de las funciones de la autoridad sanitaria; y,

II.- A la persona que en rebeldía se niegue a cumplir los requerimientos y disposiciones de la autoridad sanitaria.

Sólo procederá esta sanción, si previamente se dictó cualquiera otra de las sanciones a que se refiere este capítulo.

Impuesto el arresto, se comunicará la resolución a la autoridad correspondiente para que la ejecute.

ARTICULO 258.- Para la aplicación de medidas de seguridad y sanciones, se observará lo dispuesto por el Capítulo III del Título Décimo Octavo de la Ley.

ARTICULO 259.- Contra actos y resoluciones de las autoridades sanitarias, que con motivo de la aplicación de este Reglamento, de fin a una instancia o resuelva algún expediente, los interesados podrán interponer el recurso de inconformidad, mismo que se tramitará de acuerdo a lo dispuesto en el Capítulo IV del Título Décimo Octavo de la Ley. (LGS 2016)

14.2 Código Penal Mexicano

CAPITULO I - Disposiciones generales

- **Artículo 228.** .- Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre ejercicio profesional, en su caso:

-

Además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia; y

Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquéllos.

- **Artículo 229.** .- El artículo anterior se aplicará a los médicos que habiendo otorgado responsiva para hacerse cargo de la atención de un lesionado o enfermo, lo abandonen en su tratamiento sin causa justificada, y sin dar aviso inmediato a la autoridad correspondiente.

- **Artículo 230.** .- Se impondrá prisión de tres meses a dos años, hasta cien días multas y suspensión de tres meses a un año a juicio del juzgador, a los directores, encargados o administradores de cualquier centro de salud, cuando incurran en alguno de los casos siguientes:

Impedir la salida de un paciente, cuando éste o sus familiares lo soliciten, aduciendo adeudos de cualquier índole;

Retener sin necesidad a un recién nacido, por los motivos a que se refiere la parte final de la fracción anterior;

Retardar o negar por cualquier motivo la entrega de un cadáver, excepto cuando se requiera orden de autoridad competente.

La misma sanción se impondrá a los encargados o administradores de agencias funerarias que retarden o nieguen indebidamente la entrega de un cadáver, e

igualmente a los encargados, empleados o dependientes de una farmacia, que al surtir una receta sustituyan la medicina, específicamente recetada por otra que cause daño o sea evidentemente inapropiada al padecimiento para el cual se prescribió.

14.3 Carta de los derechos de los pacientes

A continuación la Tabla 2 muestra la carta de derechos de los pacientes, establecida en México a partir del año 2001.

Tabla 2. Carta de Derecho 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 tu atención
5. Otorgar o no tu consentimiento para procedimientos de riesgo
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 te inconformes por la atención médica recibida

Fuente: Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.

14.4 Carta de los derechos de los médicos

A continuación la Tabla 3 muestra la carta de derechos de los médicos, establecida en México a partir del año 1998.

Tabla 3. Carta de Derecho de los Médicos

1. Ejercer la profesión en forma libre y sin pretensiones de cualquier naturaleza
2. Laborar en instituciones 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 el personal relacionado con su trabajo
6. Tener acceso a educación médica continua y 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

Fuente: NOM-168SSA1-1998

14.5 Carta de los derechos de las enfermeras y enfermeros de México

A continuación la Tabla 4 muestra la carta de derechos de las y los enfermeros, establecida en México a partir del año 2006.

Tabla 4. Carta de Derecho de las y los enfermeros de México

1. Ejercer la enfermería con libertad sin pretensiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales
2. Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.
3. Contar con los recursos necesarios que le permitan el óptimo desempeño de sus funciones
4. Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral
5. Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico
6. Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud
7. Tener acceso a las actividades de gestión, docencia e investigación de acuerdo a sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales
8. Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales
9. Acceder a posiciones de toma de decisiones de acuerdo a sus competencias, en

igualdad de condiciones que otros profesionistas sin discriminación alguna

10. Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados

Fuente: SSA, CONAMED 2006

14.6 INSTRUMENTOS (Anexos)

14.6.1 Primera intervención



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE DERECHO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA EN ETICA APLICADA Y BIOÉTICA**



**SERVICIOS DE SALUD DES ESTADO DE QUERÉTARO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL NIÑO Y LA MUJER
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA**

GÉNERO: _____ EDAD: _____ RELIGIÓN: _____

LICENCIATURA: _____ AÑO DE RESIDENCIA: _____

UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA: _____

ESPECIALIDAD: _____

ITEM	Muy de acuerdo	De acuerdo	Incierto	Desacuerdo	Muy desacuerdo
	5	4	3	2	1
FORMACIÓN PERSONAL					
Educar e instruirse bajo el concepto de igualdad					
Formar estudiantes con valores y virtudes humanas					
Enseñar a trabajar con respeto por el otro					
Formar estudiantes basados en la equidad de género					
FORMACIÓN ACADÉMICA Y PROFESIONAL					
Formar estudiantes con técnicas actuales de aprendizaje					
Incluir otras profesiones en la formación del estudiante					
Ejercer conocimientos externos a la profesión para enriquecer su formación					
Aplicar el método de evidencia como formador profesional en áreas especiales					
RELACIÓN CON EL PACIENTE					
Formarse bajo la reglamentación nacional de igualdad					
Incluir en su formación bases legales sobre el trato igualitario del paciente y					

sus familiares					
Conocer los rubros de legalidad que tiene el paciente y sus familiares					
Contar con talleres de expresión oral					
FORMACION ÉTICA Y BIOÉTICA					
Desarrollar diálogos con temáticas bioéticas					
Discutir dilemas bioéticos clínicos					
Comentar principales problemas legales en México por decisiones no éticas					
Tener formación bajo aspectos legales que derivan en demandas o quejas medicas					

Contesta las siguientes preguntas.

¿Para ti, que es la ética profesional?

¿Cuál es tu concepto de Bioética y Bioética Clínica?

¿Conoces alguna corriente filosófica que hable sobre ética?

¿Conoces las funciones de los comités de Bioética Hospitalaria? Describe los que sabes

¿Conoces las reglamentaciones o pautas internacionales para realizar el acto médico? Escribe los que conozcas

¿Tienes conocimiento de los orígenes de la desigualdad social en México, como parámetro para la atención pública y privada de la salud? Describe los que sabes

¿Sabes cuál es el marco jurídico mexicano donde se asienta el proceder del profesional de la salud? Menciona los que conoces.

¿Conoces el proceso de una queja medica ante CAMEQ o CONAMED? Describe lo que sabes al respecto

¿Conoces los problemas legales más repetidos a los que se enfrenta tu especialidad médica? Menciona algunos que conozcas

¿Alguna vez has discutido dilemas de Bioética Clínica? Te interesaría practicarlo

CASO 1. Observación de prácticas de cuidado de recién nacidos

Cada año, aproximadamente cuatro millones de niños en países en desarrollo mueren durante su primer mes de vida. Muchas de estas muertes podrían prevenirse mejorando las prácticas de cuidado de los recién nacidos tales como la lactancia adecuada, la higiene, el calor, y el acceso rápido a los centros de salud. Un grupo de investigadores universitarios de un país del Sudeste Asiático, está realizando un estudio de observación que los ayudará a desarrollar medios para promover una atención más apropiada para los neonatos. El estudio se lleva a cabo en una comunidad cercana que presenta una tasa de mortalidad neonatal especialmente elevada. Después de obtener la aprobación del CEI de la universidad, los investigadores contrataron a las personas que llevarían a cabo el trabajo de campo para observar las prácticas habituales de todas las familias con los bebés de menos de tres meses de edad. Esto implicaba observar el ambiente donde se encontraba cada bebé (limpieza, calor), el cuidado que le brindaban (ropa, baño), y la interacción con sus cuidadores. Se instruyó a los trabajadores de campo para que se abstuvieran de intervenir y para que simplemente registraran lo que observaran.

El consentimiento informado para las observaciones se obtiene de la madre de cada bebé y de otra persona a cargo –ya sea la suegra o el esposo. El formulario de consentimiento establece que no serán compensados por su participación y que no se beneficiarán directamente del estudio, aunque su comunidad sí podría resultar beneficiada si los resultados de la investigación dan lugar a mejoras en las prácticas de atención de los recién nacidos.

Justo cuando una encargada del trabajo de campo está registrando sus observaciones sobre una familia, nota que los miembros de dicha familia también la están observando, aparentemente buscando su aprobación a lo que estaban haciendo y la forma en la que interactúan con el niño. Ella trata de permanecer inexpresiva mientras observa las diversas prácticas, a pesar de que encuentra esto especialmente difícil cuando la madre prepara fórmula para el niño usando agua almacenada, traída de un río cercano. A ella le preocupa que el agua no haya sido hervida y que la fórmula esté demasiado diluida.

Preguntas

1. ¿Desde un punto de vista ético, es adecuado que la encargada del trabajo de campo simplemente observe una práctica que sabe puede resultar perjudicial para el niño? ¿De no ser así, cuándo debería intervenir?

2. ¿Se podría haber diseñado este estudio de tal forma que no se ponga a la trabajadora de campo en un dilema, y que a la vez se pueda obtener la información deseada?

3. En general ¿cuáles son las obligaciones del investigador para con los participantes de los estudios de observación?

4. ¿Es necesario obtener el consentimiento informado de otras personas que ingresan a la familia durante el periodo de observación, cuando interactúan con el bebé?



CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACION

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE BIOÉTICA CLÍNICA EN RESIDENTES DE PEDIATRÍA



Estimado participante, mi nombre es Rogelio Silva Resendiz y soy estudiante del programa de Maestría en Ética Aplicada y Bioética de la Universidad Autónoma de Querétaro, programa de las Facultades de Derecho y Filosofía. Actualmente me encuentro llevando a cabo un protocolo de investigación el cual tiene como objetivo la elaboración y aplicación de un programa teórico – práctico de bioética clínica como parte de la formación de los residentes de especialidades médicas y pasantes del servicio social de enfermería.

Usted ha sido invitado a participar de este estudio. A continuación se entrega la información necesaria para tomar la decisión de participar voluntariamente. Utilice el tiempo que desee para estudiar el contenido de este documento antes de decidir si va a participar del mismo.

- Si usted accede a estar en este estudio, su participación consistirá en responder dos instrumentos antes y después de una intervención de 4 sesiones clínicas semanales de una hora, donde recibirá temáticas las cuales le brindarán herramientas en el campo de la ética y de la bioética clínica, esperando cambie su perspectiva ante los dilemas clínicos y las problemáticas actuales que envuelven su profesión.
- Aunque usted acepte participar en este estudio, usted tiene derecho a abandonar su participación en cualquier momento, sin temor a ser penalizado de alguna manera.
- Usted puede o no beneficiarse directamente por participar en este estudio, si toma la información recibida como parte de su actuar diario en el futuro de su actividad

profesional para realizar un mejor desarrollo de la práctica médica en beneficio de las familias, niños y sociedad en general a la cual usted dirigira sus esfuerzos diarios durante sus años de formación en pediatría. La participación en este estudio no conlleva costo para usted, y tampoco será compensado económicamente.

- La participación en este estudio es completamente anónima y el investigador mantendrá su confidencialidad en todos los documentos e información recabada.
- Los resultados se estarán publicando a manera de exposición programada con el departamento de enseñanza del hospital, y se brindaran las estadísticas del impacto de las sesiones en los residentes participantes, con la finalidad de establecer estas temáticas como parte de su formación académica.
- Se espera que los resultados no solo queden como evidencia para el abordaje del programa como parte del departamento de enseñanza y del comité de bioética del hospital, sino que se compartan en publicaciones nacionales e internacionales como evidencia de la aplicación de las temáticas bioéticas en nuestro país, así como del impacto y de la formación de futuras mentes bioéticas profesionistas.
- Si usted tiene preguntas sobre su participación en este estudio puede comunicarse con el investigador responsable L.E. Rogelio Silva Reséndiz estudiante de Maestría en Ética Aplicada y Bioética de la Universidad Autónoma de Querétaro al celular 4421247227, con correo electrónico rogerstitch@gmail.com, con dirección particular en 1ª Privada de Primavera # 9, Col Centro Histórico, Querétaro, Qro.
- Si usted tiene preguntas sobre sus derechos como participante o para reportar algún problema relacionado a la investigación puede comunicarse con la **Dra. Hilda Romero Zepeda** Docente – Investigadora Nivel VII Facultad de Ingeniería y Maestría en Ética aplicada y Bioética Cuerpo Académico en Estudios Interdisciplinarios de Ética aplicada y Bioética Universidad Autónoma de Querétaro, 1921200 ext 6099, phd.hromero@gmail.com, en horario de 09:00 a 17:00 hrs.

ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar voluntaria y anónimamente en el Protocolo de Investigación **IMPACTO DE UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE BIOÉTICA CLÍNICA EN RESIDENTES DE PEDIATRÍA**, dirigida por la L.E. Rogelio Silva Reséndiz, Investigador Responsable, estudiante del programa de Maestría en Ética Aplicada y Bioética de la Universidad Autónoma de Querétaro, programa de las Facultades de Derecho y Filosofía, dirigido por la PhD. Hilda Romero Zepeda, Dr. Cesar Gutiérrez Samperio y el Dr. Robert Hall.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación a ello, acepto responder, un cuestionario antes y después de la aplicación de los talleres temáticos semanales.

Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será **confidencial y anónima**. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada sujeto de investigación de modo personal. La información que se obtenga será guardada por el investigador responsable en dependencias de la Universidad Autónoma de Querétaro, y de las Facultades de Derecho y Filosofía y será utilizada sólo para este estudio.

_____	_____	_____
Participante	Firma	Fecha
 LE. Rogelio Silva Reséndiz		
_____	_____	_____
Nombre del Investigador Responsable	Firma	Fecha

Si usted tiene preguntas sobre su participación en este estudio puede comunicarse con el investigador responsable Sr. Rogelio Silva Reséndiz estudiante de Maestría en Ética Aplicada y Bioética de la Universidad Autónoma de Querétaro al celular 4421247227, con correo electrónico rogerstitch@gmail.com, con dirección particular en 1ª Privada de Primavera # 9, Col Centro Histórico, Querétaro, Qro.

Si usted tiene preguntas sobre sus derechos como participante o para reportar algún problema relacionado a la investigación puede comunicarse con la **Dra. Hilda Romero Zepeda** Docente – Investigadora Nivel VII Facultad de Ingeniería y Maestría en Ética aplicada y Bioética Cuerpo Académico en Estudios Interdisciplinarios de Ética aplicada y Bioética Universidad Autónoma de Querétaro, 1921200 ext 6099, phd.hromero@gmail.com, en horario de 09:00 a 17:00 hrs.

14.6.2 Segunda intervención



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE DERECHO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN ÉTICA APLICADA Y BIOÉTICA



SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL NIÑO Y LA MUJER
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA

Género: _____ Especialidad: _____ Año Residencia: _____

ITEM	Muy de acuerdo	De acuerdo	Incierto	Desacuerdo	Muy desacuerdo
	5	4	3	2	1
FORMACIÓN PERSONAL					
Contar con cursos de ética					
Tener apoyo de otras áreas académicas en tu formación (psicología, sociología)					
Tener acercamientos con las distintas religiones que se presentan a tu trabajo					
FORMACIÓN ACADÉMICA Y PROFESIONAL					
Formar residentes con técnicas actuales de aprendizaje					
Continuar con el sistema de educación de pediatría que en los años anteriores					
Aplicar el método de evidencia como formador profesional en áreas sociales					
RELACIÓN CON EL PACIENTE					
Formarse bajo la reglamentación de igualdad y no discriminación					
Incluir bases legales sobre el trato igualitario del paciente y sus familiares					
Mantener talleres informativos con los familiares de los pacientes					
Contar con talleres de desarrollo humano					
FORMACION ÉTICA Y BIOÉTICA					
Desarrollar diálogos incluyentes con familiares y pacientes					
Discutir dilemas bioéticos clínicos					
Comentar los principales problemas legales en México por decisiones no éticas					
Tener formación de bioética clínica					

Contesta las siguientes preguntas.

¿Qué es la ética, para un profesional de la salud infantil?

¿Cuál es tu concepto de Bioética?

Describe algún tema bioético que te interesa desarrollar

Describe algunas de las funciones de los comités de Bioética Hospitalaria

Describe las reglamentaciones internacionales que se utilizan en México para realizar el acto médico

Describe los orígenes históricos de la desigualdad social en México

¿Sabes cuales son las vías del marco jurídico mexicano donde puede ser acusado un profesional de la salud?

Describe el proceso de una queja médica ante CAMEQ

Describe las principales quejas legales a las que se enfrenta tu especialidad médica

¿Qué tipo de dilemas éticos te interesaría discutir en un programa de Bioética Clínica?

CASO 2. Ejercicio de interacción con madre adolescente.

Acude a consulta externa de pediatría, paciente masculino en su 6° día de vida extrauterina, para una revisión de rutina, el cual cuenta con los siguientes antecedentes de importancia; es producto de la gesta 1, madre adolescente de 17 años, quien curso con embarazo normo evolutivo, control prenatal regular, cuenta con ultrasonidos obstétricos sin reporte de anormalidad.

Es obtenido por parto en unidad del sector salud, se refiere llanto y respiración espontanea, se proporciona asistencia del recién nacido normal, y se califica con Apgar de 8/9, peso al nacer de 2700 kg, y 38 semanas de gestación, enviado al alojamiento conjunto y egresado en binomio. Se refiere en la nota de atención del parto “facies Down”, sin especificar si se notificó a la madre y/o familiar.

Al momento refiere la madre presenta “reflujo” en al menos 4 tomas del día, además de presentar dificultad respiratoria mientras es alimentado. Refiere esquema de vacunación al corriente, y tamiz neonatal realizado, y solamente alimentación exclusiva al seno materno. A la exploración física se encuentra con ictericia Kramer III, y buen estado de hidratación.

Se encuentra con facies redondeadas, epicanto, nariz pequeña, macroglosia, paladar ojival, braquicefalia, fontanela anterior amplia, tórax normo líneo, precordio normo dinámico, ruidos cardiacos sin alteración, no soplos, abdomen con hernia umbilical prominente, peristalsis normo audible, en las extremidades, clinodactilia y manos toscas. Pliegue simiano. En las extremidades inferiores aumento del espacio entre el 1r y 2do dedos.

Clínicamente con datos de Síndrome de Down

Durante la consulta la madre hace la siguiente pregunta: ¿Pero si se le va a quitar cuando crezca?

Preguntas

1. ¿Desde un punto de vista ético, de qué manera abordarías la explicación de la sospecha del síndrome de Down en su hijo siendo ella una madre adolescente y con escasa información de la enfermedad?

2. ¿De qué manera ética y profesional explicas las complicaciones de salud que su hijo puede manifestar en caso de abandonar los tratamientos ofrecidos en beneficio de su hijo?

3. ¿Consideras necesario obtener el consentimiento informado de otras personas mayores a la madre, para ofrecer o brindar algún tratamiento médico para su hijo? ¿Porqué?

4. ¿Cuál sería el principal dilema bioético que encuentras en el caso; la manera de hacerle llegar la información a la madre o el consentimiento informado que debe entender para aceptar los futuros tratamientos de su hijo?

14.7 Reporte CAMEQ 2010 - 2011

Atenciones brindadas al público en general

Por institución:

IMSS	180
Instituciones privadas	134
SESEQ	45
ISSSTE	27
Otros	2
Total	288

Por motivos:

Diagnóstico	38
Tratamiento médico	126
Tratamiento quirúrgico	116
Atención parto y puerperio	7
Relación médico paciente	18
Auxiliares de diagnóstico y tratamiento	15
Administrativas	68
Total	388

Por especialidad médica:

Traumatología y ortopedia	39
Neurología y neurocirugía	14
Pediatría	4
Cirugía general	36
Ginecobstetricia	32
Oftalmología	20
Cardiología	5
Urgencias	30
Medicina general y familiar	33
Cirugía plástica y reconstructiva	9
Medicina interna	15
Medicina del trabajo	15
Odontología	54
Área administrativa	30
Otras especialidades	52
Total	388

De estas 388 personas que recurrieron a la Comisión, 277 resolvieron su problema inmediatamente, mediante una orientación o asesoría.

Las restantes 111 pasaron a ser inconformidades con algún tipo de prestador de servicios de salud y se dividieron de la siguiente manera:

Inconformidades por institución:

IMSS	52
Institución privada	33
SESEQ	17
ISSSTE	9
TOTAL	111

Inconformidades por especialidad:

Odontología	19
Ortopedia y traumatología	14
Medicina general y familiar	10
Cirugía general	10
Urgencias	9
Oftalmología	8
Anestesiología	5
Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	5
Administrativas	5
Ginecobstetricia	5

Neurología y neurocirugía	5
Medicina interna	4
Urología	3
Oncología	2
Cirugía plástica y reconstructiva	2
Cardiología	2
Otorrinolaringología, medicina del trabajo y gastroenterología	3
TOTAL	111

Número de quejas en CAMEQ

Conciliadas	28
Abandono por falta de interés	15
No conciliadas	13
Enviadas a Conamed	5
Laudo arbitral	2
Improcedente	1
En trámite	9
Total	73

Recuperación de recursos económicos a favor de los pacientes:

Mediante los laudos arbitrales y los convenios de conciliación, se logró recuperar para beneficio de los quejosos la cantidad de :

\$396,941.74.

14.8 Reporte CAMEQ 2012 – 2013

Atenciones brindadas al público en general

Por institución:

IMSS	175
Medicina privada	118
SESEQ	29
ISSSTE	20
Otros	9
Total:	351

Los motivos de los quejosos de las 351 solicitudes de atención se desglosan de la siguiente manera:

Por diagnostico	30
Por tratamiento medico	123
Por tratamiento quirúrgico	104
Por atención de parto y puerperio	8
Por mala relación médico-paciente	23
Auxiliares de diagnostico	14
Administrativas	49
Total	351

Por especialidades médicas

Traumatología y ortopedia	46
Medicina general y familiar	45
Odontología	40
Cirugía general	35
Urgencias	27
Ginecología y obstetricia	23
Medicina del trabajo	20
Oftalmología	16
Administrativas	9
Medicina física	9
Auxiliares de diagnostico	9
Neurología y neurocirugía	9
Cirugía plástica y reconstructiva	8
Urología	7
Medicina interna	6
Pediatría	6
Cirugía vascular y angiología	6
13 especialidades con menos de 6 inconformidades	30
Total	351

De las 351 personas que acudieron a la Comisión con la solicitud de atención, 256 vieron el camino para la solución de su problema el mismo día, mediante orientaciones y asesorías sobre los pasos a seguir para resolver la situación planteada.

De las 95 restantes, que ingresan al sistema como quejas, 42 fueron resueltas antes de 48 horas mediante una gestión inmediata, que consiste en la comunicación directa que hace la Comisión de Arbitraje Médico con la Institución motivo de la inconformidad, solicitando la solución del problema de manera inmediata, por la urgencia que representa o porque la viabilidad de dicha solución es evidente. (CAMEQ 2012)

Quedan entonces, de las originales 351 solicitudes de atención en la Comisión, 53 en las que se sigue un procedimiento de conciliación entre las partes y de arbitraje en caso de no se haya logrado la conciliación y las partes lo acepten.

Número de quejas en CAMEQ

IMSS	32
Medicina privada	17
SESEQ	3
ISSSTE	1
Total:	53

Solución de las quejas

Convenios de conciliación firmados: 33

No conciliadas	20
Laudos arbitrales	2
Desistimientos	11
En trámite	6
Total	33

Nota: El número total de “ Soluciones “ es mayor que las 53 quejas, porque en el período de tiempo que comprende este informe se resolvieron algunas quejas que habían entrado al sistema antes del 1o de octubre de 2012.

Beneficios económicos obtenidos por los quejosos mediante los convenios de conciliación y los laudos arbitrales:

\$ 416,774.80

14.9 Reporte CAMEQ 2013 – 2014

Atenciones brindadas al público en general

Por institución:

IMSS	169
Medicina privada	125
SESEQ	30
ISSSTE	35
Otros	2
Total	361

Los motivos de los ciudadanos que presentaron las 361 solicitudes de atención se desglosan de la siguiente manera:

Por diagnóstico	10
Por tratamiento médico	137
Por tratamiento quirúrgico	159
Por atención de parto y puerperio	5
Por mala relación médico-paciente	17
Auxiliares de diagnóstico	7
Administrativas	26
Total	361

Por especialidad médica

Traumatología y ortopedia	64
Odontología	54
Medicina general y familiar	29
Cirugía general	28
Urgencias	22
Ginecología y obstetricia	20
Neurología y neurocirugía	17
Oftalmología	12
Administrativas	14
Cirugía plástica y reconstructiva	9
Medicina interna	5
Pediatría	6
Otras	81
Total	361

Solución de las 361 inconformidades

De las 361 personas que acudieron a la Comisión con la solicitud de atención, 246 vieron el camino para la solución de su problema el mismo día, mediante orientaciones y asesorías sobre los pasos a seguir para resolver la situación planteada.

De las 115 inconformidades restantes, que ingresan al sistema, 39 fueron resueltas antes de 48 horas mediante una gestión inmediata, que consiste en la comunicación directa que hace la Comisión de Arbitraje Médico con la Institución motivo de la inconformidad, solicitando la solución del problema de manera inmediata, por la urgencia que representa o porque la viabilidad de dicha solución es evidente.

Solución de las quejas

Convenios de conciliación firmados	24
No conciliadas	18
Laudos arbitrales	4
Desistimientos	8
Enviadas a Conamed	3
Improcedentes	2
En trámite	17
Total	76

Beneficios económicos obtenidos por los quejosos mediante los convenios de conciliación y los laudos arbitrales:

\$ 313,935.00

14.10 Reporte CAMEQ 2014 – 2015

Atenciones brindadas al público en general:

Durante el período comprendido entre el 1 de octubre de 2014 y el 30 de agosto de 2015, la Comisión de Arbitraje Médico recibió 300 inconformidades de usuarios de servicios de salud, las cuales se atendieron de la siguiente manera:

Tipo de asunto

Asesoría especializada	100
Orientación	87
Gestión inmediata	62
Queja	51
Total	300

Por especialidad médica

Traumatología y ortopedia	66
Odontología	37
Medicina familiar y general	37
Administrativas	31
Ginecología y obstetricia	22

Cirugía general	14
Oftalmología	11
Urgencias	8
Neurología y neurocirugía	5
Medicina interna	5
Pediatría	5
Cirugía plástica y reconstructiva	4
Cardiología	3
Medicina del trabajo	2
Otras	50
Total	300

Por institución

IMSS	137
Instituciones privadas	112
SESEQ	20
ISSSTE	18
Otros	13
Total	300

Solución de las 300 inconformidades.

De las 300 inconformidades que se presentaron ante la Comisión de Arbitraje Médico, 187 fueron resueltas el mismo día mediante orientaciones y asesorías personalizadas, destacando los pasos puntuales a seguir para resolver la situación planteada por los usuarios, evitando así que la inconformidad se convierta en queja.

De las 113 inconformidades restantes, 62 fueron resueltas antes de 48 horas mediante una gestión Inmediata realizada por CAMEQ ante el prestador de los servicios de salud, por la urgencia que representaba la solución del problema o porque la viabilidad de dicha solución era evidente.

Finalmente en las 51 inconformidades restantes que ingresaron como Quejas ante esta Comisión, se siguieron los procedimientos de mediación, conciliación y arbitraje y se resolvieron de la siguiente manera:

Conciliada (convenio)	22
No conciliadas	9
En trámite	8
Falta de interés (abandonadas)	3
Laudos arbitrales	2
Enviadas a Conamed	2

Improcedentes	2
Desistimientos	1
Sobreseimiento	1
Enviadas a otra comisión	1
Total	51

Beneficios económicos obtenidos por los quejosos mediante los convenios de conciliación y laudos arbitrales por la suma de:

\$ 737,784.52

Estas estadísticas fueron proporcionadas directamente por la CAMEQ, y hacen la evidencia de las distintas especialidades médicas que año con año suben o bajan de escalón con respecto a los problemas legales, sin embargo nunca han dejado de estar en demandas.

Por lo anterior es necesario realizar el inicio de la capacitación bioética, ética y de marco jurídico mexicano para saber los límites de los profesionales de la salud, los espacios donde se desarrollan las actividades legalmente y los problemas en que pueden caer si no se lleva a cabo un ético ejercicio de la profesión en el área de la salud en México.