

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“ANÁLISIS DE FACTORES BIOÉTICOS EN EL EJERCICIO DE LA CIRUGÍA EN
EL HOSPITAL DE CONCENTRACIÓN SATÉLITE”**

**HOSPITAL DE CONCENTRACIÓN SATÉLITE
ISSEMyM**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE
LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL**

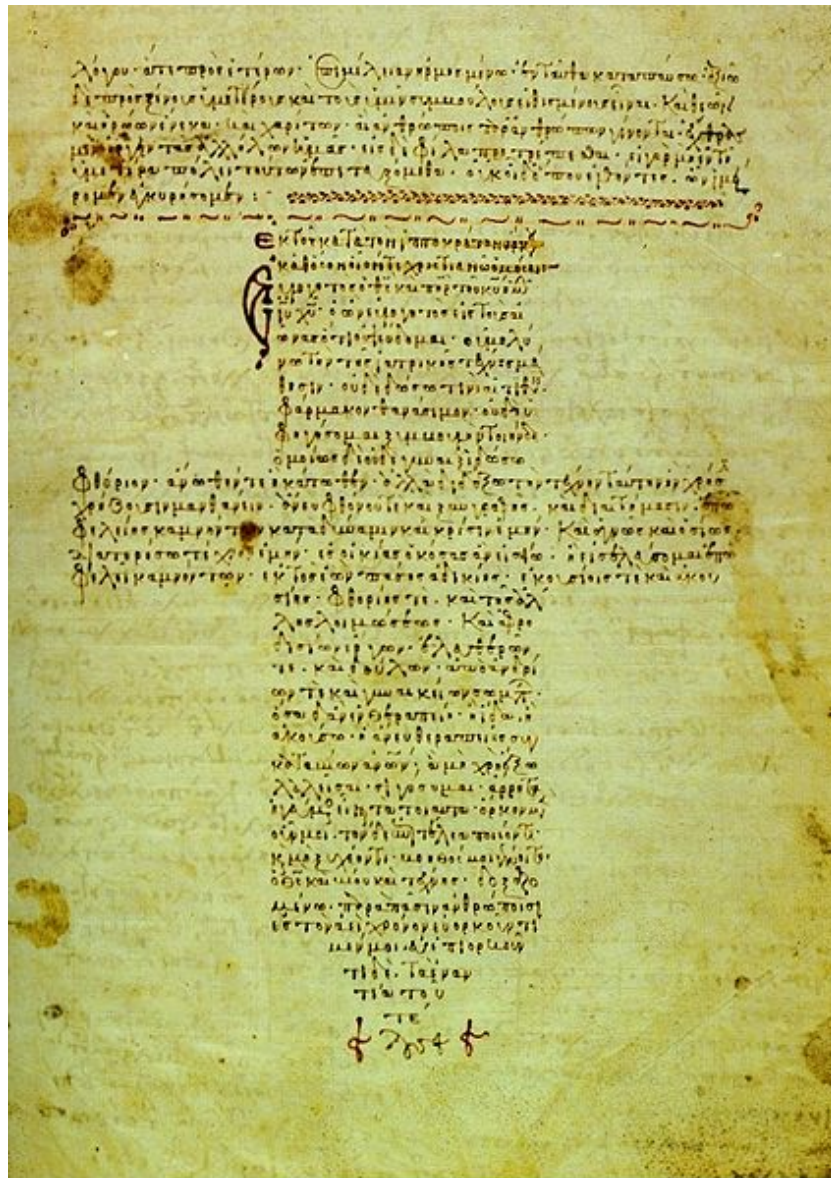
**PRESENTA
M.C. JESÚS SAN ROMÁN SÁNCHEZ**

**DIRECTOR Y ASESOR DE TESIS
E. en C.G. ENRIQUE GUTIÉRREZ ROHAN**

**REVISORES:
E. en C. G. JACINTO COVARRUBIAS SALGADO
E. en C. G. FRANCISCO ESPINOSA DE LOS MONTEROS MARTÍNEZ
E. en C. G. GABRIEL OCHOA GONZÁLEZ
E. en C. G. JOSÉ ROGELIO GONZÁLEZ GARCÍA**

**ANÁLISIS DE FACTORES BIOÉTICOS EN EL
EJERCICIO DE LA CIRUGÍA EN EL HOSPITAL DE
CONCENTRACIÓN ISSEMyM SATÉLITE**

JURAMENTO HIPOCRÁTICO



Juro por Apolo el Médico y Esculapio y por Higía y Panacea y por todos los dioses y diosas, poniéndolos de jueces, que éste mi juramento será cumplido hasta donde tenga poder y discernimiento. A aquel quien me enseñó este arte, le estimaré lo mismo que a mis padres; él participará de mi mantenimiento y si lo desea participará de mis bienes. Consideraré su descendencia como mis hermanos, enseñándoles este arte sin cobrarles nada, si ellos desean aprenderlo.

Instruiré por precepto, por discurso y en todas las otras formas, a mis hijos, a los hijos del que me enseñó a mí y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica, y no a otras personas.

Llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y el terror. A nadie daré una droga mortal aun cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De la misma manera, no daré a ninguna mujer pesarios abortivos. Pasaré mi vida y ejerceré mi arte en la inocencia y en la pureza.

No cortaré a nadie ni siquiera a los calculosos, dejando el camino a los que trabajan en esa práctica. A cualesquier casa que entre, iré por el beneficio de los enfermos, absteniéndome de todo error voluntario y corrupción, y de lascivia con las mujeres u hombres libres o esclavos.

Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deban ser públicos, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas.

Ahora, si cumplo este juramento y no lo quebranto, que los frutos de la vida y el arte sean míos, que sea siempre honrado por todos los hombres y que lo contrario me ocurra si lo quebranto y soy perjuro.

ÍNDICE

Contenido	Pág.
Resumen	5
Abstract	6
Marco Teórico	7
Planteamiento del Problema	35
Justificación	36
Hipótesis	37
Objetivo General	39
Objetivos Específicos	40
Métodos	41
Resultados y Análisis	45
Discusión de Resultados	59
Conclusiones	61
Anexo 1	66
Bibliografía	67

RESUMEN.

ANTECEDENTES. La medicina es en esencia una profesión humanística y de servicio, la cual vive actualmente un periodo de profunda crisis ética y moral. En relación a la práctica médica, el descontento social es innegable, al ser un hecho la deshumanización de la medicina que se manifiesta en la pobre relación médico-paciente. El médico es actor importante en esta situación, por lo que en su educación profesional debe considerarse la necesidad de ayudarlo a enfrentar situaciones de contexto ético-moral.

OBJETIVO. Analizar qué factores afectan la calidad de la relación Médico – Paciente en el servicio de Cirugía General del Hospital de Concentración ISSEMyM Satélite.

MÉTODOS. Se realizó un estudio cualitativo, prospectivo, longitudinal y descriptivo, para el cual se seleccionaron pacientes al azar del servicio de Cirugía General del Hospital de Concentración ISSEMyM Satélite y a los médicos adscritos al servicio de Cirugía General, a quienes se les encuestó sobre la calidad del servicio.

RESULTADOS. Se analizaron un total de 378 encuestas a pacientes provenientes de la consulta externa del servicio de Cirugía General del Hospital de Concentración ISSEMyM Satélite, de las cuales 58.99% corresponden a pacientes de sexo femenino (223) y 41.01% a sexo masculino (155). Se encuestó también a un total de 13 médicos adscritos al servicio de Cirugía General. De acuerdo a los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a los pacientes, podemos concluir que en más del 80% de los casos, la percepción acerca de la calidad recibida en el servicio de Cirugía General del Hospital de Concentración ISSEMyM Satélite, es satisfactoria y casi 90% de los pacientes se sienten satisfechos con el trato que se les otorgó en nuestro servicio. De igual modo, tanto médicos como pacientes señalaron cuales son los factores que más afectan la relación médico – paciente y cuales consideran que son factores que podrían mejorar dicha relación.

CONCLUSIONES. La bioética en el ejercicio de la cirugía es factor crucial para la relación médico paciente. Debemos recordar que dicha relación médico - paciente es considerado un binomio y el éxito o la fractura de esta relación es resultado de la participación de ambas partes. Conociendo el sentir y la percepción de ambas partes podemos identificar cuáles son los puntos donde ocurren más fracturas en esta relación podemos reivindicar nuestro camino para desarrollar nuestra profesión de una manera completamente ética.

Palabras clave: Ética, Bioética, Bioética y Cirugía, Relación Médico – Paciente.

ABSTRACT.

BACKGROUND. Medicine is essentially a humanistic profession and service, which is currently experiencing a period of profound ethical and moral crises. In relation to medical practice, social discontent is undeniable, as a fact the dehumanization of medicine that is manifested in the poor physician-patient relationship. The doctor is important actor in this situation, so in their professional education must consider the need to help them through situations of moral and ethical context.

OBJECTIVE. Analyze what factors affect the quality of the physician - patient relationship in the General Surgery Service of Hospital Satellite ISSEMyM Concentration.

METHODS. A qualitative study was conducted, prospective, longitudinal, descriptive, for which patients were selected randomly from the General Surgery Service of Hospital Satellite ISSEMyM Concentration and doctors attached to the General Surgery Service, who were surveyed about the quality of service.

RESULTS. We analyzed a total of 378 patient surveys from the outpatient General Surgery Hospital Satellite ISSEMyM concentration, of which 58.99% were female patients (223) and 41.01% for males (155). It also surveyed a total of 13 affiliated doctors assigned to General Surgery. According to the results of surveys of patients, we can conclude that more than 80% of cases, the perception about the quality of service received at the General Surgery Hospital Satellite ISSEMyM Concentration is satisfactory and almost 90% of patients are satisfied with the treatment they were given in our service. Similarly, both doctors and patients what factors identified that affect the physician - patient relationship and consider which are factors that could improve the relationship.

CONCLUSIONS. Bioethics in the exercise of surgery is crucial to the physician-patient relationship. We must remember that the physician - patient relationship is considered a binomial and success or fracture of this relationship is the result of the participation of both parties. Knowing the feelings and perceptions of both parties can identify the points where most fractures occur in this relationship we can reclaim our way to develop our profession in a completely ethical.

Keywords: Ethics, Bioethics, Bioethics and Surgery, Physician - patient relationship.

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

En los templos de Esculapio, se enseñaba la Medicina en la Antigua Grecia. El discípulo aprendía del maestro el arte de interrogar a su paciente, de examinarlo luego y de último, tratarlo con lo que consideraba más adecuado. Esto último podía ser una droga o un consejo. Nació de aquí la relación médico - paciente, sin la cual, no puede existir una buena medicina. Pero como los médicos y los pacientes somos humanos, de esa relación pueden surgir, a veces, procedimientos o malos hábitos que pueden dañar al paciente o al médico, o a ambos y por ende a su reputación. Ya la Medicina era vieja cuando Hipócrates, algo más de tres siglos antes de Cristo, consideró necesario que hubiese un código que regulase esa relación y otros actos del médico, estableciendo el llamado "Juramento Hipocrático". Este es pues, una exigencia de ética o de moral al que, quién ejerza la medicina, deberá de apegarse. No pueden ignorarse los principios de la ética, pues significaría, en primer lugar, que no se recibió una cultura médica completa; y quién la ignore, será también un mal médico (1).

De acuerdo al Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, Ética se define como la parte de la filosofía que trata de la moral y las obligaciones del hombre; dirige la reflexión al mundo cognitivo para identificar los valores, pretendiendo dar razón de las elecciones (2). La Ética Médica es la disciplina que fomenta la buena práctica médica, mediante la búsqueda del beneficio del paciente; dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida (2). No es que exista una ética distinta para el médico; es que cuando tenga que actuar como tal, tiene determinadas prerrogativas muy particulares y muy bien definidas, contenidas en un código que antes de estar escrito constituyen la recta razón (1). Es importante diferenciarla de la Moral, la cual se define como las normas de comportamiento aplicadas a la vida cotidiana. Ambas se refieren a la búsqueda del bien para el hombre que, en última instancia, le proporcionará la felicidad pero desde

perspectivas complementarias. El conjunto de normas desarrolladas por la moral son la forma en que se encarnan los valores éticos en el mundo cotidiano (3).

El término **Deontología** procede de los vocablos griegos: “*deón*” (deber) y “*logos*” (tratado). Es decir, es el tratado de los deberes, o ética profesional. Deontología médica es la ciencia que regula la conducta de los profesionales de la medicina en el ejercicio de la profesión. No sólo trata de otras obligaciones de simple cortesía con la sociedad, en el trato con los enfermos y sus parientes o las personas responsables y allegadas, así como con los otros médicos y demás personal encargado del cuidado de los pacientes, sino que se apoya en la ley natural. La ley natural del médico podríamos definirla como “proteger la calidad de la vida y preservar la dignidad del ser humano”. En eso centramos toda la ética del médico de acuerdo a la ley natural. (1).

BIOÉTICA

La Bioética es un neologismo acuñado por el oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter (1911-2002), el mismo que dedicó toda su vida a la investigación del cáncer y al cultivo del humanismo, mediante la exaltación de los valores éticos. El término Bioética, de origen griego, alude a dos magnitudes de notable significación *bios* = vida y *ethos* = ética. Su significado etimológico sería entonces ética de la vida. Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la Bioética se define como “disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, así como las relaciones del hombre con los restantes seres vivientes”; determina la práctica adecuada, de los actos relacionados con la vida de la persona, orientados hacia la preservación de la vida y su calidad, a la luz de los principios morales (2). En 1971 Potter publicó un libro llamado “Bioética: un puente hacia el futuro” en el cual desarrolla la tesis de que “existen dos culturas que parece que no son capaces de comunicarse, la científica y la humanística”. Si aceptamos que esta incomunicación es una de las razones que gravitan sobre el futuro de la humanidad, posiblemente estableciendo un puente entre esas dos culturas, construiríamos un puente hacia el futuro (4).

La Bioética como disciplina surge hasta la segunda mitad del siglo XX. En 1978 se redactó el Informe Belmont en el cual se reconocía la necesidad del respeto a la opinión de las personas enfermas (autonomía), de la práctica profesional beneficiante y de la justicia. Un año más tarde Beauchamp y Childress introdujeron en la reflexión bioética el concepto de No Maleficencia. (5)

La Bioética proclama una relación médico - paciente de tipo horizontal y amistosa, mediante la humanización de la medicina y además hace del consentimiento informado un pilar básico del edificio de la salud. Sin embargo hay que reconocer que en nuestro medio continúa vigente el modelo antiguo tanto por parte del médico como del paciente, que se ha acostumbrado a delegar en el profesional, la responsabilidad que le corresponde como enfermo.

PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

Los principios de la Bioética se basan en valores éticos universalmente aceptados. Resultan en un buen instrumento para analizar la calidad ética de las decisiones sanitarias. Tales principios son (5):

- Beneficencia
- No Maleficencia
- Autonomía
- Justicia

El más moderno de los principios de la bioética es el de **AUTONOMÍA**, que surge como consecuencia de un concepto de ser humano que implica la idea de libertad personal. Exige el respeto a la capacidad de decisión de las personas, y el derecho a que se respete su voluntad, en aquellas cuestiones que se refieren a ellas mismas (5).

Sin embargo, el principio de autonomía tiene ciertas implicaciones que no pueden dejarse de lado. La relación Médico-Paciente nunca es de igual a igual, sino asimétrica. El paciente, a consecuencia de su enfermedad, está en situación de

vulnerabilidad y su formación lo coloca en situación de inferioridad frente al profesional (5).

La medicina centrada en el paciente es la mejor garantía para respetar la autonomía de éste en la relación con los profesionales sanitarios.

Existe consenso en exigir 4 condiciones intelectuales para que una persona sea considerada autónoma (5):

- 1) Capacidad para comprender la información relevante
- 2) Capacidad para comprender las consecuencias de cada decisión
- 3) Capacidad para elaborar razonamientos a partir de la información que se le transmite y de su escala de valores.
- 4) Capacidad para comunicar la decisión que haya tomado. Así como la ausencia de Coacción (Circunstancia externa)

BENEFICIENCIA

Fundamenta el Juramento Hipocrático y consiste en orientar el ejercicio de la medicina a buscar el bien de paciente (6). En todo el pensamiento antiguo predomina una práctica paternalista del ejercicio de la medicina, derivada por una parte de la idea de ser humano vigente en esos momentos, y por otra del bagaje de conocimientos de aquellas culturas pre-científicas en las que nuestra profesión era, sobre todo, un *arte*.

Existen aún ciertas diferencias de opinión en cuanto a quién decide que es lo mejor para el paciente. Por un lado existe la necesidad de respetar la voluntad del paciente y por el otro lado se encuentra la opinión del profesional en cuanto a las opciones de tratamiento estipuladas de acuerdo al padecimiento específico y a la condición particular de cada persona. Es por eso que el médico debe jugar un papel de experto que asesora; así, la decisión de lo beneficioso tendría que ser tomada por el propio paciente, previa deliberación conjunta con el experto, que es el médico (6).

Así pues, mientras antiguamente era el médico quien definía lo que era bueno para sus pacientes, en estos momentos se entiende que hay que contar con las preferencias del propio paciente para decidir sobre su salud, siempre después de haber sido informado por el experto que es el médico. Frankena resume el principio de beneficencia actualizado en 4 puntos (6):

- 1) No Infringir mal o daño
- 2) Prevenir el daño
- 3) Eliminar el daño
- 4) Promover el bien

PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA

Este se remonta a la más antigua tradición médica y está contenido en el Juramento Hipocrático y ha pasado a la posteridad en su versión latina, “primum non nocere” que quiere decir: “en primer lugar no hacer daño”. Del principio de no maleficencia se desprenden las obligaciones que tiene el médico de “no matar” “no causar dolor” “no incapacitar (físicamente o mentalmente)” y “no impedir placer” (4).

JUSTICIA

Se refiere a dar a cada uno lo que le corresponde (que en su acepción jurídica sería, lo que debe hacerse según derecho) (7).

La recuperación de la salud tiene un valor pecuniario. La investigación (tecnologías diagnósticas y terapéuticas) tiene un coste económico y requiere tanto una inversión inicial como una mantenida (7).

El principio de Justicia insiste en la necesidad de que todas las personas tengan acceso a un mínimo de asistencia sanitaria digno e igual, teniendo como único criterio prioritario a los pacientes más desvalidos (médicamente hablando) y no a los más demandadores. La salud tiene un precio, ya que los avances tecnológicos son ilimitados pero los recursos son limitados. Se transgrede el principio de justicia

cuando se practican exploraciones complementarias por complacencia o por practicar medicina defensiva (7).

ANÁLISIS DE PROBLEMAS ÉTICOS

La resolución de conflictos es una de las actividades específicas de la Bioética. Muchos de los conflictos que se presentan se pueden resolver dialogando, ya que la comunicación tiene mucho que ver con la ética. La deliberación, o reflexión compartida, es el instrumento que ayuda a encontrar soluciones cuando surgen conflictos éticos. Para esto, se ha desarrollado la llamada *Jerarquía de Principios*. Los cuatro principios de la bioética pueden ordenarse, según una jerarquía de valores que ayuda a la deliberación en la resolución de conflictos. Los principios de No-Maleficencia y Justicia tienen carácter público, es decir, se refieren a nuestra relación con el exterior y, por tanto, determinan nuestros deberes para con todos los seres humanos. Los principios de Beneficencia y Autonomía pertenecen al ámbito privado de cada persona, ya que responden al desarrollo de su proyecto de vida. Así pues, Justicia y No-Maleficencia se deberían anteponer siempre a Beneficencia y Autonomía. Los dos primeros principios son los que hay que respetar en la *ética de mínimos* (lo mínimamente exigible para dar carácter ético al acto médico o sanitario) y los otros dos se refieren a la *ética de máximos* (con un mayor nivel de exigencia) (8).

Cuando el conflicto se da entre dos principios pertenecientes al mismo grupo, se puede recurrir a alguno de los modelos establecidos para su resolución. Uno es el *Modelo Deontológico o Principialista*, el cual está basado en el deber. Ante cualquier situación, éste modelo acepta como mejor alternativa la que se ajuste mejor a las normas. Otro modelo es el *Consecuencialista o Utilitarista*, en el cual se determina la moralidad de una opción, atendiendo exclusivamente a sus consecuencias, ponderadas en función del grado de satisfacción, beneficio o utilidad, y eligiendo como alternativa aquella que reúna mejores consecuencias. Existe además el *Modelo Integrativo* que tiene en cuenta, en el análisis de casos, componentes éticos (valores, principios), componentes morales (normas),

componentes consecuencialistas (identificación del problema, alternativas de actuación y consecuencia de cada una de las alternativas, elección y justificación de la elección) y componentes contextuales (valora el contexto de la relación médico - paciente y el contexto de la organización del sistema sanitario). Por todo lo anterior, éste es el modelo que más se acerca a contemplar el hecho de la singularidad de cada persona y, por tanto, es el modelo que más se acerca a la humanización (8).

ERRORES MÉDICOS

No existe paradoja más singular que la de los médicos provocando muertes o produciendo daños. La práctica de la medicina conlleva riesgo de provocar daños, incluso en las mejores circunstancias y con los mayores cuidados. Un cierto daño es el precio que se tiene que pagar por el intento de generar beneficios a los enfermos y el trueque razonable es el de producir mínimos daños a cambio de generar beneficios a los enfermos (9). Hoy como ayer, incluso el profesional más calificado y mejor intencionado se puede equivocar. Actualmente tenemos la ventaja de que podemos precisar más los diagnósticos y los tratamientos, pero tenemos la desventaja de que los errores son más fácilmente objetivables, aunado al mayor protagonismo de los pacientes. Sin embargo, los pacientes en general, perdonan los errores de los médicos, sobre todo cuando se les implica en las decisiones y se les trata con respeto (6).

Se dice que en la práctica médica, el error puede ocurrir en tres condiciones:

- Por la realización de acciones innecesarias (Sobreutilización u *overuse*)
- Por la ejecución inadecuada de maniobras útiles y necesarias (Mala Utilización o *misuse*)
- Por la omisión de intervenciones benéficas (Subutilización o *underuse*)

Aunque la sociedad *exige* de los médicos las cualidades de humanitarismo, compasión, empatía, solidaridad y otras, no suele concederles la condición de seres humanos si ésta implica imperfecciones. Aspira a que todos sean

omnisapientes, benevolentes, dispuestos al apostolado y al sacrificio, meditados y capaces de liberarse totalmente de los afectos y demás estorbos subjetivos. Lo que la sociedad no suele reconocer ni aceptar es que los médicos somos humanos y, por lo tanto, tenemos sentimientos, intereses, actitudes, apreciaciones, valores, emociones, temores y deseos; somos capaces de sentir compasión, lástima, amor, odio; de ser sensibles, reactivos, afectivos y que podemos ser presa, como cualquier persona, de distracciones y descuidos; que solemos trabajar cansados, estar abrumados por el trabajo que sufrimos las influencias de nuestros deseos y temores.

Muchas personas tienen la idea de que con sólo ajustarse a ciertas reglas los errores no debieran ocurrir. En la práctica médica las decisiones se toman en condiciones de incertidumbre o, en el mejor de los casos, de riesgo. Reconocer la incertidumbre en las decisiones médicas no significa justificar los errores, pero sí explicar que, aún en situaciones favorables, a lo más que se puede aspirar es a una estimación probabilística de los desenlaces. Los errores pueden valorarse en términos del apego a las reglas (perspectiva deontológica) o de las consecuencias (perspectiva teológica). Probablemente ninguno hace justicia a la complejidad del problema, pero se suele recomendar que el médico se comprometa ante el paciente solo con el proceso y no con los resultados (9). Es inevitable una cierta frecuencia de error, dado el grado de incertidumbre en el que nos movemos al tomar decisiones médicas, pero existen también errores evitables que se derivan de defectos subsanables de organización, fatiga mental o falta de actualización. El entendimiento de los relatos y percepciones de los pacientes para orientar la anamnesis y respuesta al tratamiento es un arte, así como lo es la empatía, tan necesaria para llegar a comprender y respetar la voluntad del ser humano libre que nos consulta. Dedicar a cada paciente el tiempo que necesite reduce el riesgo de errores médicos y mejora la comunicación (6).

VALORES DE LA MEDICINA

Cualquier profesión tiene valores intrínsecos, que son los que hacen específico el ejercicio de la misma, y extrínsecos o añadidos, que son los que, pudiendo ser comunes a todas las profesiones, dependen de circunstancias externas. En el caso de la medicina, el valor intrínseco es aliviar el sufrimiento humano, producido por la enfermedad. Para ello, los profesionales intentan prevenir y/o curar las enfermedades, paliar las que no tienen cura y promocionar estilos de vida saludables. Son valores extrínsecos el reconocimiento social y la remuneración económica. Los valores extrínsecos no dejan de ser buenos, pero se sitúan en un puesto inferior de la jerarquía. El valor intrínseco es lo que legitima y da sentido a la actividad profesional. Una profesión se corrompe, es decir pierde su razón de ser, cuando los valores extrínsecos son situados por encima de los valores intrínsecos. Los valores extrínsecos permiten alcanzar un objetivo diferente a la satisfacción por la propia actividad bien realizada. Los valores intrínsecos no actúan como moneda de cambio. Su cumplimiento se asocia exclusivamente a la autorrealización (10).

DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA

En el México del siglo XIX hubo un intenso impulso científico que se manifestó de diversas maneras, entre ellas por nuevos saberes que ocasionaron el progreso médico, particularmente en el campo quirúrgico a partir de la aplicación de la anestesia y el combate a la infección; por la creación de las especialidades al interior de la Escuela Nacional de Medicina; por la apertura de instituciones de investigación, centros docentes, sociedades académicas entre otras. Todo ello contribuyó a que los hombres de ciencia pasaran de la improvisación a la profesionalización. Sin embargo algunos facultativos pensaban que el progreso llevaba a la deshumanización de la medicina (11).

Los doctores Francisco de Asis Flores y Troncoso (1855 - 1931) y Porfirio Parra (1854 - 1912) señalan que se imponía una meditación respecto a su quehacer, pretendían delimitar los principios y reglas para los profesionales de la salud.

Porfirio Parra expresaba que en su época el desempeño médico carecía de reglamentación. Al finalizar el siglo XIX la profesión médica había perdido la vieja y modesta organización, encontrándose en plena decadencia. En el ejercicio de la medicina había de todo. Flores señalaba que los médicos maduros eran responsables, afables en su trato, medidos en su lenguaje, reservados cuando las circunstancias lo exigían y caritativos con el humilde y necesitado, mientras que los recién graduados se mostraban orgullosos con la pedante erudición que habían obtenido en las aulas, comenzaban a ejercer la profesión con aspereza, hasta que después de severas lecciones que les daba la experiencia empezaban a ser amables con los pacientes menesterosos que, después de todo, eran el primer peldaño por donde los médicos iniciaban el ascenso de su profesión (11).

En 1904 Parra sostenía que la medicina como ciencia había progresado extraordinariamente en los últimos 50 años, no así la deontología médica. Subrayaba que el industrialismo existente con el cambio de siglo (del XIX al XX) tendía a invadir y a desvirtuar el ejercicio médico. Y si bien el médico del siglo XIX era más sabio que el de antaño, tal vez fuera menos bueno y menos vulnerable. Porfirio Parra consignaba este mal, lo lamentaba y procuraba remediarlo, pues si era preciada la ciencia del médico, valía incomparablemente más su bondad (11).

La práctica médica actual, en todas las culturas y sociedades, enfrenta retos sin precedentes como son las crecientes disparidades entre las necesidades legítimas de los pacientes y los recursos disponibles para satisfacerlas, así como las presiones que sobre el médico ejerce la transformación de los sistemas de salud. La sociedad, además, ha externado cada vez con más frecuencia una profunda preocupación por la conducta de los médicos que percibe como poco profesional. La comunidad médica tiene un "contrato" o compromiso social implícito con la comunidad y el paciente individual, que debe ser satisfecho en un entorno que con frecuencia pone a prueba al profesional. Parte de estas amenazas a la integridad del profesional de la salud se deben al choque inevitable entre la histórica misión central del quehacer médico y los imperativos de mercado en la práctica médica

como resultado de su concepción actual por la sociedad como un mero servicio, en el que el cliente siempre tiene la razón como en una transacción comercial. (12)

Swick plantea la siguiente definición normativa acerca del profesionalismo en el área de la medicina: "El concepto de profesionalismo médico debe tomar en cuenta la naturaleza de la profesión médica y debe aterrizar en lo que realmente hacen los médicos y cómo actúan individual y colectivamente".

El profesionalismo médico comprende el siguiente conjunto de conductas (12):

- ✓ Los médicos subordinan sus propios intereses a los intereses de otros.
- ✓ Se adhieren a altos estándares éticos y morales
- ✓ Responden a las necesidades de la sociedad y su comportamiento refleja un contrato social con la comunidad a la que sirve.
- ✓ Manifiestan valores humanísticos esenciales
- ✓ Ejercitan la rendición de cuentas consigo mismos y con sus colegas.
- ✓ Demuestra un compromiso continuo con la excelencia
- ✓ Exhiben un compromiso con la erudición y el avance de su campo
- ✓ Se enfrentan a altos niveles de complejidad e incertidumbre.
- ✓ Reflexionan sobre sus acciones y decisiones.

Existen varias propuestas de los componentes que deben integrar el profesionalismo médico en la actualidad, una de las más difundidas es el documento resultado del "Proyecto del Profesionalismo Médico" elaborado por: American Board of Internal Medicine, American College of Physicians, American Society of Internal Medicine y European Federation of Internal Medicine. Este importante documento plantea que el profesionalismo es la base del contrato de la medicina con la sociedad, y establece tres principios y diez compromisos:

- Principios Fundamentales

- Principio de primacía del bienestar del paciente
- Principio de la Autonomía del paciente

- Principio de Justicia Social (adecuada administración de recursos, eliminar la discriminación, etc)

- Responsabilidades Profesionales:

- Compromiso con la Competencia Profesional: Compromiso de por vida con el aprendizaje.
- Compromiso de honestidad con los pacientes: Proveer información completa y honesta al paciente antes de que éste otorgue el consentimiento para iniciar el tratamiento.
- Compromiso con la Confidencialidad
- Compromiso de mantener buena relación con los pacientes
- Compromiso de mejorar la calidad de la atención
- Compromiso en mejorar el acceso a los servicios de salud
- Compromiso con una distribución justa de los recursos
- Compromiso con el conocimiento científico: Promover la investigación
- Compromiso de mantener la confianza manejando los conflictos de interés
- Compromiso con las responsabilidades profesionales: Los médicos deben trabajar en equipo a fin de maximizar la calidad de la atención, practicar respeto mutuo y participar en autorregulación. Lo anterior debe acompañarse, si fuera necesario, de medidas disciplinarias a quienes no observen los estándares profesionales.

El mundo de los negocios se ha desarrollado, desde sus comienzos, en torno a las teorías positivistas del Comte, centrando el análisis de la realidad en los hechos, e ignorando el campo de los valores. Durante mucho tiempo los gestores y empresarios se vieron a sí mismos como dedicados a una actividad moralmente neutra. Hace más de una década surgió la reflexión sobre ética de las organizaciones, a partir de la competitividad entre las grandes empresas, buscando algo que, a igualdad de calidad y precio, hiciera más atractivos sus productos. En estos momentos, la política sanitaria no siempre se planifica con criterios éticos. Los propios médicos, muchas veces nos encontramos en tensión entre dos estilos de ejercicio: uno gobernado por los valores y su concreción en

las normas morales de compromiso con el paciente, y otro dictado por criterios políticos economicistas o, incluso, por los propios intereses egoístas o corporativos (13).

Es evidente que las consecuencias de una empresa sanitaria sin referentes éticos nunca son neutras. En el terreno de nuestra profesión, por efecto paradójico, los facultativos que son resolutivos se encuentran con que les consultan más, hasta un punto que puede llegar a la saturación de su propia capacidad y convertirse en una amenaza para el mismo. En el momento actual resulta evidente la necesidad de establecer un límite en la población y en el número de consultas diarias atendidas por cada médico, para garantizar el ejercicio de la medicina centrada en el paciente (13).

El paciente como eje del sistema sanitario es el valor que constituye la meta de la sanidad y que deben compartir la institución sanitaria y los profesionales que en ella trabajan.

Si el sistema sanitario está centrado en conseguir la salud del paciente, un objetivo prioritario tendrá que ser la humanización de la asistencia. En la empresa sanitaria existen 2 tipos de clientes: El externo, que son los pacientes; y el interno, que son los profesionales que trabajan en dicha empresa. Humanizar la medicina exige que todas las personas que forman parte del sistema sanitario sean tratados con dignidad. Humanizar la atención consiste en que el paciente sea tratado como persona y el profesional sea tratado con respeto a su actividad. *La humanización de la Medicina sólo se podrá conseguir en la medida en que los pacientes se sientan escuchados en sus necesidades y los profesionales reconocidos en su actividad (14).*

En los últimos años se ha manifestado una preocupación creciente por comprender cómo se realiza en la actualidad el ejercicio de la medicina y las cirugías modernas en los diversos ámbitos como son: el institucional del estado, el

de la seguridad social, el privado y, últimamente, el de la medicina de pago anticipado de las aseguradoras.

Los principales problemas detectados por los que se han dedicado a estudiar y se han preocupado por conocer y entender el ejercicio actual de la Medicina en México mencionan lo siguiente (14):

- Costo elevado de la medicina contemporánea social y privada, la influencia de prácticas económicas neoliberales y la infiltración de la corrupción.
- La modificación o desaparición progresiva de la comunicación personalizada, real, de respeto, de responsabilidad compartida y de colaboración en el binomio Médico - Paciente, con sus gravísimas consecuencias como lo han sido el incremento de demandas de tipo legal a médicos e instituciones.
- Reconocer que la atención a la salud y la atención médica se tornó cada vez más dependiente de la tecnología, propiciando la llamada medicina ultramoderna obligada a sustentar en evidencias, pero probablemente menos clínica e individualizada para atender grandes poblaciones de usuarios.
- Haber implantado en forma indiscriminada y acelerada controles administrativos en los sistemas de atención a la salud, que llevó a una burocratización exagerada.
- Que los costos aumentaron exageradamente (por razones de la tecnología), por lo que se tuvo que aceptar que un objetivo primordial de la atención a la salud y médica debería ser el abatimiento de los costos, llegando a una eficiencia administrativa, atención gerencial y a la eficiencia productiva, sin que se obtuviera siempre una eficiencia clínica.
- El diseño de modelos de atención de las instituciones corporativas han propiciado las ganancias de los inversionistas a costa del esfuerzo de los trabajadores de la salud, de la deshumanización de la medicina y la aparición de una medicina elitista.

CONAMED presentó en 2001 siete recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina (2):

- 1) **Relación Médico-Paciente respetuosa**, donde se indican elementos como la oportunidad de la atención, comunicación adecuada, confidencialidad e información sobre el pronóstico.
- 2) **Consentimiento informado** antes de una intervención con riesgo o para ser sujeto de un proyecto de investigación.
- 3) **Expediente clínico**
- 4) **Actuar en congruencia con los conocimientos médicos vigentes**, evitar la medicina defensiva.
- 5) **Atender pacientes solo cuando se esté facultado**, mediante título o diploma de la especialidad que se trate; no participar en prácticas delictivas como aborto, eutanasia y falsos certificados médicos.
- 6) **Referir al paciente** cuando no cuente con los recursos para su atención.
- 7) **Atender las urgencias**; no abandonar al paciente, inclusive en casos de huelga, catástrofe o epidemia, inclusive con riesgo para el médico.

Posteriormente, en Diciembre de 2001 la misma Comisión, emitió y difundió la Carta de Derechos de los Pacientes, de los cuales se enuncian los 10 derechos (2):

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

De la misma manera que el caso anterior, y dado que no puede dejar de observarse la relación bilateral entre quien recibe el servicio médico y quien lo brinda, se solicitó nuevamente a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico su cooperación, así como a múltiples instituciones de salud para realizar lo que constituye la Carta de Derechos de los Médicos (15,16):

1. Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza:

El médico tiene derecho a que se respete su juicio clínico (diagnóstico y terapéutico) y su libertad prescriptiva, así como su probable decisión de declinar la atención de algún paciente, siempre que tales aspectos se sustenten sobre bases éticas, científicas y normativas.

2. Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional:

El médico tiene derecho a contar con lugares de trabajo e instalaciones que cumplan con medidas de seguridad e higiene, incluidas las que marcan la ley, de conformidad con las características del servicio a otorgar.

3. Tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional:

Es un derecho del médico, recibir del establecimiento donde presta su servicio: personal idóneo, así como equipo, instrumentos e insumos necesarios, de acuerdo con el servicio a otorgar.

4. Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica:

El médico tiene derecho a no emitir juicios concluyentes sobre los resultados esperados de la atención médica.

5. Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional:

El médico tiene derecho a recibir del paciente y sus familiares trato respetuoso, así como información completa, veraz y oportuna relacionada con el estado de salud.

El mismo respeto deberá recibir de sus superiores, personal relacionado con su trabajo profesional y terceros pagadores.

6. Tener acceso a educación médica continua y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional:

El médico tiene derecho a que se le facilite el acceso a la educación médica continua y a ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional, con el propósito de mantenerse actualizado.

7. Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión:

El médico tiene derecho a participar en actividades de investigación y enseñanza como parte de su desarrollo profesional.

8. Asociarse para proveer sus intereses profesionales:

El médico tiene derecho a asociarse en organizaciones, asociaciones y colegios para su desarrollo profesional, con el fin de promover la superación de sus miembros y vigilar el ejercicio profesional, de conformidad con lo prescrito en la ley.

9. Salvaguardar su prestigio profesional:

El médico tiene derecho a la defensa de su prestigio profesional y a que la información sobre el curso de una probable controversia se trate con privacidad, y en su caso a pretender el resarcimiento del daño causado. La salvaguarda de su prestigio profesional demanda de los medios de comunicación respeto al principio de legalidad y a la garantía de audiencia, de tal forma que no se presuma la comisión del ilícito hasta en tanto no se resuelva legalmente cualquier controversia por la atención médica brindada.

10. Percibir remuneración por los servicios prestados:

El médico tiene derecho a ser remunerado por los servicios profesionales que preste, de acuerdo a su condición laboral, contractual o a lo pactado con el paciente.

Estos Derechos de los Médicos no pretenden confrontarse con los de los pacientes, pues ambos se vinculan con un conjunto de valores universales propios de una actividad profesional profundamente humanista como la medicina y pretenden mejorar la relación Médico - Paciente.

ÉTICA EN EL EJERCICIO DE LA CIRUGÍA

En el curso de la historia la sociedad y la cirugía se han ejercido una influencia mutua, circunstancia que persiste actualmente. Es por ello, por lo que la intervención quirúrgica exige una continua reflexión acerca de lo que el médico cirujano ha hecho en cada momento histórico y las razones para ello (17).

Una cirugía es en realidad un acto agresivo para el paciente, por supuesto con fines beneficiosos, y pretende dentro de lo posible que la inevitable agresión sea minimizada al máximo (angustia, respuesta biológica, dolor, hemorragia, infección) y que al mismo tiempo cumpla sus objetivos de curación (17).

La medicina es en esencia una profesión humanística y de servicio. El acto quirúrgico debe ser la manifestación de una ética universal que no admita contradicción. Para ello nuestro paciente debe ser considerado en uso de toda su autonomía y, el cirujano, en ejercicio de plena libertad para obrar con voluntad decidida de hacer el bien y allegar todos los elementos posibles para lograr el objetivo. Sin embargo, la práctica de nuestra profesión se ha enfrentado a cambios que han surgido a raíz de la llamada crisis financiera de los servicios de salud en el mundo. A esto se suma el llamado fenómeno de deshumanización de la medicina, como consecuencia de la superespecialización que fragmenta al enfermo y atomiza la relación médico - paciente (18).

Definitivamente los años dorados de la práctica quirúrgica ya no volverán. La pérdida del ingreso y de la posición del médico es un hecho; hoy los profesionales son un grupo más que lucha valientemente por mantener un ingreso medianamente digno. Hoy en día nos encontramos sujetos a la siguiente contradicción: Excelencia del servicio vs Costos de la Práctica.

El principio de Autonomía establece el reconocimiento por parte de los médicos del derecho del paciente para tomar sus propias decisiones con respecto al cuidado de su salud. La naturaleza invasora de la terapia quirúrgica necesariamente determina que la relación entre el cirujano y su paciente requiera de un alto grado de confianza por parte del paciente y de la acción ética por el cirujano; durante el proceso de evaluación y tratamiento, el poder y el control de la situación clínica es gradualmente transferido del paciente al cirujano (18).

Los tres aspectos éticos centrales en la práctica quirúrgica moderna son: La competencia clínica, el respeto por las decisiones de los pacientes y la salvaguarda de las prioridades de los pacientes frente a los cambios sociales, económicos y políticos.

En la sociedad actual, el cirujano debe afrontar problemas éticos especiales que se tornan desafiantes, como son: la enseñanza de la cirugía, la innovación quirúrgica y el papel del cirujano en la atención gerenciada. El conflicto entre los propósitos de las aseguradoras y la ética profesional en la atención gerenciada, se hace evidente cuando se trata a pacientes con enfermedades crónicas o indigentes, así como en la toma de decisiones clínicas que implican procedimientos costosos o innovadores. La injerencia en las decisiones y la regulación que ejercen las aseguradoras genera trabajo adicional al cirujano y crea dilemas éticos difíciles. Frente a ésta situación, las asociaciones médicas han asumido una posición frente a la aparición de los "intermediarios". Con base a ésta problemática actual, el *Dr. José Félix Patiño, Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Colombia*, hace la siguiente reflexión: "Existe un claro desequilibrio

en las expectativas de quien acude al intermediario como cliente, como comprador de un producto y de quien acude al proveedor como paciente con la esperanza de calidad" (18).

DEFINICIÓN DEL MÉDICO - CIRUJANO ÉTICO

El cirujano como todos los médicos, siempre se está preguntando sobre su propio comportamiento como profesional de la medicina; esto es un cuestionamiento que los cirujanos se hacen todos los días, y a manera de examen personal cuestionan seriamente ¿mi conducta como cirujano ha sido buena o mala, propia o impropia, correcta o equivocada, estoy con la conciencia tranquila o intranquila? Puede decirse con certeza que pocas son las profesiones que alcancen el grado de preocupación y de sufrimiento, ante la posibilidad o evidencia de no haber actuado bien en lo humano y en lo profesional. Con los años de trabajo que se van sumando como cirujanos, recuerdan uno a uno los fracasos, y todos los aciertos sumados no contrarrestarían el recuerdo doloroso de uno solo de aquellos. Esta necesidad de auto - calificación ha ayudado para buscar una permanente intención de lograr lo bueno para sus pacientes y lo que sería malo para evitarlo. Los médicos cirujanos y de todas las especialidades, con el acumulo de años de trabajo, van haciendo un continuo examen de conciencia, y confiesan que han tenido fallas, y desearían una nueva oportunidad para empezar de nuevo; así, con la experiencia acumulada, tendrían más armas para ser mejores cirujanos; pero como no pueden regresar el tiempo, dichas experiencias las han expresado dejando constancia escrita de sus aciertos y de sus errores, lo que ha constituido un ejemplo máximo del comportamiento ético de los grandes cirujanos, que afortunadamente han contribuido a fortalecer el prestigio de la medicina de México (19, 20, 21).

El cirujano que cumple con su deber y con sus obligaciones se coloca dentro de lo conocido como ética profesional, en donde incuestionablemente se hace referencia a las costumbres sancionadas, admitidas e indiscutibles para los que ejercen una determinada profesión, que en este caso es la cirugía. Esto empieza a conformar lo que podemos llamar la esencia de un cirujano como ético (22,23).

Pero el cirujano, para ser moral y ético, debe tener instrumentos para justificar dichos calificativos, y uno de ellos, conocer sobre la teoría de los valores, y que se llama axiología (ciencia que propone que el valor es una cualidad objetiva que existe en el mundo ideal, en donde se comprueban las verdades lógicas y por supuesto las éticas). En el ejercicio de la medicina, el cirujano obligadamente transita sobre valores vitales: vida-muerte, salud-enfermedad, integración-mutilación, capacidad-incapacidad, etc.; también sobre valores sociales y económicos: integración-discriminación, accesibilidad-inaccesibilidad, y sobre valores de comportamiento: educado - maleducado, responsable - irresponsable, atento - desatento, afectuoso - desafectuoso, conciente - inconciente, bien presentado - mal presentado, de hablar correcto - hablar incorrecto, capaz - incapaz, etc. El cirujano debe ser ético, moral, educado y capaz en toda la aceptación de las palabras (24, 25, 26).

Sin embargo, la ética no es materia de derecho; éste no se ocupa de lo que es bueno o es malo, de lo correcto o incorrecto, ni siquiera de lo que es justo o injusto; su objetivo primordial es definir el carácter de las conductas humanas sobre tres caminos o guías: lo que está prohibido, lo que está permitido y lo que es obligatorio, y que además, representan normas jurídicas. Por lo tanto, el cirujano debe ser ético, moral, educado, capaz y consciente de conocer y cumplir la ley.

De lo expresado, es importantísimo conocer por lo menos un concepto de dignidad humana. La dignidad de la persona humana significa la excelencia que esta posee en razón de su propia naturaleza; el ser individual de la persona significa que constituye una unidad física, psíquica, espiritual, social, religiosa, etc., y sobre todo que tiene capacidad de razonar, de querer libremente lo que la razón le presenta como bueno para él, y a esto se le llama voluntad. El concepto de dignidad humana ha sido utilizado en las declaraciones de los derechos humanos, como la "Declaración de los derechos del hombre", que señala que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana. Al cirujano debemos agregarle a las características que se han

comentado, el de tener un profundo respeto a la dignidad y a los derechos humanos (27, 28, 29, 30).

Sabemos que actualmente el ejercicio de la medicina y la obtención de resultados, está basado en dar pruebas de eficiencia, utilidad, riesgos, costos, etc. Sobre todo costos por la tecnología avasalladora, la cultura de la calidad y la moderna medicina administrada. Esto ha permitido conocer con grados definidos de confianza, los resultados que se esperan de la aplicación de procedimientos diagnósticos o terapéuticos ultramodernos con la aplicación de diseños experimentales científicos. El cirujano por tanto, actualmente debe buscar la excelencia en su trabajo mediante la cultura de la educación y la preparación permanente de sus habilidades quirúrgicas (31, 32, 33).

Al cirujano habrá de agregarle otro adjetivo calificativo y de primordial importancia ética y que es el de estar siempre bien preparado.

DEFINICIÓN DEL MÉDICO-CIRUJANO RESPONSABLE

El tema de la responsabilidad en el ejercicio de la medicina tiene también historia antigua, y en el Código de Hammurabi (2136-1686 A.C.) en sus leyes y costumbres que se refieren al ejercicio de la medicina y veterinaria ya se aprecia el concepto de reparación del daño y como ejemplo:

"Si un médico ha tratado al esclavo de un plebeyo con un cuchillo metálico, por una herida grave, y le ha provocado la muerte, entregará esclavo por esclavo" (22).

De tal forma el médico desde que se titula, adquiere la responsabilidad para no cometer errores por dolo, imprudencia, negligencia y menos por ignorancia o impericia. Actualmente es importantísimo que el cirujano moderno, actúe con pleno conocimiento de que su responsabilidad legal, (tanto desde el punto civil como penal) se constituye por un imperativo jurídico y social que obliga como a todos los profesionales, a responder ante las autoridades competentes de los perjuicios cometidos con sus actos voluntarios o involuntarios en el ejercicio de su ciencia, arte, oficio o profesión. Su responsabilidad no es sólo de producir un daño

(iatrogenia) sino también y muy importante por la posibilidad del incumplimiento de un contrato. No debemos olvidar nunca que todo acto quirúrgico representa un contrato entre cirujano y paciente o su representante legal. Este contrato habitualmente es de aceptación verbal, pero tiene que llenar las formalidades que estipula el Código Civil para el D. F., en materia común, y para toda la República en materia Federal. La capacidad de las partes es el atributo más importante de las personas que participan en un contrato en uso de sus libertades y de su voluntad, sin que medie error, dolo o violencia (34, 35, 36).

El contrato de un acto quirúrgico se realiza entre un profesional (cirujano) que se compromete a ofertar un servicio técnico (cirugía) a favor de un cliente (paciente), el que a su vez, se compromete a colaborar y a cubrir honorarios claramente estipulados. En este contrato no se requiere formato especial, se permite que la forma de expresar la voluntad sea libre, por lo que puede ser tácita o expresa, escrita, oral o por mímicas que denoten voluntad de contratar (37, 38).

En nuestro medio y por la costumbre o circunstancias del acto médico (apostolado que incluso lleve a la atención gratuita) ha sido eminentemente consensual, donde no existe documento legal alguno, pero como se define en el derecho romano, es un contrato perfecto, que conlleva obligaciones bilaterales y hace responsables a las partes. Pero en la contratación del acto quirúrgico, la intención de las partes es común y de buena fe; el problema es determinar si entre las partes se forma una representación racional de lo ofrecido (el acto quirúrgico), el compromiso de cooperación del paciente y el objetivo final que es el grado de salud que se espera. En la cirugía se tiene el privilegio de la forma escrita para las intervenciones quirúrgicas, que más que un contrato, representa la autorización que otorga el paciente, sus familiares o representantes legales, para que se realice el acto quirúrgico. El expediente clínico es el recurso fundamental que complementa la parte que corresponde al cirujano y sobre todo el aspecto de justificación de su desempeño (39, 40).

En el contexto de la relación médico- paciente, la información es una parte fundamental, que consiste en una transferencia continua en ambos sentidos. El médico debe informar siempre al paciente sobre todo lo referente a la enfermedad.

Especialmente debe informarle cuando éste le solicite la información, y siempre que tenga información para darle. Deberá comunicar los cambios que se produzcan sobre la información inicial o la evolución, o sobre las decisiones que se vayan tomando. El documento de consentimiento informado es un soporte escrito y puntual dentro del proceso continuo y gradual de información en la relación Médico - Paciente. Forma parte actualmente de la práctica médica normal. Desde el punto de vista legal, el consentimiento informado es un requisito esencial del acto médico, pudiendo ser su ausencia causa de procedimiento judicial. También un consentimiento informado inadecuado se considera como ausencia del mismo. La firma del consentimiento informado no exonera de responsabilidad al médico por mal - praxis, sin embargo su mala aplicación puede debilitar la defensa en una acusación sobre negligencia en un procedimiento por lo demás defendible. Según la jurisprudencia, el médico que no informa será responsable de los daños debidos a los procedimientos, aunque no exista mala práctica profesional. Además, la carga de la prueba sobre la existencia del consentimiento informado recae sobre el médico y no sobre el paciente. El consentimiento informado puede perder su función protectora en el ámbito médico legal si no se realiza adecuadamente. No debemos olvidar que la mayor protección frente a los litigios consiste en una buena comunicación (41).

El Colegio de Médicos Americanos, ha definido el consentimiento informado de la siguiente manera: "Es la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance de los efectos de la misma y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información debe ser comprensible y no sesgada. La colaboración del paciente debe ser conseguida sin coacción y el médico no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico sobre el paciente" (39, 41). El consentimiento informado requiere una información escrita, completa y personalizada (específico para cada caso, ocasión y paciente). Esta forma de consentimiento es la que desarrollaremos a continuación.

REQUISITOS DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La única forma válida de obtener el consentimiento es mediante una conversación. El documento de consentimiento informado constituye un medio para transmitir información y, sobre todo, dejar evidencia documental de que ha existido este proceso, a efectos legales. Sin embargo no debe ser nunca el centro ni la finalidad del proceso de consentimiento informado y siempre debe ir precedido del diálogo (41, 42).

El consentimiento informado trata de respetar la autonomía del paciente. Para que una acción sea autónoma, debe cumplir cuatro condiciones:

- Intencionalidad: Capacidad de obrar voluntariamente. Se tiene intención o no se tiene. No hay gradaciones.
- Conocimiento preciso de la acción: El paciente debe conocer las circunstancias que afectan a sus decisiones.
- Ausencia de control externo: No debe sufrir manipulaciones.
- Control interno: Debe poseer una personalidad suficientemente capaz.

Su propio nombre de implica dos características: *voluntariedad e información*

VOLUNTARIEDAD

La voluntariedad se define como elección sin impulso externo que obligue. Está en función de la percepción subjetiva de cada paciente, de su propia escala de valores. Se trata de respetar su **autonomía**.

Pueden existir algunas perversiones en la obtención del consentimiento informado que hagan que no se respete la voluntad del paciente. Las más frecuentes son las siguientes:

PERSUASIÓN: No se le da otra posibilidad de elección. El paciente debe conocer las alternativas de que dispone, y las consecuencias de ellas, para poder decidir, así como las posibles consecuencias de no hacer nada.

COACCIÓN: Se amenaza de manera explícita o implícita al paciente, por ejemplo planteándole el alta voluntaria si no accede al procedimiento.

MANIPULACIÓN: Ocurre cuando hay una distorsión de la información que se da al paciente, dándola de forma sesgada o incompleta. Esta manipulación podría llevar al paciente a una decisión que de otro modo no hubiera tomado.

De este modo, es frecuente que el médico, consciente o inconscientemente, trate de inducir al paciente hacia la realización de un procedimiento por motivos más o menos válidos, que no siempre concuerdan con los intereses del paciente.

INFORMACIÓN:

Como hemos visto en el capítulo anterior, la Ley General de Sanidad exige que se informe de manera **completa** y continuada al paciente o a sus familiares sobre los procedimientos a que va a ser sometido. Esto sería muy difícil de cumplir en todos sus términos. La tendencia es a que la información sea **adecuada** (Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina, Oviedo 1997). Esta debe darse en términos que pueda entender el paciente. Es decir, se debe informar al paciente de forma simple, aproximativa, leal e inteligible, de todas aquellas circunstancias que puedan influir razonablemente en la decisión de éste, de forma que tras un conocimiento exacto de la situación en que se encuentra, disponiendo de un balance de riesgos y beneficios de las alternativas terapéuticas existentes, pueda adoptar libremente la decisión que crea más oportuna. Esta información debe facilitarse al paciente y también debe informarse a los familiares salvo prohibición expresa del interesado.

La información al paciente ha de ser fundamentalmente oral. Debe establecerse por las Sociedades Científicas que procedimientos requieren constancia escrita, es decir, el documento de consentimiento informado y cuáles no. En general, es recomendable recurrir a un documento escrito cuando se trate de procedimientos invasivos o que conllevan riesgos notorios o de dudosa efectividad. La información

siempre ha de ser verdadera. Nunca se justifica mentir al paciente. Hemos de desterrar la llamada "mentira piadosa" que constituye un residuo de la medicina paternalista. Se debe utilizar un lenguaje adecuado a cada paciente, su edad, nivel cultural y capacidad de comprensión. Incluso es recomendable asegurarnos que ha entendido, haciéndole repetir la información, o haciéndole preguntas. Se pueden cometer algunos errores al facilitar la información al paciente:

TECNICISMOS: Un vocabulario excesivamente técnico probablemente no será comprendido por la mayoría de los pacientes.

OMISIONES: Podemos tender a ocultar información "para no asustar", no mencionando algunos riesgos (privilegio terapéutico).

EXCESIVO DETALLE: El otro extremo tampoco es bueno. Especificar demasiado puede producir angustia en muchos pacientes.

Debe buscarse un equilibrio entre estos factores a la hora de redactar un documento.

EL DOCUMENTO

Como hemos dicho, el consentimiento informado requiere un soporte documental a la información que ha de ser fundamentalmente oral. Vamos a ver a continuación los requisitos que debe cumplir un documento de consentimiento informado.

APARTADOS

Se recomienda que el documento incluya los siguientes apartados:

- ✓ Datos suficientes sobre naturaleza y origen del proceso.
- ✓ Nombre, descripción y objetivos del procedimiento. Debe explicarse en términos sencillos y comprensibles los aspectos que deba conocer sobre el procedimiento, y que sean útiles a la hora de tomar una decisión.
- ✓ **Beneficios esperables.** No se recomienda incluir demasiados beneficios para no crear excesivas expectativas que puedan dar lugar a denuncias.

- ✓ **Molestias previsibles y posibles riesgos:** riesgos típicos y consecuencias seguras. Más adelante veremos en qué consisten.
- ✓ Espacio en blanco para riesgos personalizados.
- ✓ **Procedimientos alternativos.** Es conveniente dar alternativas al procedimiento, para evitar situar al paciente en un callejón sin salida. Lo contrario constituiría una persuasión. Deben mencionarse, Si existen, los procedimientos alternativos. Se debe informar de sus riesgos, molestias y efectos secundarios.
- ✓ **Efectos esperados si no se hace nada.** El paciente debe conocer lo que puede ocurrir en el caso de no realizar el procedimiento.
- ✓ Disposición a aclarar dudas o ampliar información.
- ✓ Comunicar la posibilidad de cambiar su decisión en cualquier momento.
- ✓ Datos del enfermo.
- ✓ Datos del médico que informa.
- ✓ Declaración del paciente expresando consentimiento y satisfacción con la información, y que se han aclarado sus dudas.
- ✓ Firmas del médico y el paciente. Fecha.
- ✓ Apartado para el consentimiento a través de representante legal en caso de incapacidad del paciente.
- ✓ Apartado para la revocación del consentimiento.

Los formularios globales son éticamente injustificables y legalmente inválidos. Es recomendable realizar un documento único para cada procedimiento.

No se descarta la utilización de vídeos, láminas u otros medios de apoyo, que ayuden en la presentación de la información.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué factores afectan la calidad de la relación Médico – Paciente en el servicio de

Cirugía General del Hospital de Concentración ISSEMyM Satélite?

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, han aumentado las demandas hacia los médicos y en este caso en particular hacia los cirujanos en cuestión de la atención que se les brinda, ya que en muchos casos se refiere una atención despersonalizada. Si bien es cierto que muchas ocasiones estas demandas tienen una justificación, la mayor parte se inician por la falta de comunicación entre el médico y el paciente.

La medicina vive actualmente un periodo de profunda crisis ética y moral. En relación a la práctica médica, el descontento social es innegable, al ser un hecho la deshumanización de la medicina que se manifiesta en la pobre relación médico-paciente. El avance de la tecnología aplicada a la medicina corre más rápido que la capacidad para asimilar sus repercusiones éticas, esto ha permitido que se cuestionen situaciones que antes no eran motivo de problema: ahora es posible decidir o no la muerte de una persona, la reproducción o la modificación del genoma humano, entre otras cosas. El médico es actor importante en esta situación, por lo que en su educación profesional debe considerarse la necesidad de ayudarlo a enfrentar situaciones de contexto ético-moral.

Hoy en día se habla cada vez mas de la suficiencia tecnológica, del aislamiento humano y de la evasión por parte del personal de salud hacia las necesidades afectivas y humanas de los pacientes, inclinándose hacia la idea de que a mayor cantidad de aparatos y pruebas diagnósticas se está haciendo lo mejor para atender al enfermo. En 1904 Porfirio Parra sostenía que la medicina como ciencia había progresado extraordinariamente en los últimos 50 años, pero no podía decirse lo mismo de la deontología médica; subrayaba que el industrialismo existente con el cambio de siglo, del XIX al XX, tendía a invadir y desvirtuar el ejercicio médico. Porfirio Parra consignaba ese mal, lo lamentaba y procuraba remediarlo, pues si era apreciada la ciencia del médico, valía incomparablemente más su bondad.

Según el diccionario, el humanismo es el conjunto de tendencias intelectuales y filosóficas cuyo objetivo es el desarrollo de las cualidades esenciales del hombre. Humanitario es aquello que mira o se refiere al bien del género humano. Entonces,

el médico bien formado es aquel que, además de conocer de las ciencias médicas, tiene una vocación humanística, “*que cultiva las ciencias y enriquecen el espíritu*”, según María Moliner.

De lo anterior, podemos reflexionar sobre las siguientes preguntas: ¿En qué momento el paciente pierde su nombre y es sustituido por un número de cuarto o cama?, ¿en qué momento la persona en su integridad bio-psico-social es fragmentada para enfocarnos solo al aspecto biológico?, ¿cuándo se pierde el interés y el afecto por una persona para enfocarnos solo en una pequeña parte de todo su organismo? Estas preguntas, que algunos considerarían un tanto poéticas son las preguntas que deberíamos hacernos a diario, pues nadie durante su formación o su desarrollo profesional está exento de someterse a múltiples situaciones de estrés que con el paso del tiempo van deteriorando el interés por la persona que estamos atendiendo para enfocarnos solo a su padecimiento. Considero que tenemos que practicar el ejercicio de la medicina y, en este caso en particular, el ejercicio de la Cirugía como parte integral de nuestras vidas, pues la humanidad solo se alcanza viviendo en sociedad, en una sociedad moral y con principios éticos y hasta cierto punto se podría enmarcar la medicina como una religión, una religión propia en donde se rinde culto a la vida y a la salud, donde nuestra deidad es el cuerpo humano y su adecuada función y por lo tanto debemos rendir el máximo respeto a la persona dueña de ese organismo, cuyo principio fundamental sería tratar a las personas (pacientes) como si fuéramos nosotros mismos o como si fuera uno de nuestros seres más queridos. Se llega a ser médico de la misma manera en que se aprende a ser un ser humano, no se nace humano: se llega a ser quien se es, para lo cual es necesario luchar. De esa forma nunca perderíamos la sinceridad, el deseo de ayudar y sobre todo la moral y la ética que nuestro trabajo demanda.

HIPÓTESIS

- ✓ Los avances científicos y tecnológicos en la medicina contribuyen a fomentar la deshumanización de la medicina.

- ✓ El aumento en la demanda de servicios de salud públicos contribuye a fomentar la deshumanización de la medicina.

- ✓ Las deficiencias en la preparación profesional de los médicos nos llevan a cometer fallas en la relación médico – paciente

OBJETIVO GENERAL

Analizar qué factores afectan la calidad de la relación Médico – Paciente en el servicio de Cirugía General del Hospital de Concentración ISSEMyM Satélite.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar los factores que en los pacientes afectan la calidad de la relación con su médico.
- ✓ Analizar cuál es la relación causal entre los factores mencionados por los pacientes
- ✓ Determinar si existen acciones que puedan mejorar la calidad de la relación médico - paciente
- ✓ Determinar que acciones son aplicables a nuestro hospital para mejorar la calidad de la atención médica.

MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio cualitativo, prospectivo, longitudinal, descriptivo.

UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA

Se tomarán pacientes al azar del servicio de Cirugía General del Hospital de Concentración ISSEMyM Satélite, abarcando únicamente a los pacientes atendidos en la consulta externa, que cumplan con los criterios de inclusión señalados a continuación.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes derechohabientes del ISSEMyM, que son atendidos por el servicio de Cirugía General del Hospital de Concentración Satélite.
 - Pacientes mayores de edad
 - Pacientes atendidos en la Consulta externa de Cirugía General.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes menores de edad
- Pacientes de primera vez, mal referidos a este servicio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Encuestas mal llenadas
- Encuestas incompletas
- Encuestas con dos o más respuestas por pregunta (excepto pregunta 7)

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Se aplicaran encuestas a los pacientes en base a los objetivos específicos antes mencionados, para lo cual se utilizará:

- Lápices
- Plumas
- Borrador
- Corrector
- Computadora
- Impresora
- Encuestas impresas en hoja de papel, las cuales se muestran a continuación:

ENCUESTA A PACIENTES

SEXO: (M) (F)

EDAD: _____

SUBRAYE LA RESPUESTA QUE USTED CONSIDERE.

¿La asistencia médica se le ha proporcionado de manera amable y con cortesía?

SI

NO

Si usted estuvo hospitalizado, ¿Se presentó con usted su médico tratante y lo atendió en las rondas de visita?

SIEMPRE CASI SIEMPRE A VECES NINGUNA NO ESTUVO HOSPITALIZADO

¿Cómo calificaría la explicación que el médico le brindo acerca de su padecimiento, opciones de tratamiento y si le aclaro todas sus dudas?

EXCELENTE BUENA REGULAR MALA

En caso de requerir manejo quirúrgico o haber sido sometido a cirugía ¿Se le dio a firmar una hoja de consentimiento informado?

SI

NO

¿Se le explicó de manera clara el contenido del consentimiento informado?

SI

NO

¿Se siente usted satisfecho con el trato que se le brindó?

SI

NO

¿Cuáles cree usted que serían las causas de una mala atención médica?

(Marque con una X la o las que considere más importantes)

- () TIEMPO EXCESIVO DE ESPERA DE CONSULTA
- () SATURACION DE PACIENTES
- () MALA ACTITUD DEL MEDICO
- () MALA ATENCION DEL MEDICO
- () EXCESIVOS ESTUDIOS DIAGNOSTICOS
- () TIEMPO PROLONGADO DE PROGRAMACION DE CIRUGIA
- () COMPLICACIONES DE CIRUGIA
- () POCA INFORMACION SOBRE SU ESTADO DE SALUD
- () DIFICIL COMPRESION DE INFORMACION MEDICA
- () OTRAS: _____

¿Qué cambios haría usted para mejorar la calidad en la atención médica?

¿Conoce usted las cartas de derechos de los pacientes y de los médicos?

SI

NO

¿Conoce usted el nombre de su médico tratante?

ENCUESTA A MÉDICOS

1. ¿Considera usted que el trato hacia sus pacientes es con cortesía y amabilidad?

Siempre casi siempre a veces nunca

2. ¿Qué factores considera usted que influyen en fallas en la relación medico paciente?

3. ¿Cree usted que factores externos al hospital influyen en su trabajo? ¿Cuáles?

4. ¿En cuántas instituciones de salud trabaja?

5. ¿Cuántos días de descanso tiene a la semana?

6. ¿Cuánto tiempo pasa con su familia (al día, a la semana, al mes)?

7. ¿Ha tenido diferencias o algún conflicto con alguno de sus pacientes en el último año? ¿Debido a que fue?

8. ¿Que le gustaría cambiar de su trabajo?

9. ¿Qué factores cree usted que se pueden cambiar para mejorar la relación médico-paciente?

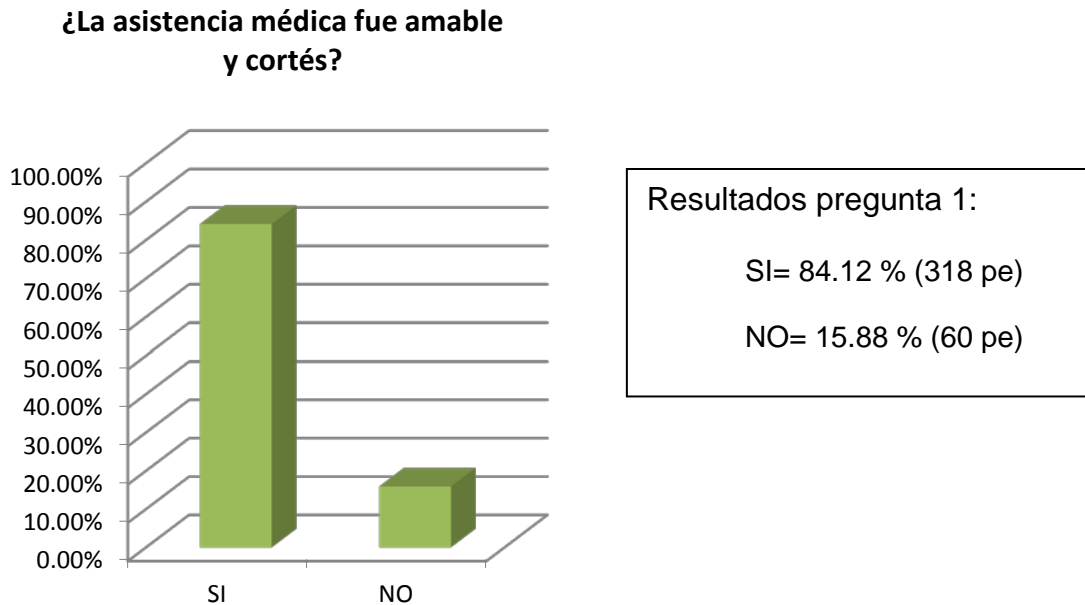
10. ¿Se siente satisfecho con su vida personal y profesional? ¿Qué le cambiaría para mejorarlas?

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Durante el presente estudio, se realizaron un total de 437 encuestas a pacientes provenientes de la consulta externa del servicio de Cirugía General del Hospital de Concentración ISSEMyM Satélite, de los cuales 258 fueron mujeres (59.03%) y 179 fueron hombres (40.97%), de los cuales se eliminaron 54 encuestas por estar mal llenadas y 5 por estar incompletas, dejando un total de encuestas para analizar de 378, de las cuales 58.99% corresponden a pacientes de sexo femenino (223) y 41.01% a sexo masculino (155). Los rangos de edad, de los 378 pacientes a analizar, variaron de entre los 20 años hasta los 64 años. A continuación se muestran los resultados obtenidos de las encuestas:

Pregunta 1:

¿La asistencia médica se le ha proporcionado de manera amable y con cortesía?

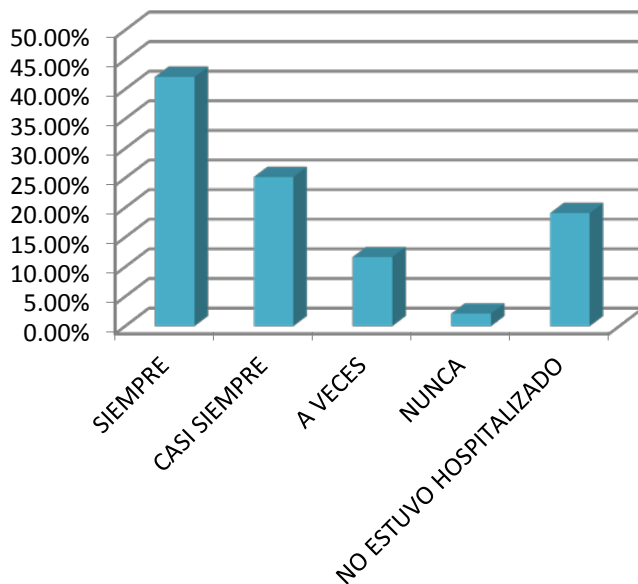


Tenemos que a ésta pregunta el 84.12% de los encuestados respondieron que sí habían recibido una atención médica amable y con cortesía, mientras que el 15.88% restante respondió negativamente.

Pregunta 2:

Si usted estuvo hospitalizado, ¿Se presentó con usted su médico tratante y lo atendió en las rondas de visita?

Atención personalizada del médico



Resultados pregunta 2:

SIEMPRE= 42.06 % (159 pe)
CASI SIEMPRE= 25.13 % (95 pe)
A VECES= 11.64 % (44 pe)
NINGUNA= 2.11 % (8 pe)
NO ESTUVO
HOSPITALIZADO= 19.04 % (72 pe)

pe: Pacientes encuestados

Ésta pregunta estuvo dirigida en particular a los pacientes que ya habían estado hospitalizados, para valorar la calidad de la atención que recibieron durante su estancia (por lo que se descarto al 19.04% de los encuestados debido a que hasta ese momento nunca habían requerido atención hospitalaria por parte de nuestro servicio). Los resultados muestran que más del 67 % respondieron que sus médicos tratantes estuvieron siempre o casi siempre durante los pases de visita y los atendieron de manera personalizada para resolver sus dudas o hablar acerca de su manejo; 11.64% respondió que el médico encargado sólo se presento

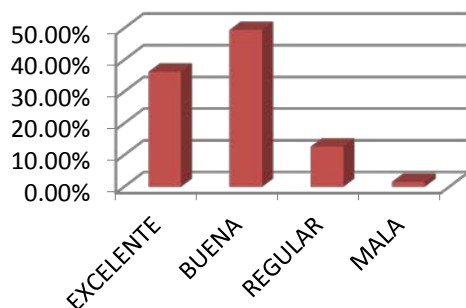
algunas ocasiones y un 2.11% respondieron que su médico tratante nunca estuvo con ellos durante las rondas de visita. Al cuestionar a este último grupo de pacientes nos dimos cuenta que en la mitad de los casos el problema no fue que el médico no pasara la visita, sino que el paciente desconocía quién era su médico encargado y por tanto imposible identificarlo durante las rondas de visita, pues aceptaron que durante las mismas se les interrogó sobre su estado clínico y se les revisó. Este punto es importante pues aunque el porcentaje de pacientes que refieren que su médico nunca los visitó es muy bajo, en la mayoría de los casos el problema principal radica en el hecho de no presentarnos formalmente con nuestros pacientes, pues aún cuando el médico le pasa visita a diario y está al pendiente de su estado de salud, el paciente no lo llega a percibir por no identificarlo adecuadamente.

Pregunta 3:

¿Cómo calificaría la explicación que el médico le brindo acerca de su padecimiento, opciones de tratamiento y si le aclaro todas sus dudas?

En esta pregunta los pacientes encuestados tuvieron la libertad de expresar como calificarían la atención que el médico les brindo en cuanto a la explicación acerca de su padecimiento, las opciones existentes para su manejo y, en caso de haber externado dudas, si fueron resueltas de manera satisfactoria.

Calificación de la atención del médico



Resultados pregunta 3:

EXCELENTE= 36.24 % (137 pe)

BUENA= 49.47 % (187 pe)

REGULAR= 12.70 % (48 pe)

Poco más de 14% calificaron la explicación del médico de regular a mala. al interrogar acerca del porqué lo consideraban de esa forma la gran mayoría refirió que no alcanzaron a entender todo lo que el médico les explicaba y, por inseguridad, no quisieron insistir o externar más dudas. Este punto nos lleva a reflexionar acerca de la forma en que nos dirigimos hacia los pacientes al momento de dar razón de su estado de salud, pues aunque la gran mayoría puede llegar a sentirse satisfecha con nuestra actuación, hay un porcentaje de personas que no lo percibe de igual manera y por miedo o por sentirse intimidados no alcanzan a resolver todas sus dudas.

Pregunta 5:

¿Se le explicó de manera clara el contenido del consentimiento informado?

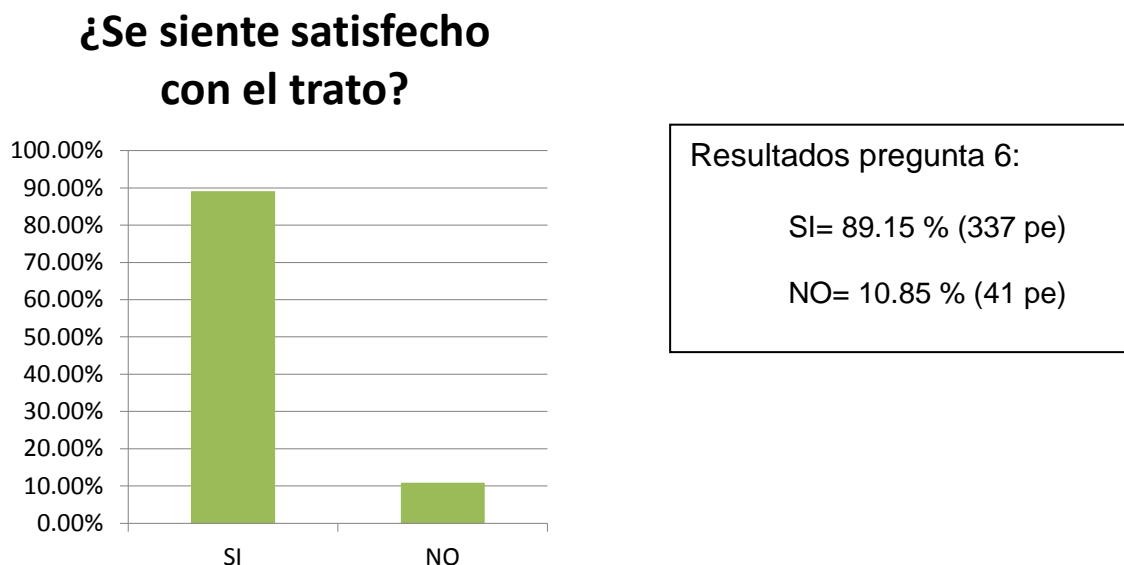


En la pregunta número 4: En caso de requerir manejo quirúrgico o haber sido sometido a cirugía ¿Se le dio a firmar una hoja de consentimiento informado? La totalidad de pacientes que fueron sometidos o que posteriormente serían sometidos a un procedimiento quirúrgico refirieron que sí se les dio a firmar la hoja de consentimiento informado. Sin embargo al preguntar si se les había explicado de manera clara el contenido de este documento casi un 8 % de los pacientes respondieron negativamente. Aunque sería difícil fincar la responsabilidad de este pequeño porcentaje a alguna de las 2 partes, considero que sería razonable por nuestra parte reflexionar acerca de si la información que le brindamos al paciente es completamente entendible para él o tal vez debemos insistir más al paciente al

preguntarle si existen dudas acerca del padecimiento pues, como vimos anteriormente, algunas personas no externan todas sus dudas durante la consulta.

Pregunta 6:

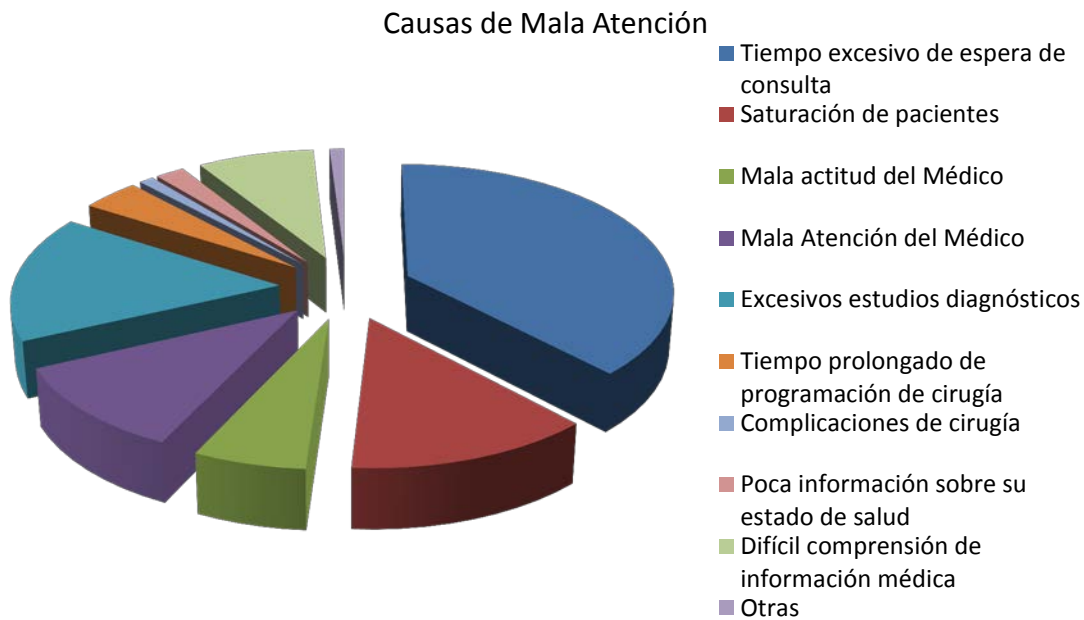
¿Se siente usted satisfecho con el trato que se le brindó?



Al analizar los resultados de esta pregunta, encontramos que el 89.15% de los encuestados respondieron que se sienten satisfechos con el trato que se les brindó y el 10.85% respondió que no se sentían satisfechos, y es precisamente en este grupo de personas en las cuales debemos poner énfasis para detectar cuales fueron las fallas que hicieron que el paciente no se sintiera completamente satisfecho con nuestra atención, algunas de ellas se enumeran en la siguiente pregunta.

Pregunta 7:

¿Cuáles cree usted que serían las causas de una mala atención médica?



Ésta pregunta resulto demasiado interesante, pues nos permite valorar cuales son las causas de que los pacientes salgan del consultorio con la percepción de una mala atención médica. En los resultados podemos observar que el tiempo excesivo de espera para pasar a consulta fue la causa más citada por los encuestados con un 38.02%, seguida por excesivos estudios diagnósticos con 16.01%, saturación de pacientes con 13.14% y mala atención del médico con 10.12% entre las principales causas. Si analizamos con detenimiento estas respuestas podemos observar que entre la primera y la tercera causa referidas por los pacientes suman poco más del 50% de todas las probables causas de mala atención lo que nos lleva, en primer lugar a corroborar que la demanda de servicios de salud aumenta día con día y prueba de ello es la cantidad de pacientes citados a diario, no únicamente en este hospital, sino en muchas instituciones de salud. En este punto caben algunas otras interrogantes acerca de si además de estar saturada de pacientes citados la consulta externa, ¿están repartidos equitativamente los pacientes citados entre todos los médicos? o tal vez como refiere Costa (13): Al médico que resulta más resolutivo en su quehacer médico llega a tener cada vez más pacientes citados llegando a su propia saturación. Estas dos variables desafortunadamente están fuera del alcance tanto

del paciente como del médico y solo nos queda hacer énfasis en la repartición equitativa de los pacientes entre todos los médicos, así como la derivación adecuada de los pacientes desde y hacia nuestra unidad. En cuanto a la segunda causa referida por los pacientes, tenemos que reflexionar acerca de nuestro actuar frente a los pacientes, en primer lugar debemos reflexionar sobre si todos los estudios que solicitamos son verdaderamente indispensables o si en algún momento llegamos a practicar la llamada "medicina defensiva" o si tal vez solo se deba a una falla en la comunicación entre médico y paciente para aclarar la necesidad y la importancia de cada estudio solicitado. Y finalmente no nos debe quedar duda de que debemos siempre reflexionar sobre la forma en que nos dirigimos a nuestro paciente, pues tal vez ahí se encuentra el fundamento de muchos de los problemas que surgen entre ambos y que los pacientes refieren como mala atención médica.

Pregunta 8:

¿Qué cambios haría usted para mejorar la calidad en la atención médica?

Las respuestas que dieron la mayoría de los pacientes fueron:

Contratar más médicos

Citar menos gente

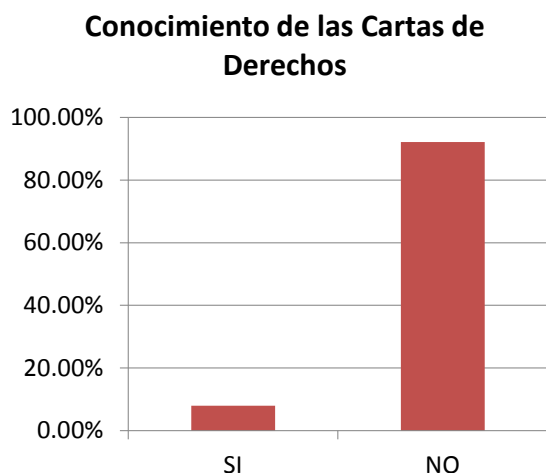
Que los médicos estén mejor preparados

Respetar horarios de consulta

Aunque todas las opciones que ofrecen serían ideales, la realidad de nuestro servicio de salud probablemente no pueda sustentar por el momento todas las sugerencias, sin embargo cabe destacar que todas las opciones nos llevan a los mismos puntos estudiados previamente: Solucionar el problema de saturación de pacientes, repartir equitativamente a los pacientes en la consulta y la necesidad de médicos cada vez mejor preparados tanto en los conocimientos científicos como en los valores éticos y morales.

Pregunta 9:

¿Conoce usted las cartas de derechos de los pacientes y de los médicos?



Resultados pregunta 9:

SI= 7.94 % (30 pe)

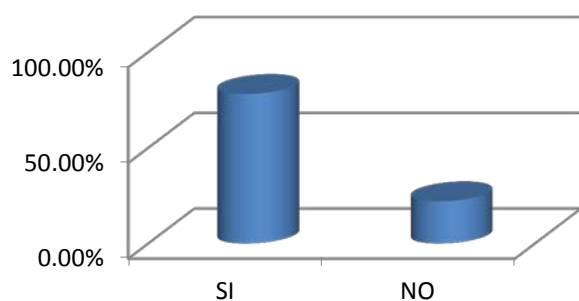
NO= 92.06 % (348 pe)

Es interesante (y preocupante) ver que más del 90% de los pacientes encuestados refieren no conocer las cartas de derechos de los pacientes y los médicos y que aunque menos del 10% refirió conocerlas, no podían citar más de 3 derechos de cada una de las cartas. Probablemente esto sea fácil de resolver, si se contara con ambas cartas en cada consultorio, de un tamaño adecuado para que cada paciente que llegue a consulta pueda leerlas y cada médico las tenga siempre disponibles para orientar a los pacientes en cuanto a sus derechos.

Pregunta 10:

¿Conoce usted el nombre de su médico tratante?

¿Conoce el nombre de su médico?



Resultados pregunta 10:

SI= 78.04 % (295 pe)

NO= 21.96 % (83 pe)

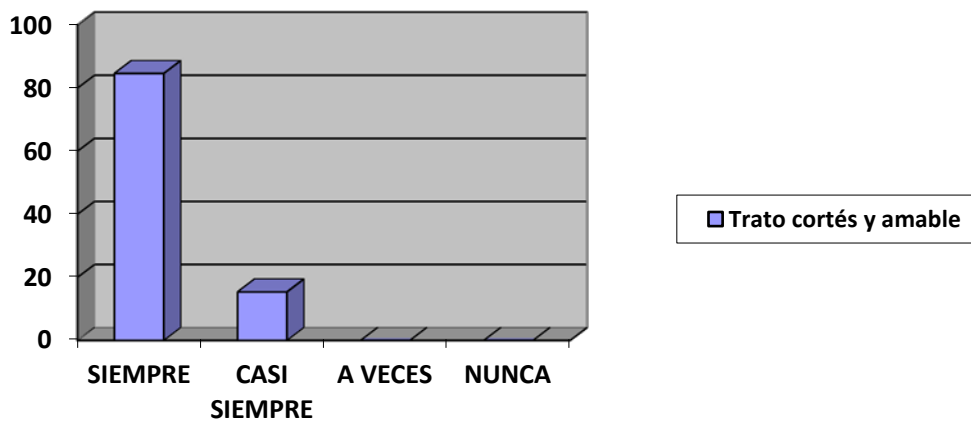
Al realizar esta pregunta se evidencio que poco más del 20% de los pacientes no recuerdan el nombre de su médico tratante.

Se realizó además una encuesta a los médicos adscritos al servicio de Cirugía general para analizar desde el punto de vista de los profesionales cuál es su sentir respecto a la problemática que ocurre actualmente respecto a las fallas en la relación médico - paciente y de los factores que influyen en la misma. De igual manera se les pidió que dieran su opinión sobre como creen que se podría mejorar esta relación. Se encuestó a un total de 13 médicos adscritos, de los cuales 8 pertenecen a la especialidad de Cirugía General, 2 a la especialidad de Urología, 2 a la especialidad de Cirugía Pediátrica y 1 a la especialidad de Cirugía Oncológica.

Los resultados de dicho grupo de encuestas se muestran a continuación:

Pregunta 1:

¿Considera usted que el trato hacia sus pacientes es con cortesía y amabilidad?



84.62% respondieron Siempre y 15.38% afirmó que Casi Siempre.

Pregunta 2:

¿Qué factores considera usted que influyen en fallas en la relación Médico - Paciente?

Cabe destacar que hubo muchos factores enumerados en esta respuesta, de los cuales los principales fueron:

Estrés laboral

Iatrogenia

Antecedentes personales de Complicaciones

Trato del médico familiar y del personal administrativo hacia el paciente (previo a la atención por el especialista)

Factores Médicos: Cansancio del Médico, Insatisfacción del médico.

Factores del Paciente: Insatisfacción del paciente.

Factores Institucionales: Falta de insumos

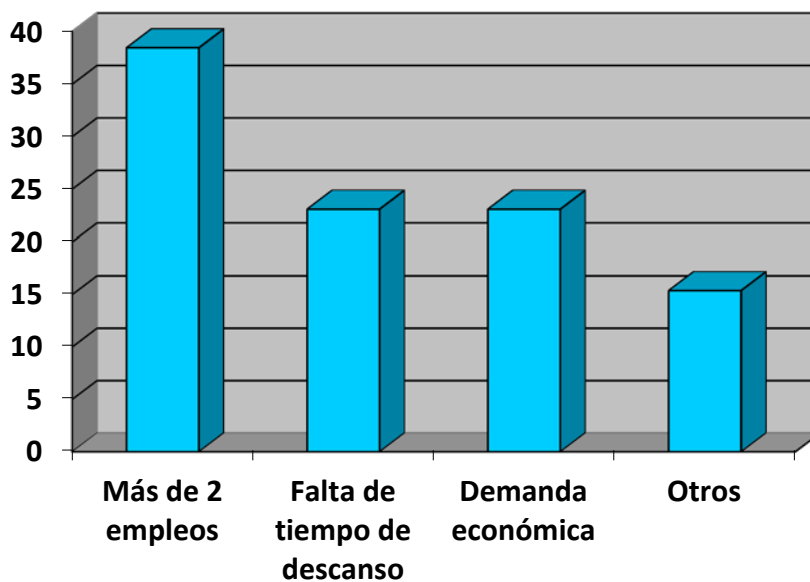
Desconfianza del paciente hacia el médico

Cabe destacar que, a pesar de que hubo muy pocas coincidencias en cuanto a los factores mencionados, todos los resultados se pueden englobar en 2 grupos:

Factores del Paciente y Factores del Médico.

Pregunta 3:

¿Cree usted que factores externos al hospital influyen en su trabajo? ¿Cuáles?



Las respuestas más frecuentes fueron:

Más de 2 empleos (38.46%)

Falta de tiempo efectivo para descanso y recreación (23.08%)

Demanda económica (23.08%)

Otros (Distancia hasta el hospital, tráfico, policía, trabajo social) (15.38%)

Pregunta 4:

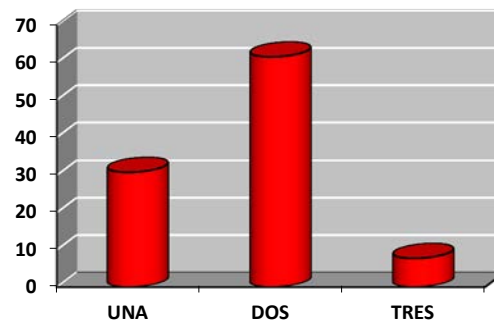
¿En cuántas instituciones de salud trabaja?

Las respuestas fueron las siguientes:

Una Institución: 30.77 %

Dos Instituciones: 61.54 %

Tres Instituciones: 7.69 %



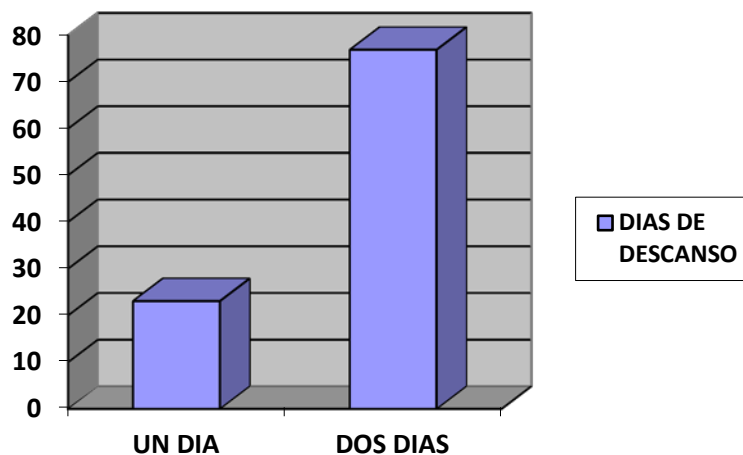
Pregunta 5:

¿Cuántos días de descanso tiene a la semana?

Las respuestas fueron las siguientes:

Un Día: 23.08 %

Dos Días: 76.92 %



Pregunta 6:

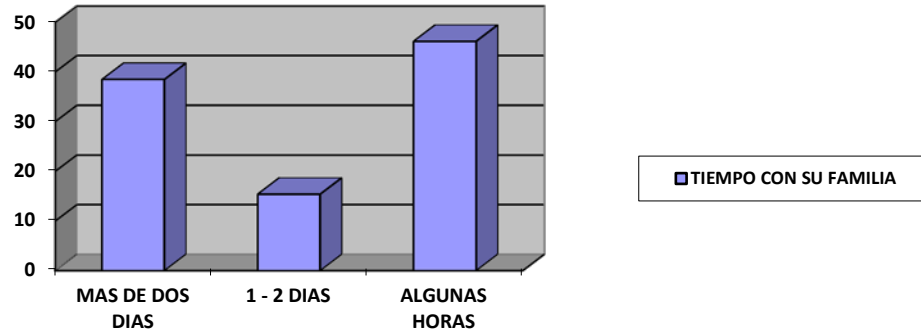
¿Cuánto tiempo pasa con su familia (Al día / A la semana / Al mes)?

Las respuestas se enlistan en los siguientes grupos:

Más de dos días a la semana: 38.46 %

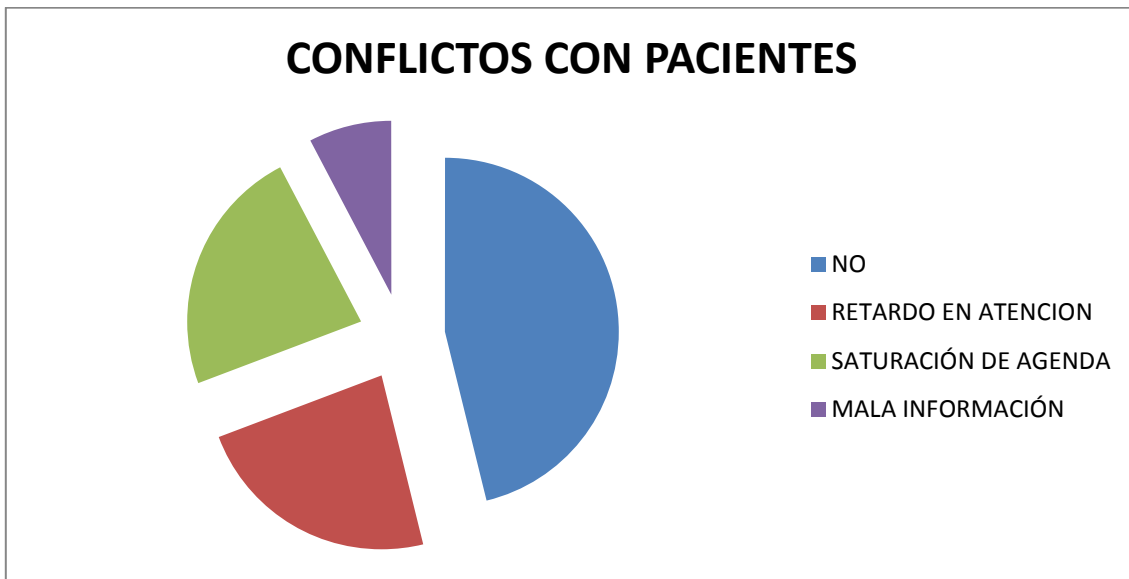
Uno a dos días a la semana: 15.38 %

Algunas horas al día: 46.15 %



Pregunta 7:

¿Ha tenido diferencias o algún conflicto con algunos de sus pacientes en el último año? ¿Debido a qué fue?



46.15 % respondió que NO.

23.08 % Respondió que sí, debido a retardo en la atención médica

23.08 % Respondió que sí, debido a saturación de la agenda de programación de Cirugías

7.69 % Respondió que sí, debido a "Mala Información", sin embargo no especificó la razón en particular.

Pregunta 8:

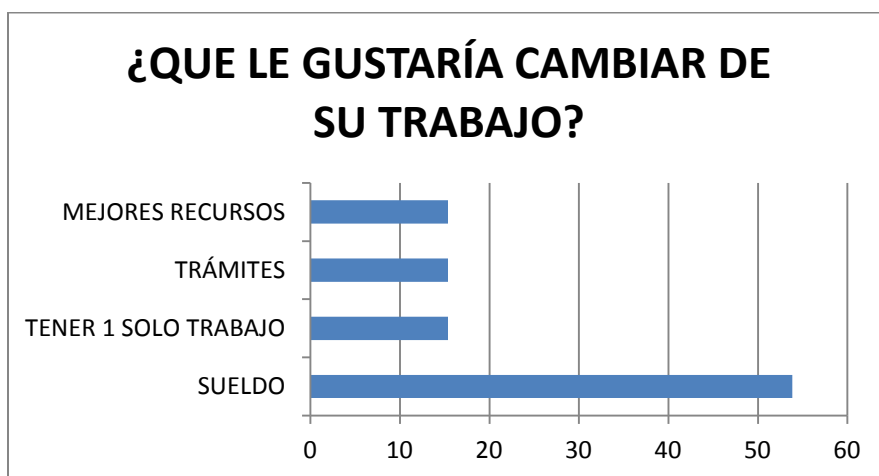
¿Qué le gustaría cambiar de su trabajo?

53.85 % Respondió que le gustaría cambiar el sueldo.

15.38 % Respondió que le gustaría tener 1 solo trabajo

15.38 % Respondió que le gustaría cambiar los trámites administrativos para agilizar una atención más temprana para los pacientes.

15.38 % Respondió que le gustaría que realizaran mejoras en cuanto a cursos, material quirúrgico, etc.



Pregunta 9:

¿Qué factores cree usted que se pueden cambiar para mejorar la relación médico - paciente?

Las respuestas fueron las siguientes:

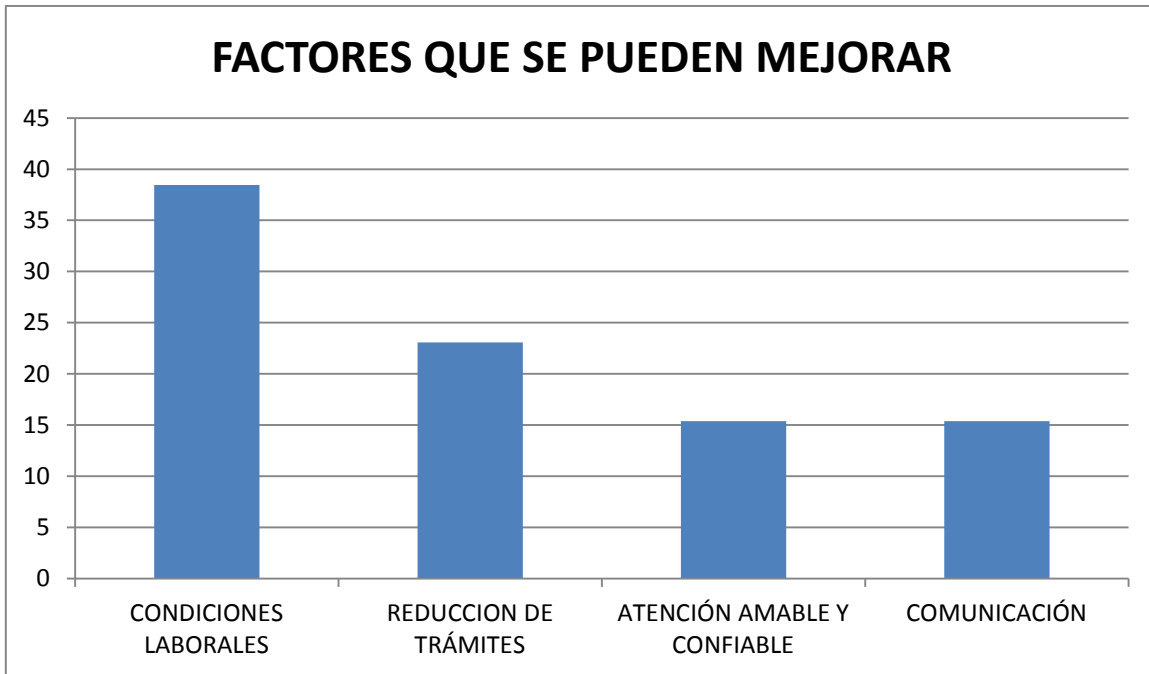
Mejorar condiciones laborales: 38.46 %

Reducción de trámites burocráticos y/o administrativos: 23.08 %

Otorgar una atención amable y confiable: 15.38 %

Mayor comunicación entre ambas partes: 15.38 %

Actitud de los médicos: 7.69 %



Pregunta 10:

¿Se siente satisfecho con su vida personal y profesional? ¿Qué cambiaría de ellas para mejorarlas?

84.62 % de los encuestados respondieron rotundamente que sí y que no cambiarían nada.

7.69 % respondió: "A pesar de todo, sí"

7.69 % no respondió afirmativa o negativamente la pregunta, solo mencionó que le gustaría tener un solo trabajo que le diera lo mismo que obtiene con 2 trabajos.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a los pacientes, podemos concluir que en más del 80% de los casos, la percepción acerca de la calidad recibida en el servicio de Cirugía General del Hospital de Concentración ISSEMyM Satélite, es satisfactoria. Poco más del 80% de los encuestados refiere haber recibido una atención médica entre buena y excelente y en más del 60% de los casos se sintieron atendidos de forma personalizada por su médico tratante y casi 90% de los pacientes se sienten satisfechos con el trato que se les otorgó en nuestro servicio. Esto parece estar relacionado con el grado de satisfacción profesional con el que cuentan los médicos adscritos a este servicio, pues más del 80% de los médicos encuestados refieren sentirse satisfechos con su vida profesional y laboral, lo cual se ve reflejado en la calidad del servicio que imparten.

Sin embargo, aún tenemos a la contraparte de este grupo, que corresponde a todas aquellas personas que se sienten insatisfechas con el trato recibido y es ahí de donde debemos partir para mejorar nuestro servicio. Los tres factores principales que refieren los pacientes como causas de mala atención son: el excesivo tiempo de espera para la consulta, excesivos estudios diagnósticos y mala atención del médico. Todos estos factores corresponden con la principal problemática a nivel nacional que es la gran demanda de servicios de salud, la cual aumenta día con día y que, en la gran mayoría de los casos, es un factor que no depende del personal médico ni del paciente (sin embargo, afecta considerablemente la relación médico-paciente), y por lo tanto la solución parece depender de romper esquemas administrativos y burocráticos y de una mejor organización y racionalización de los servicios de salud. De acuerdo a las encuestas, los profesionales coinciden con los pacientes en que las principales causas de conflictos que han tenido con sus pacientes son derivados del retardo en la atención médica y del retardo en la programación de cirugías, derivado de la saturación de pacientes en el servicio. Así mismo coinciden en que la reducción de trámites burocráticos y administrativos podría mejorar la calidad en la atención del

paciente, además de mejorar las condiciones laborales, mejorar la comunicación con cada paciente y, en algunos casos, mejorar la actitud de los médicos. Este último punto es importante pues, como seres humanos que son los médicos, están expuestos a factores externos que pueden afectar su desarrollo profesional, dentro de los cuales destacan el tener más de 2 empleos (lo cual puede estar derivado por la mayor demanda económica que tiene como individuo) ya que más de la mitad de los encuestados refieren trabajar en 2 instituciones, una tercera parte solo en una institución y menos del 10% trabaja en 3 instituciones. De igual manera, la falta de tiempo para el descanso y la recreación es un factor que tiene repercusiones tanto en su vida laboral como en su vida privada y que a la postre va produciendo daños tanto físicos, como anímicos que se reflejan en la calidad de la atención otorgada tanto a los pacientes como a sus familias. Por último, los médicos señalaron las cosas que les gustaría cambiar de su trabajo, en donde refieren que les gustaría cambiar los trámites para otorgar una mejor atención, mejoras en cuanto a cursos, material quirúrgico entre otros, pero más de mitad coincidió en que les gustaría cambiar el sueldo, cuyo análisis dejaremos a consideración de las autoridades correspondientes

CONCLUSIONES

Como ya se ha mencionado en innumerables artículos y publicaciones acerca de la ética y la relación médico paciente, actualmente se vive un estado de crisis en cuanto a la ética profesional y la calidad de la atención médica. El presente estudio analiza el sentir y la percepción acerca de la calidad de la atención médica en pacientes atendidos en el servicio de Cirugía General del Hospital de Concentración Satélite así como el punto de vista de los médicos adscritos al servicio de Cirugía General y otros adscritos del área quirúrgica.

Se decidió encuestar únicamente a pacientes atendidos en la consulta externa de Cirugía General, independientemente si la atención fue de primera vez, subsecuente o de seguimiento posterior a un procedimiento quirúrgico, con la intención de eliminar el factor de vulnerabilidad de los pacientes cuando son atendidos en el servicio de urgencias o durante su estancia hospitalaria y así obtener resultados más confiables acerca de evaluación general que le otorgan a nuestro servicio.

Debemos recordar que, aunque la relación médico - paciente es considerado un binomio y el éxito o la fractura de esta relación es resultado de la participación de ambas partes, es responsabilidad de cada médico el guiar y hasta cierto punto educar al paciente en cuanto a la interacción que se tendrá durante su manejo (siempre dentro de las normas éticas y morales), pues aunque todos los pacientes analizados en este estudio son considerados como personas adultas y autónomas, con capacidad de decidir sobre la mejor opción para su manejo, no debemos olvidar que el paciente quirúrgico es especial, pues en mayor o menor medida siempre va relegando su autonomía al médico conforme va avanzando el proceso de la atención médica, esto debido al estado de inferioridad y desventaja (profesionalmente hablando) que tiene el paciente frente al cirujano. Por esta razón es importante ir marcando las pautas de la relación conforme se va dando la atención médica y, ante cualquier indicio de fractura o mal entendimiento de la

misma, recordar los principios éticos básicos, así como recordar las cartas de derechos que poseen tanto los pacientes como los profesionales de la salud. También considero importante hacer énfasis en los pacientes de que, a pesar de los avances científicos y tecnológicos, los médicos y en este caso en particular los cirujanos, siempre contamos con un cierto grado de incertidumbre en mayor o menor medida respecto a la precisión de los diagnósticos y los resultados del manejo, pues, aunque cada vez más aumenta la "comercialización de la medicina", muchos pacientes protegen su actitud y exigencias hacia el médico o servicios de salud en este concepto mal fundamentado, y es labor de los profesionales dejar en claro las características y limitaciones que en determinadas situaciones se pueden presentar. De esta manera se corregirá la percepción que tienen los pacientes y se aclararán las diferencias que existen entre las obligaciones y las responsabilidades que tienen los cirujanos hacia los pacientes con lo que se evitarán problemas derivados de este entendimiento erróneo.

Otro efecto, aunado a la llamada comercialización de la Medicina, que aumenta las exigencias y las expectativas de resultados de los pacientes es la mayor disponibilidad que se cuenta en estos días hacia la información médica. La manera en que los pacientes obtienen información acerca de su enfermedad y tratamientos está cambiando rápidamente. Aunque los médicos son aún una fuente respetada y fiable de conocimiento, ya no son la principal. Los pacientes reciben abundante información relacionada con la salud a través de los medios de comunicación (escritos y audiovisuales) y la buscan cada vez más y de forma más activa en el personal de enfermería, los grupos y organizaciones de pacientes e Internet. Esto hace aumentar sus conocimientos y reclamar al sistema de salud el mejor tratamiento posible para sus necesidades individuales. Este mayor acceso por parte de pacientes a la información sobre temas de salud no está exento de riesgos, desde cuestionar excesivamente los conocimientos o los consejos de su médico (lo que puede dificultar la relación médico-paciente) hasta la generación de expectativas excesivas en tecnologías de escasa efectividad o disponibilidad remota. Por el contrario, acceder a información de calidad sobre temas de salud

puede ayudar a los pacientes a tomar decisiones mejor fundadas sobre su salud y a demandar mayor calidad en los servicios que reciben.

De aquí podemos sugerir un punto que podría ser crucial en todas las ramas quirúrgicas de la medicina y que es: No prometer resultados que no se pueden obtener. El perfecto conocimiento de la fisiopatología de una enfermedad y el perfecto conocimiento de las técnicas quirúrgicas no pueden asegurar nunca la perfección del resultado. Cada persona es diferente, cada organismo responde de distinta manera al trauma de un evento quirúrgico y cada tejido cicatriza de manera diferente, motivo por el cual considero que es prudente no prometer resultados tanto funcionales como estéticos pues la obtención de resultados diferentes, por mínimos que sean podrían originar inconformidad y desconfianza sobre el médico tratante, lo cual en algunos casos podría ser origen de demandas. De igual manera no debemos olvidar que somos seres humanos y que por lo tanto somos susceptibles al estrés, al cansancio, a la depresión y a muchos otros factores que ya se han comentado, y que por supuesto, no estamos exentos de cometer errores. Y es precisamente por estas razones que debemos ser realistas con los pacientes, enfatizar que cada persona es diferente y cada organismo responde de una manera diferente a los estímulos, que no podemos asegurar resultados y que en toda cirugía siempre existen riesgos y posibles complicaciones. Se deben explicar claramente cuáles son los riesgos de cada cirugía y no minimizar uno solo de ellos por mas infrecuente que pueda ser. Lo que si podemos prometer al paciente es que pondremos todo lo que este de nuestra parte para alcanzar el resultado deseado y que nuestro objetivo principal siempre es la salud y el bienestar de todos nuestros pacientes.

De igual manera se propone a las instituciones de salud el equilibrar la atención médica en el sentido del número de consultas otorgadas por día, así como repartir de manera equitativa los pacientes entre los diferentes médicos, para así permitirnos a nosotros otorgar una atención cada vez de mayor calidad y mejorar la atención a cada paciente. Se propone además hacer mejoras en cuanto a la atención otorgada en el servicio de urgencias pues actualmente existen muy

pocos centros hospitalarios donde verdaderamente se instituye un triage de atención en el servicio de Urgencias, con lo cual se mejoraría la atención a personas con problemas verdaderamente urgentes y se derivarían a los pacientes con problemas que deben ser manejados en primer nivel resultando en una menor saturación de pacientes. Así mismo, se debe priorizar a los pacientes que son referidos de dichas unidades de atención, de acuerdo al padecimiento de base. También se propone invitar a los médicos de atención primaria a no realizar promesas de atención y manejo a los pacientes que van a ser referidos, y de realizar una aclaración real sobre la necesidad de la cirugía en corto, mediano y largo plazo ya que esto también es causa de conflicto con los médicos de segundo nivel pues en muchos casos tiene que romper ilusiones acerca de promesas de manejo y aclarar situaciones de "extrema urgencia" sobre la necesidad de manejo quirúrgico con lo cual, de primera instancia se crea desconfianza con el cirujano y en segundo lugar se crean conflictos en la relación médico - paciente.

Por parte de los médicos, nuestra labor debe ser no olvidar nuestros valores éticos y morales y recordar siempre que nuestra carrera es una profesión de servicio y por tanto debemos tener la mayor paciencia y empatía para atender a nuestros pacientes con la mayor calidad ética y profesionalismo. Si bien es cierto que estos valores se deben inculcar durante nuestra educación escolar en medicina, es importante recordar que día a día, todos convivimos con médicos en formación en diferentes grados. Así pues, es obligación de los médicos con mayor experiencia y jerarquía el reforzar estos valores con el ejemplo que se les da a los médicos que se encuentran en formación, pues muchas veces son tomados como ejemplo para posteriormente formar su propio criterio.

Por último me gustaría hacer una reflexión:

“Una vida es muy poco tiempo para ser expertos en una materia. La vida es tan sublime que aunque nos esforcemos por entenderla, solo seremos capaces de apreciar una pequeña parte de su perfección. Sin embargo, debemos seguir siempre con la frente en alto, reflexionando sobre la labor que hacemos día a día,

y orgullosos de saber que continuaremos ejerciendo nuestra profesión con el mayor respeto a la belleza y la vida de cada ser humano”.

ANEXO 1

CRONOGRAMA

Primer año													
2009												2010	
MES	M	Abr	M	JUN	JUL	A	S	O	N	D	E	F	
Elaboración de protocolo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Elaboración de material	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

Segundo año													
2010												2011	
MES	M	Abr	M	JUN	JUL	A	S	O	N	D	E	F	
Aplicación de encuestas y Análisis de resultados	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

Tercer año													
2011												2012	
MES	M	Abr	M	JUN	JUL	A	S	O	N	D	E	F	
Aplicación de encuestas y Análisis de resultados	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

Cuarto año													
2012												2013	
MES	M	Abr	M	JUN	JUL	A	S	O	N	D	E	F	
Aplicación de encuestas y Análisis de resultados	X	X	X	X	X	X							
Registro de Protocolo							X	X					
Elaboración de informe final									X	X	X		
Entrega de tesis												X	

BIBLIOGRAFÍA

1. López, E., "ÉTICA MÉDICA", Segunda Edición, 1986, Publicado por: Universidad Autónoma de Centro América
<http://www.uaca.ac.cr/bv/ebooks/salud/1.pdf>
2. Aguirre, H., "LA ÉTICA Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA" Cirugía y Cirujanos 2002; 70: 50-54
3. Costa, A., Almendro, C., "LA ETICA Y LA MORAL", Médicos de Familia 28-02-2006.
4. García, A., Estévez, E., "INTRODUCCION A LA BIOETICA: FUNDAMENTACIÓN Y PRINCIPIOS",
http://www.bioetica.org.ec/articulo_bioetica.pdf
5. Costa, A., Almendro, C., "LOS PRINCIPIOS DE LA BIOETICA (AUTONOMÍA)", Médicos de Familia 28-02-2006.
6. Costa, A., Almendro, C., "LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA (BENEFICIENCIA Y NO MALEFICIENCIA". Médicos de Familia 07-05-2009.
7. Costa, A., Almendro, C., "LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA (JUSTICIA)", Médicos de Familia 07-05-2009.
8. Costa, A., Almendro, C., "EL ANALISIS DE PROBLEMAS ETICOS", Médicos de Familia 28-06-2006.
9. Lifschitz, A., "LOS ERRORES MEDICOS" Facultad de Medicina, Seminario: El Ejercicio Actual de la Medicina, Mayo 2004.
http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2004/ponencia_may_2k4.htm
10. Costa, A., Almendro, C., "BIOETICA: LOS VALORES", Médicos de Familia 28-02-2006.
11. Rodríguez, M., "TRES MEDICOS MEXICANOS Y SU REFERENCA AL EJERCICIO ÉTICO MORAL DE LA MEDICINA. SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX", Revista Cirugía y Cirujanos, Mayo - Junio 2009, Vol. 77 No. 3, Págs. 241-246,

12. Dr. Ruiz, L., Dr. Sánchez, M., "PROFESIÓN Y PROFESIONALISMO EN MEDICINA", Seminario: El Ejercicio Actual de la Medicina. Noviembre 2001, http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2006/nov_01_ponencia.html
13. Costa, A., Almendro, C., "ETICA DE LAS EMPRESAS SANITARIAS", Médicos de Familia 09-11-2007.
14. Dr. Torres, F., "ALGUNAS PREOCUPACIONES DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA EN EL SIGLO XXI", Revista Cirugía y Cirujanos, Septiembre - Octubre 2001, Vol. 69, No. 5.
15. "CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LAS MEDICAS Y LOS MEDICOS".
<http://bvs.insp.mx/local/File/CARTA%20DERECHOS%20MEDICOS.pdf>
16. "CARTA DE DERECHOS DE LOS MÉDICOS" , Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud, Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico <http://salud.edomexico.gob.mx/ccamem/cartamedico.htm>
17. Dr. Topolanski, R., "LA CIRUGÍA Y LOS CIRUJANOS". Julio 2008, Montevideo, El Arte y la Medicina. Capítulo 6
18. Lerma, C., "DILEMAS ÉTICOS DE LOS CIRUJANOS", Revista Colombiana de Cirugía. Vol. 15, No. 4, 2000, Págs. 222-225.
19. Bedoya, M., Builes, M., "EL ACTO MÉDICO COMO ÉTICA DE LA RELACIÓN", IATREIA, Marzo 2009, Vol. 22, No. 1,
20. Dra. Rivero, P., "¿APRENDER MEDICINA O APRENDER A SER MÉDICO? ONTOLOGÍA, EPISTEMOLOGÍA Y ÉTICA MÉDICA", Facultad de Medicina, Seminario: El Ejercicio Actual de la Medicina, Marzo 2006.
21. Alamilla, G., "DISCURSO DE INAUGURACIÓN DE LA SEMANA QUIRÚRGICA NACIONAL. HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO", Facultad de Medicina UNAM, Octubre 1956, México, D.F.
22. Dr. Torres, F., "ÉTICA Y CIRUGIA", Facultad de Medicina, Seminario: El Ejercicio Actual de la Medicina. Septiembre 2002. http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2002/ponencia_sep_2k2
23. Tanur, B., "ÉTICA MÉDICA. POR UNA MEDICINA HUMANÍSTICA", CONAMED, Revista 1999; 1 (12): 7 - 10.

24. Prof. Luzoro, J., "PSICOLOGÍA DE LA SALUD", Revista de Psicología, Chile, 1992, Vol. 111, No 1
25. Rodríguez de Romo, A., "UTOPIA O REALIDAD: ¿TIENE SENTIDO ENSEÑAR ÉTICA MÉDICA A LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA?", Anales Médicos Hospital ABC, Ene - Mar 2000, Vol. 45, Núm. 1, pp. 45 - 50
26. Choy, S., "RESPONSABILIDAD EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA", O.G.S Editores S.A. de C.V. Puebla, Puebla. 1997,
27. Costa, A., Almendro, C., "EL LADO HUMANO DE LA MEDICINA", Fistera.com Atención Primaria en la Red. Médicos de Familia 28 02 06.
28. Rivero, O., "LA VOCACION HUMANÍSTICA: MOTIVACIÓN PERMANENTE PARA EL ESTUDIANTE DE MEDICINA", Profesor emérito Facultad de Medicina UNAM, Gaceta Médica de México, 2004, Vol. 140, No. 1
29. Velasco, M., "EL MURS Y LA BIOÉTICA", Órgano de la Asociación Mexicana del MURS, 1999; 1 (junio): 3 - 4.
30. González, J., "LOS VALORES BIOÉTICOS Y LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE", CONAMED Revista 1998; 9 (octubre - diciembre): 6, 7.
31. Dr. Lifschitz, A., "LA MODERNIZACIÓN DE LA ENSEÑANZA CLÍNICA EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA". Facultad de Medicina, Seminario: El Ejercicio Actual de la Medicina, Agosto 2001
32. "ANTE TODO, AUTONOMÍA PROFESIONAL DEL MÉDICO", El signo vital, el periódico de los profesionales de la salud., http://www.elsignovital.com.co/novedades_3.htm
33. Pérez, R., "EL ARTE MÉDICO Y LA LEX ARTIS", CONAMED Revista, 1999; 10 (enero - marzo): 7 - 12.
34. Dr. Alberto Lifschitz. "ÉTICA, YATROGENIA Y YATROPATOGENIA", CONAMED Revista, 1998; 9 (octubre - diciembre): 16 - 17.
35. Moctezuma, G., "LA RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO. BIOÉTICA Y DERECHO", Fondo de Cultura Económica, primera edición, México, D.F., 1999: 109 - 125.

36. Casamadrid, O., "RESPONSABILIDAD CIVIL Y PENAL DE LA PRÁCTICA MÉDICA. ¿HAY REGLAS CLARAS?", Cali. Med. Rev. Med. Guanajuato 1998; 4 (3): 73 - 79.
37. Villa, L., "GLOBALIZACIÓN Y BIOÉTICA EN LOS RECURSOS PARA LA SALUD", Gaceta Médica de México, Vol. 140, Núm. 1, Enero - Febrero 2004
38. Fernández, R., "LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE... Y OTRAS COSAS", Boletín del Colegio de Médicos Militares 1998; 9 (4): 8 - 9.
39. Barba, P., "RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA", Boletín del Colegio de Médicos Militares 1998; 9 (4): 13 - 14.
40. González, G., "LAS REFORMAS SANITARIAS Y LOS MODELOS DE GESTIÓN", Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, Junio 2001, Vol. 9, Núm. 6
41. Comisión de Arbitraje Médico del Estado de México, "CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION O CONSENTIMIENTO INFORMADO", Segunda edición ampliada y actualizada. Septiembre 2001.
42. García, D., "EL NACIMIENTO DE LA BIOÉTICA", Editorial Biblioteca Nueva, Madrid 2007, págs. 66 – 75.