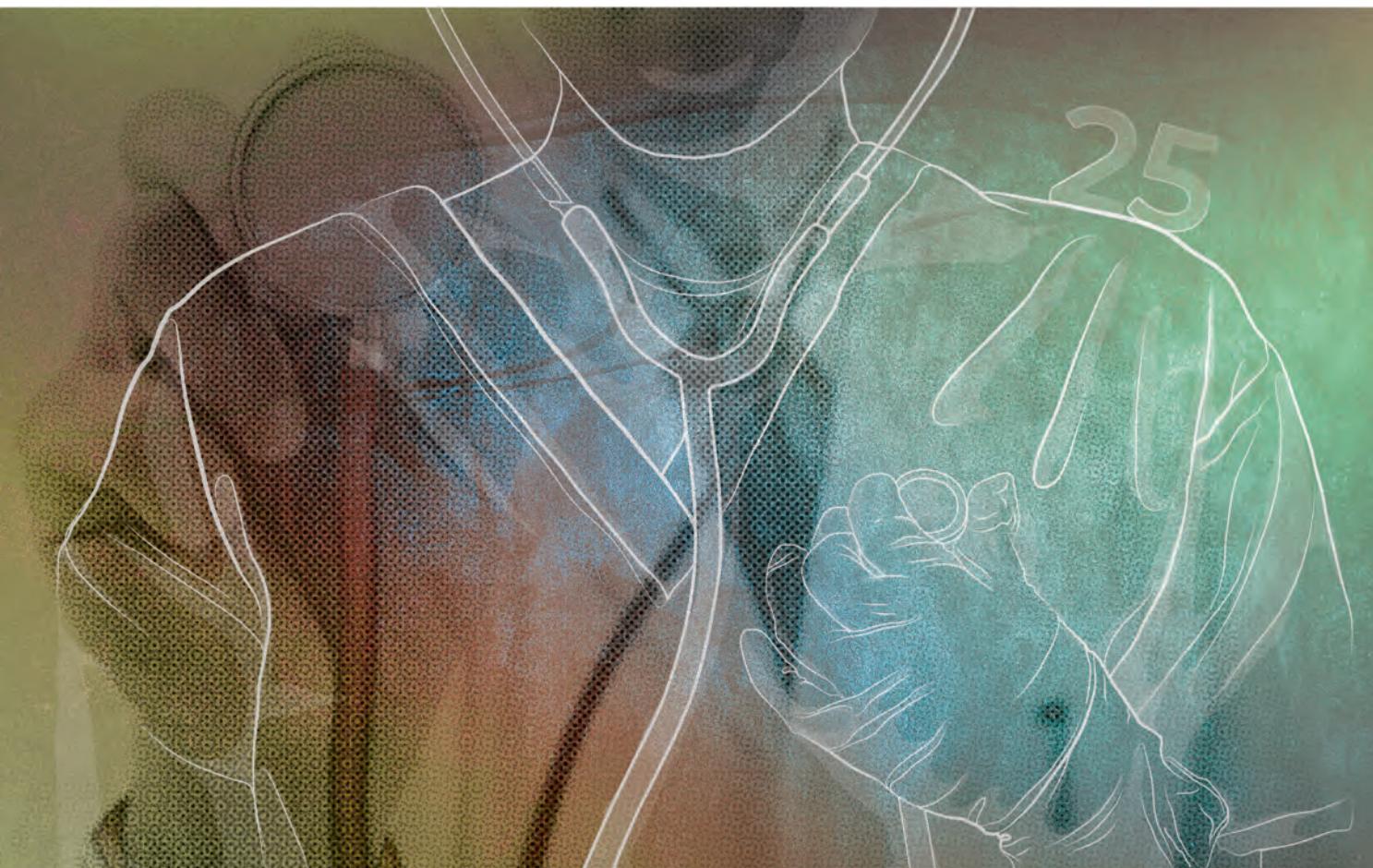


REVISTA CONAMED

Órgano Oficial de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México.

Volumen 26, Número 4, Octubre - Diciembre, 2021 ISSN 2007-932X



Los inicios de la CONAMED

Primera queja en la CONAMED

Conciliación y Arbitraje
Médico de Tabasco

25 años de la CONAMED

Futuro de los MASC

Riesgo suicida
en estudiantes del
área de la salud

Eutanasia en España

Poder del médico

In memoriam
Dr. Aguirre Gas

CURSO EN LÍNEA

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PREVENCIÓN DEL CONFLICTO EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

DIRIGIDO A PROFESIONALES DE LA SALUD BUCODENTAL

PRÓXIMAS FECHAS

www.gob.mx/conamed

cursoprevencionconflicto@conamed.gob.mx

Estamos para ayudarte



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

REVISTA CONAMED

· Vol. 26 Núm. 4, Octubre-Diciembre 2021 ·

Editorial	159	Los 25 años de la CONAMED <i>25 years of CONAMED</i> Cintia Judith Rojano Fernández, David Olvera López
Reseñas	161	Mensaje de bienvenida <i>Welcome message</i> Onofre Muñoz Hernández
	163	Los inicios de la CONAMED <i>The beginnings of CONAMED</i> Héctor Fernández Varela Mejía
	166	Testimonio: primera queja en la CONAMED <i>Testimony: first complaint at CONAMED</i> José Julio Bustos Pérez
	170	23 años de conciliación y arbitraje médico de Tabasco, septiembre 2021 <i>23 years of conciliation and medical arbitration of Tabasco, September 2021</i> Manuel Fernández Torrano
	173	25 años de la CONAMED en números <i>25 years of CONAMED in numbers</i> Onofre Muñoz Hernández
	179	Visión a futuro de los mecanismos alternativos de solución de controversias <i>Future vision for alternative dispute resolution mechanisms</i> José de Jesús Orozco Henríquez
Artículo original	182	Riesgo suicida en estudiantes del área de la salud en periodo de pandemia por la COVID-19. Estudio transversal <i>Suicide risk in health care students during the COVID-19 pandemic period. Cross-sectional study</i> Itzel Betzabeth Sanabria-Landeros, David Luna, Carmen Sánchez-Sánchez, Fernando Meneses-González, Miguel Ángel Lezana-Fernández, Belinda de la Peña-León, María Susana González-Velázquez, Sandro Méndez-García
Derechos humanos y salud	192	Prontuario de la ayuda a morir, para entender y atender la Ley de Eutanasia de 2021 en España <i>A guide to aid in dying, to understand and address the Euthanasia Law of 2021 in Spain</i> Juan Siso Martín
Carta al Editor	202	Poder del médico <i>Power of the physician</i> Eduardo García Solís
In Memoriam	204	In Memoriam Acad. Dr. Héctor Aguirre Gas <i>In Memoriam Professor Héctor Aguirre Gas, MD</i> Jorge A Pérez Castro y Vázquez

REVISTA CONAMED

Director General

Dr. Onofre Muñoz Hernández

Editor

Dr. Fernando Meneses González

Director Asociado

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

Co-editores

QFB. Daniela Carrasco Zúñiga

Dra. Leticia de Anda Aguilar

Dr. José de Jesús Leija Martínez

Comité Editorial

Lic. Juan Antonio Orozco Montoya

Dra. Carina Xóchitl Gómez Fröde

Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México

Dr. Miguel Villasis Keever

Dr. Rafael Arias Flores

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Dra. Silvia Rosa Allende Pérez

Instituto Nacional de Cancerología, México

Dra. Jessica Guadarrama Orozco

Hospital Infantil de México Federico Gómez, México

Dr. Juan Francisco Hernández Sierra

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México

Dr. Fortino Solórzano Santos

Hospital Infantil de México Federico Gómez, México

Dr. Pedro Jesús Saturno Hernández

Instituto Nacional de Salud Pública, México

Dr. Alejandro Treviño Becerra

Editor de la Revista Gaceta Médica de México (ANM)

Consejo Editorial

Dr. Juan Garduño Espinosa

Red Cochrane, México

Dr. Carlos Santos Burgoa

The George Washington University

and Milken Institute, USA

Dr. Gregorio Tomás Obrador Vera

Facultad de ciencias de la salud.

Universidad Panamericana, México

Dr. José Halabe Cherem

Academia Nacional de Medicina, México

Dr. Felipe Cruz Vega

Academia Mexicana de Cirugía, México

Dr. Guillermo Fajardo Ortíz

Facultad de Medicina UNAM, México

Mtra. Rosa Amarilis Zárate Grajales

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM, México

Dr. Carlos Castillo Salgado

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, USA

Dr. Gilberto Guzmán Valdivia Gómez

Facultad Mexicana de Medicina Universidad La Salle, México

Dr. Joaquín J. López Bárcena

Academia Nacional de Educación Médica, México

Jonas Conseth-García

Office of equity, gender and cultural diversity (EGC)

Organización Panamericana de la Salud, México

Dra. Diana Celia Carpio Ríos

Secretaría de Salud del Estado de Michoacán, México



Portada: Jorge Collado

La REVISTA CONAMED está registrada en los siguientes índices:

Medgraphic • Dialnet • PERIODICA • Biblat • LATINDEX • IMBIOMED • CUIDEN • BVS • EBSCO



Impresa en Papel Libre de Ácido
(Printed on Acid Free Paper)

REVISTA CONAMED, Año 26, No. 4, octubre-diciembre 2021, es una publicación trimestral editada por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, calle Lieja No. 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Tel. 52 (55) 5062-1600, www.salud.gob.mx. Editor responsable: Dr. Onofre Muñoz Hernández, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2014-04010340300-203, ISSN: 2007-932X, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este Número, Dirección General de Difusión e Investigación CONAMED, Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández, Av. Marina Nacional 60, 4º piso, Col. Tacuba, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11410. Tels. 52 (55) 5420-7043, www.conamed.gob.mx, revista@conamed.gob.mx, fecha de última modificación, 1 de diciembre de 2021. Los artículos firmados son responsabilidad del autor. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. REVISTA CONAMED se publica bajo la política de Acceso Abierto (Open Access) y está disponible bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional, por lo que se permite compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra y hacer derivadas, citando la fuente.

Los 25 años de la CONAMED

25 years of CONAMED

Cintia Judith Rojano Fernández,* David Olvera López*



Desde el 6 de junio de 1996, fecha en que se emitió su decreto de creación, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se ha convertido en una excelente opción para que los profesionales de la salud y los usuarios de estos servicios puedan solucionar, de forma amigable, los conflictos suscitados entre ellos.

El camino de estos 25 años no ha sido fácil, desde sus inicios, esta Comisión se ha enfrentado a múltiples desafíos; uno de los primeros fue el desconocimiento de sus facultades y atribuciones, haciéndola aparecer entre el gremio de salud como una institución punitiva, lo que generó desconfianza hacia su actuar; mucho se ha trabajado a lo largo de estos cinco quinquenios para fortalecer su credibilidad al demostrar las bondades de los mecanismos alternativos en la solución de conflictos.

En este tiempo, el impacto de las actividades realizadas por esta Comisión ha evolucionado, actualmente, se realiza un importante trabajo al publicar los resultados de las investigaciones realizadas por personal de la CONAMED, muchas de ellas realizadas en conjunto con instituciones educativas o de salud nacionales y extranjeras; este esfuerzo ha sido recompensado al ser nombrado Centro Colaborador de la OPS/OMS en materia de Calidad y Seguridad del Paciente.

La gestión de esta institución se sustenta gracias al uso de diversas herramientas informáticas, una de ellas es el Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED), en la cual se realiza el registro de los servicios ofertados; de este sistema se extrae la estadística institucional; en este sentido, es importante señalar que, a lo largo de estos años, los principales motivos de queja son: diagnóstico, tratamiento quirúrgico y tratamiento médico.

Una actividad muy importante realizada por esta Comisión ha sido el convencer a los gobiernos estatales de la bondad y relevancia de contar con instituciones que realicen funciones análogas, replicando de esta manera su modelo de atención. Por tal motivo, desde el año 2000 a la fecha, se han creado las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico en los estados de Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán.

Para generar una adecuada coordinación entre estas comisiones, en abril de 2002 se creó el Consejo Mexicano de Arbitraje Médico con el objeto de aplicar el Modelo Mexicano de Arbitraje Médico y elevar la calidad de la atención en todo el país.

Posicionar a la CONAMED durante 25 años como una institución única en su ámbito ha sido una labor llena de compromisos, desde quienes están al interior en el día a día atendiendo a los usuarios, como de grandes profesionales que ven en

* Dirección General de Calidad e Informática. México.

Correspondencia: CJRF, crojano@conamed.gob.mx

Conflictos de intereses: Sin conflicto de intereses.

Citar como: Rojano FCJ, Olvera LD. Los 25 años de la CONAMED. Rev CONAMED. 2021; 26(4): 159-160. <https://dx.doi.org/10.35366/102499>

Financiamiento: No se requirió financiamiento para la elaboración del documento.

la Comisión la noble labor de mejorar la atención, siendo la conmemoración de este aniversario el 3 de junio de 2021 el momento idóneo para conocer de voz de grandes personalidades cómo se vivió el inicio, dónde está actualmente la Comisión y el futuro de esta misma.

La celebración de estos primeros 25 años se hace con la convicción de seguir buscando compartir la experiencia adquirida durante este tiempo, fortaleciendo la difusión de la Revista CONAMED, generando las recomendaciones para mejorar la atención médica para pacientes y profesionales de la salud, la impartición de cursos para prevenir el conflicto, la generación de dictámenes médicos

institucionales, pero sobre todo con la certeza de que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico tiene un gran compromiso ético y con un impacto favorable para la sociedad por la defensa del derecho a una atención de calidad, por seguir siendo una de las instituciones que utiliza mecanismos alternativos en la solución de controversias en los más de 79 mil asuntos concluidos en los 25 años de un gran caminar.

Hoy reconocemos los esfuerzos, la dedicación y el empeño para quienes han dejado huella y por todos los que siguen con su trabajo fortaleciendo la labor de esta gran institución: ¡la CONAMED!

Mensaje de bienvenida

Welcome message

Onofre Muñoz Hernández*



Buenos días a todas y todos, este día 03 de junio de 2021 hemos diseñado un evento por vía remota para estar acorde con los tiempos de pandemia, con el propósito de conmemorar el 25 aniversario de la existencia de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Fue el 03 de junio de 1996 durante la presidencia del Dr. Ernesto Zedillo y el decidido impulso del Dr. Juan Ramón de la Fuente, en esa época secretario de salud, que se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico con el propósito, y copio textualmente en el decreto de creación, *con el objeto de contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios.* Agradezco al Dr. Jorge Alcocer Varela, secretario de salud, su apoyo y participación en nuestro evento, también a los Dres. Héctor Fernández Varela, Carlos Tena Tamayo, Germán Fajardo y José Meljem Moctezuma, comisionados de la CONAMED que me antecedieron, a las autoridades y al personal directivo de la Secretaría de Salud que nos acompañan, también al personal directivo y operativo de la CONAMED, que está con nosotros en esta celebración así como al personal de las 28 comisiones estatales de arbitraje médico, y agradecerles además a los distinguidos conferencistas que hoy nos acompañan con su experiencia y sapiencia.

Forman parte del derecho a la protección de la salud aspectos cuantitativos como la disponibilidad y la accesibilidad de los servicios de salud para todas las personas, y también aspectos cualitativos que tienen que ver con la calidad con la que se ofrecen los servicios tanto en cuestiones de trato como de suficiencia de insumos y capacidades profesionales, entre otros. Cuando las expectativas del paciente no se cumplen, se presenta la queja, que en principio es una falla de las expectativas de la población con respecto a lo que espera recibir de los servicios de salud institucionales, y está muy claro ahora con las presiones que tienen los sistemas de salud en situaciones no previstas como esta pandemia por el virus SARS-CoV-2.

Además de las inconformidades, diferencias e incluso los conflictos que se generan cuando los pacientes no encuentran respuestas satisfactorias a un problema de salud, esto puede incluir la negativa del servicio, la percepción de mala calidad de la atención, o la presunción de mala práctica médica. Es responsabilidad del Estado establecer los mecanismos y las instancias que las atiendan y ofrezcan posibilidades de solución; las comisiones de arbitraje médico son la respuesta del Estado mexicano a esta demanda de la sociedad, su quehacer permite conocer las insatisfacciones de la población con los servicios médicos recibidos.

Aunque el arbitraje médico en México es una figura joven, pues empezó hace 25 años con la creación de la CONAMED y con el apoyo de ésta y la voluntad de los estados de la República, gradualmente se han ido conformando instancias locales,

* Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

Correspondencia:

OMH, omunoz@conamed.gob.mx

Conflictos de intereses:

Sin conflicto de intereses.

Citar como: Muñoz HO.

Mensaje de bienvenida.
Rev CONAMED. 2021;
26(4): 161-162. <https://dx.doi.org/10.35366/102500>

Financiamiento: No hubo financiamiento.

lo que ha permitido que en la actualidad existan 28 comisiones estatales que están representadas en este evento.

Finalmente, el entorno jurídico se ha orientado a considerar los mecanismos alternativos como el camino más viable para la solución de los conflictos y para mejorar la calidad de los servicios; hoy dichos mecanismos han sido reconocidos por la Constitución Política de nuestro país.

La conciliación y el arbitraje médico han podido avanzar, y un ejemplo son los más de 40,000 asuntos que anualmente atienden entre las comisiones estatales y la nacional, pero aún hay desafíos que enfrentar para contribuir a tutelar el derecho a la salud así como a mejorar la calidad de sus servicios. Hemos puesto todo nuestro empeño en las comisiones de arbitraje médico. Bienvenidos, felicidades y muchas gracias.

Los inicios de la CONAMED

The beginnings of CONAMED

Héctor Fernández Varela Mejía*



Quisiera empezar por manifestar mi absoluta certeza y convicción en que la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) fue uno de los grandes aciertos del gobierno del presidente Ernesto Zedillo, que ha permitido contribuir a fortalecer el derecho a la protección de la salud, a la mejoría constante de la calidad de la atención médica, a contener la magnitud de la medicina defensiva y los altos costos de los servicios profesionales por la necesidad de contratar onerosos seguros de práctica médica ante posibles demandas económicas por *malpraxis*.

En la segunda mitad del siglo XX fue cada vez más evidente el aumento en el número de casos de insatisfacción con los servicios médicos, tanto individuales como institucionales, y se apreció durante las campañas políticas para elección presidencial una creciente demanda para que dichas quejas fueran atendidas.

Ese fue el caso que se percibió en el proceso electoral de Miguel de la Madrid, por lo que el Dr. Guillermo Soberón, en su carácter de secretario de salud, propuso la creación de un *Ombudsman* de la salud. Sin embargo, dicha iniciativa fue mal interpretada por el gremio médico que la consideró una figura para sancionar a los profesionales de la medicina, por lo que se decidió cancelar su implementación. No obstante, fue evidente que las quejas de la población continuaron aumentando en los sexenios siguientes y al tomar posesión el presidente Zedillo instruyó a la Secretaría de Salud en diseñar un método para atender las inconformidades de los pacientes. Para ello se constituyó un grupo multidisciplinario que después de meses de análisis propuso crear una Procuraduría de la Salud, que nuevamente fue rechazada tanto por las instituciones de salud como por las organizaciones médicas tanto científicas como gremiales. Oposición que se mantuvo a pesar de la campaña para aclarar su carácter imparcial, que se desplegó en todo el territorio nacional. Fue entonces que el Dr. Juan Ramón de la Fuente, secretario de salud, propuso la creación de un organismo conciliador, capaz de ofrecer un estudio imparcial de cada caso, buscando el acuerdo entre las partes y de no lograrse éste, podría resolverse mediante un juicio arbitral al que se sometieran ambas partes.

Así fue como el secretario convocó nuevamente al grupo de trabajo, al cabo de numerosas reuniones en la que intervenimos médicos, abogados, expertos en derechos humanos, intelectuales y expertos en juicios arbitrales, tanto en materia laboral como comercial, integraron un proyecto que garantizaba la imparcialidad buscada. A esto siguió una etapa muy compleja en la que fue necesario dialogar con todos los organismos y dependencias que podrían objetar una invasión en sus atribuciones y facultades. Se discutió tanto con la Procuraduría General de la República como con la Suprema Corte de Justicia de la Nación, donde tuve oportunidad

* Primer Comisionado Nacional de Arbitraje Médico. Director General de Atención a la Salud, Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia:
HFVM, hfernandezvar@unam.mx

Conflictos de intereses: No hay conflicto de intereses.

Citar como: Fernández VMH. Los inicios de la CONAMED. Rev CONAMED. 2021; 26(4): 163-165. <https://dx.doi.org/10.35366/102501>

Financiamiento: No hay financiamiento.

Recibido: 15/10/2021.

Aceptado: 15/10/2021.

de tratar personalmente con los titulares de ambas instituciones. Se informó también a las Cámaras de Diputados y Senadores para contar con su apoyo, con la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) para vencer su resistencia a la propuesta y con el resto de las instituciones involucradas hasta lograr un documento aceptado por todos y que constituyó la base del decreto presidencial mediante el cual se creó la CONAMED, con sus funciones y atribuciones, su estructura y estatus como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud.

No entró en materia de su contenido, ya que fue ampliamente difundido y publicado en el Diario Oficial de la Federación el lunes 03 de junio de 1996.

Fui propuesto al cargo de comisionado nacional de arbitraje médico por el Dr. Juan Ramón de la Fuente y designado el 05 de junio por el presidente de la República. En esa misma fecha fue integrado el Consejo de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico constituido por figuras relevantes tanto jurídicas como médicas, intelectuales y reconocidos defensores de los derechos humanos. El consejo llevó a cabo su primera sesión ordinaria ese mismo día. Durante dicha sesión tomé posesión del cargo y se aprobaron también los nombramientos de los dos subcomisionados: Lic. Rafael Domínguez Morfín y la Dra. María Farrell Campa.

Asimismo, el consejo aprobó el inicio de actividades para el día siguiente, jueves 06 de junio. No considero exagerar al afirmar que al carecer de antecedentes de un órgano de esta naturaleza, realizamos una verdadera obra de creación en muy diversos temas, tales como los procedimientos para la recepción de las quejas, flujogramas para la ruta a seguir en los diversos asuntos, la distribución de los espacios de trabajo para las direcciones generales, horarios de atención y de actividades, la forma de integrar los expedientes, los métodos de estudio de las quejas, criterios para su aceptación o rechazo al proceso de conciliación, o bien como referirlas a la instancia correspondiente según el carácter de la inconformidad, ya fuera a la CNDH, las oficinas para la atención de quejas de las instituciones de salud así como aquellos casos que correspondían directamente al Poder Judicial o a la autoridad sanitaria (Secretaría de Salud).

Es evidente que todo este conjunto de procedimientos y normas tendría que ser en parte imperfecto, inadecuado, inconveniente o incluso

erróneo en algunos casos, dada la premura y la falta de antecedentes que afrontamos en su elaboración y por tanto, susceptible de modificaciones, perfeccionamiento o eliminación, como sin duda ha sucedido.

Para la estructuración de todas estas decisiones y muchas otras nos apoyamos en las tareas ya realizadas desde meses antes de la creación de la CONAMED, como fue la designación de los primeros colaboradores, la visita a inmuebles, la decisión del inmueble más adecuado y factible para la firma del contrato de arrendamiento por la Secretaría de Hacienda. Se realizaron las divisiones arquitectónicas del edificio, la adquisición de mobiliario, de equipos de cómputo, de insumos, vehículos y muchas otras tareas.

Pensamos que pasarían algunos días antes de que acudieran personas con inconformidades sobre la atención médica, pero sorpresivamente el mismo jueves 06 de junio se presentó un número importante de pacientes o familiares que desde luego atendimos y su número creció a lo largo de los meses; en aquel primer año el número de quejas admitidas fueron 2,071.

Facilitamos la presentación de las quejas al poder hacerse no sólo en forma personal, sino por correo o por vía telefónica.

Desde el inicio fue prioritario atender múltiples problemas de la mayor importancia:

- Realizar una campaña en todos los estados de la República para convencer a las instituciones locales de salud y a las agrupaciones médicas de las bondades y ventajas que ofrecían nuestros procedimientos. Para ello realicé visitas a todas las entidades federativas, previa convocatoria a todos los médicos interesados para asistir a reuniones informativas y propositivas. Algunas de ellas fueron ríspidas y complejas, pero en su mayoría se logró una convicción mayoritaria de los asistentes, convicción que poco a poco creció al conocer los resultados de nuestro trabajo.
- Tuve también que viajar para hablar con los gobernadores de los estados para convencerlos de las ventajas de crear una Comisión Estatal de Arbitraje Médico, logrando la respuesta inmediata de algunos de ellos como los de Tabasco, Estado de México, Veracruz y Quintana Roo, entre otros.

- Otra tarea difícil y urgente fue dialogar con las organizaciones sindicales de las instituciones de atención a la salud con el fin de convencerlos también de nuestro compromiso de imparcialidad para sus representados.
- No menos importante fue dialogar con los líderes de los sindicatos de trabajadores y por tanto, usuarios de los servicios de salud del IMSS y del ISSSTE para convencerlos de que la CONAMED no solaparía ninguna falta profesional de los médicos que afectara a sus agremiados, sino por el contrario, los apoyaría en todos los casos en que se determinara que les asistía la razón. En todo este esfuerzo fue fundamental la campaña de comunicación social sobre las bondades de la institución, la cual se desarrolló a través de los diferentes medios de comunicación masiva y con numerosas entrevistas a los funcionarios de la CONAMED.
- Se realizaron también numerosas reuniones con las autoridades de las instituciones de servicios médicos y de seguridad social para coordinarnos con sus áreas de atención de quejas, ya que sosténían que éstas eran las responsables, pero se les hizo ver que los pacientes muchas veces los veían como juez y parte y que podríamos lograr mejores resultados trabajando coordinadamente.
- Por ello tuve el mayor cuidado y rigor para fomentar y vigilar la imparcialidad en todos los casos que se admitían en la CONAMED, tarea que consideré prioritaria a lo largo de mi desempeño como comisionado.
- Fue muy importante contar con el apoyo del Dr. José Luis Soberanes cuando fue designado presidente de la CNDH, que previamente fue miembro del Consejo de la CONAMED y con quien pude acordar que la CNDH no aceptaría

ninguna queja relacionada con la atención médica que no pasara previamente por la CONAMED.

- Trabajamos de manera permanente para mejorar la calidad de nuestras funciones, por lo que organizamos un gran número de cursos y conferencias de especialistas en los temas de conciliación y arbitraje. A título personal realicé más de un centenar de presentaciones sobre el trabajo de la CONAMED sobre ética médica, derecho sanitario, normas jurídicas, relación médico-paciente, etcétera.

Consideramos prioritario editar la *Revista CONAMED* para difundir tanto opiniones de expertos sobre temas de nuestra competencia así como para informar sobre nuestras tareas y dar cabida también a artículos de investigación y de divulgación. Asimismo, dada la novedad en el mundo de una institución como la nuestra, establecimos un simposio internacional para realizarse cada año con temas torales relacionados con nuestras funciones y atribuciones.

Desde el inicio me pareció importante diseñar un logotipo que nos identificara y para ello convocamos a un concurso del que resultó vencedor el emblema que hasta el momento caracteriza a la institución. Tuve también la oportunidad de viajar a diversos países tanto para informar sobre el método que aplicamos para resolver los conflictos médico-paciente como para conocer sus soluciones en esta materia.

Haber sido el primer comisionado nacional de arbitraje médico ha sido una de las tareas más estimulantes que se me han encomendado para contribuir a la calidad de la atención de la salud y desde luego, una de las mayores distinciones que se me han conferido durante mi vida profesional.



Testimonio: primera queja en la CONAMED

Testimony: first complaint at CONAMED

José Julio Bustos Pérez*

* Subdirector de Programas Extramuros del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Correspondencia: JJBP, jjbustos@prodigy.net.mx

Conflictos de intereses:

Sin conflicto de intereses.

Citar como: Bustos PJJ.

Testimonio: primera queja en la CONAMED. Rev CONAMED. 2021; 26(4): 166-169. <https://dx.doi.org/10.35366/102502>

Financiamiento: No hubo financiamiento.

Recibido: 15/10/2021.
Aceptado: 15/10/2021.

Buenos días a todos, muchas gracias por la invitación. Dr. Onofre Muñoz Hernández y Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández: es muy agradable participar en este evento, ya que nos trae muy gratos recuerdos de cuando empezó esta importante institución.

Su inicio fue muy interesante, como comentaba el Dr. Héctor Fernández Varela, el día 05 de junio me indicó lo siguiente: «Manténgase atento para el día de mañana porque ya se dio a conocer la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y quizás pueden llegar una o dos personas que tengan quejas en su atención médica y preguntar de qué se trata».

Entonces llevamos a la sede de la CONAMED un escritorio, unas hojas en blanco, unos libros médicos y nuestras plumas; le solicité al Dr. Ramiro García Durán, también especialista con experiencia clínica, que me acompañara; apenas estaban habilitándose las oficinas en los pisos, de manera tal que fue en la recepción, subiendo las escaleras de la entrada, donde nos ubicamos. Para nuestra sorpresa llegó un grupo importante de personas que deseaban ser atendidos, y ahí compartiendo el escritorio se empezó la atención a los usuarios.

Me tocó la primera queja, que curiosamente no fue médica, sino de odontología, fue el expediente 001, de la señora María Alicia (omitimos apellidos por confidencialidad), quién refirió en resumen que había tenido un problema en una clínica de IMSS por la extracción de un tercer molar, que el procedimiento fue muy complicado, tardando tres horas y con muchos «piquetes» de anestesia; posteriormente aún días después, no podía abrir la boca y tenía falta de sensibilidad en ese lado del rostro. En este caso, ella ya había presentado la queja en la Comisión de Derechos Humanos y la Coordinación de Atención y Orientación de Quejas del Seguro Social y no había obtenido resultados.

En la CONAMED, para mejor análisis del caso clínico, se pidió a la Asociación Dental del Distrito Federal que un cirujano maxilofacial y un odontólogo acreditados revisaran a la paciente y verificaran la situación y conjuntamente con el análisis del expediente clínico en la CONAMED. Se estableció que tenía una lesión del trigémino en su área mandibular, consecuencia del procedimiento con deficiencia en la atención otorgada, por lo que se solicitó al IMSS una indemnización que se otorgó a la paciente, que correspondía a los gastos que había realizado con odontólogos privados y del pago de un programa de rehabilitación mandibular. Con mejoría de la paciente, este proceso tardó aproximadamente tres meses y así fue resuelta la primera queja en la CONAMED.

Ese primer día de operaciones llegaron en total 37 pacientes, al escuchar a 17 de ellos y revisar los documentos que llevaban, se les explicó y demostró (con apoyo de

los libros que llevamos) que no había realmente un error médico o una acción incorrecta, quedando satisfechos con nuestra atención, considerándose como asesorías. Los otros 20 casos fueron ingresados como queja para obtener más información de los pacientes, de los médicos y del expediente clínico para un análisis imparcial y búsqueda de resoluciones justas.

Por dar un ejemplo de la pauta en los casos de resolución inmediata, les comentaré un caso que llegó en los siguientes días, en el cual un señor llegó muy inquieto, ya que al visitar a su hermano operado de urgencia se dio cuenta de que tenía la herida abierta y se quejaba de que «los doctores ni siquiera se tomaron el tiempo de cerrarlo»; como cirujano especialista, le comenté que de acuerdo con los datos que llevaba, su hermano había sufrido una peritonitis grave y en esas situaciones se deja la herida con la piel abierta para evitar abscesos y el riesgo de una infección por anaerobios; al explicarle mostrándole gráficas e imágenes quedó satisfecho y con su inquietud resuelta. Ésta fue la tónica que ocurrió posteriormente porque esos casos eran resueltos sólo con asesoría e información, correspondiendo a 48% de las solicitudes. Esas inquietudes empezaron a reflejar la principal causa de queja, que era la falta de comunicación de los médicos tratantes con los pacientes y sus familiares, ya que no explican o utilizan términos que la gente no entiende y por lo tanto, queda la información confusa; el otro 52% de los casos se ingresaban como queja.

El primer día fueron 17 asesorías y 20 quejas, de ellas fueron nueve del IMSS, seis del ISSSTE y cinco privadas. Las quejas se atendían en el área de conciliación (que se estableció en los siguientes días), donde se analizaban con todo detenimiento las quejas por especialistas, se obtenía mayor información de médicos y pacientes y se buscaba la solución correcta.

Como comentó el Dr. Fernández Varela, se atendían las quejas de forma imparcial y por los especialistas correspondientes, por lo que se estableció todo un sistema contratando a médicos jubilados del IMSS que tenían experiencia en esa institución para atender los casos del IMSS, igualmente respecto al ISSSTE y otros con experiencia privada, que además estaban apoyados en los casos más complicados por asesores externos

designados por la Academia Nacional de Medicina y la Academia Mexicana de Cirugía, que nos dieron una lista de asesores de cada especialidad.

Es así que aunque en la CONAMED teníamos en nuestro personal en el área de conciliación a tres cirujanos, un ginecoobstetra, un traumatólogo y un otorrinolaringólogo, también se contaba con el apoyo de los asesores externos.

En la Dirección General de Conciliación se analizaban las quejas a profundidad, escuchando al paciente y a sus familiares, se revisaban los documentos que tenían, se citaba al médico involucrado y se le pedía un informe médico, se solicitaba y estudiaba el expediente del paciente, se citaba a ambos, se establecía el diálogo entre ambos y se buscaba solucionar los casos imparcialmente, con satisfacción y resultados justos para pacientes y prestadores de servicio, cerrando con un acta de conciliación con los compromisos entre las partes. A los 20 días de abrir nuestras puertas se hizo la primera conciliación en un caso privado de pediatría.

Fue muy interesante el inicio de operaciones de la CONAMED, para tener buenos resultados el Dr. Fernández Varela estableció de inmediato un programa de trabajo con indicadores precisos de calidad, con logros como el de que un paciente que llegaba a las puertas de la CONAMED era atendido en un máximo de 15 minutos en el servicio de orientación y quejas, y las solicitudes que llegaban a la comisión, las asesorías quedaban resueltas de inmediato, y las quejas que pasaban a conciliación, desde que llegaba el usuario a las puertas de nuestra institución a quedar resueltas, si eran privadas se solucionaban en promedio en 20 días hábiles y las institucionales se solucionaban en 50 días hábiles.

Esos resultados se mantuvieron durante los primeros cuatro años en la administración en la que estuvimos con el Dr. Fernández Varela, con el trabajo intenso y comprometido de un personal en el que había médicos especialistas con experiencia clínica, junto con un grupo de apoyo de gente joven con mucho ímpetu, con un esquema de educación continua, ya que cada semana acudía un experto de alguna especialidad a dar conferencias a todo el personal para que se entendiera el acto médico, además de una reingeniería de procesos diaria, donde se evaluaba lo que ocurrió en el día y se analizaba cómo mejorar, con esa nueva propuesta

acudíamos con el Dr. Fernández Varela, quien nos indicaba hacia dónde teníamos que ir para obtener mejores resultados y responder a los usuarios y a los prestadores de servicios médicos, con respeto, honestidad, imparcialidad y justicia.

El primer año se atendieron 4,025 casos y para el cuarto año se llegó a 12,000 casos, con 94% resueltos (48% por asesoría) y los que pasaron a conciliación, teníamos 91% solucionados, 65% mediante conciliación y 25% por otras modalidades. En 60% del total no se resolvían con dinero por indemnizaciones o reembolsos, a veces se lograba la reconciliación entre médicos y pacientes al establecer un diálogo entre ambos, con respeto y sin engaños, evitando el sistema estadounidense de demandas médicas por dinero, muchas veces el acuerdo se cerraba con una explicación, o al recobrar el paciente la confianza con una nueva atención médica. Eso para nosotros era satisfactorio, cuando volvían el médico y el paciente a tener esa relación, a platicar. Como ejemplo, un médico responsable decía: «discúlpeme, yo creo que hay algo que hice mal, permítame volver a atenderlo», y si estaba el paciente de acuerdo, con eso se solucionaba porque las personas recobraban la confianza en sus doctores, sólo 27% se resolvía por reembolso, simplemente si alguien había cobrado la consulta en \$500 pesos, los regresaba porque no había sido una atención adecuada y sólo 9% fueron por indemnización.

La capacidad de conciliación fue alta, ya que sólo 6% pasaba al procedimiento de arbitraje médico. En el esquema de calidad de la CONAMED teníamos encuestas de salida con un nivel de satisfacción de 97% de los pacientes y 95% de los prestadores; de hecho el área de conciliación fue tercer lugar nacional en 1998 en el Concurso de Calidad de la SECODAM. Con esos resultados, lo que de inicio era muy difícil, obtener la confianza del gremio médico, se logró totalmente.

Otra importante actividad fue que al realizar estudios y detectar las causas de queja y de problemas médico-paciente, el Dr. Fernández Varela se dio a la tarea (en la que tuve oportunidad de acompañarlo) de ir a las academias, sociedades y grupos médicos en todo el país para prevenir que los errores encontrados siguieran ocurriendo, evitando que los casos médicos pasaran a juicios penales o civiles, sino que se atendieran en la CONAMED

con concertación con las áreas jurisdiccionales, por lo que al mes de iniciar operaciones, nos tocó el primer dictamen pericial, se dio la opinión de la CONAMED y fue la que aceptó el ministerio público.

Creo también relevante comentarles que la primera actividad por oficio que atendió inmediatamente la CONAMED fue cuando hubo 11 defunciones de niños recién nacidos por infección en el antiguo Hospital Civil de Guadalajara. El Dr. Fernández Varela estableció un grupo de trabajo de expertos en infectología, pediatría, salud pública y personal de CONAMED que viajó a Jalisco, ahí al estudiar la situación con los médicos locales se encontró como causa infección intrahospitalaria por *Enterobacter cloacae*, y se determinó que efectivamente hubo fallas en el proceso de atención por contaminación, que fue parte de la causa de la muerte de esos niños. Por lo tanto, la CONAMED en agosto de 1996 elaboró la primera opinión técnica o recomendación dirigida al gobernador del estado de Jalisco, ya que era un hospital público, para que se cumplieran las normas para reducir los riesgos de infección intrahospitalaria y los cuidados de los comités de mortalidad y de infecciones. Posteriormente se volvió a visitar el lugar y se encontró que cumplieron con la recomendación, inclusive construyeron una nueva área de neonatología con filtros sanitarios, personal capacitado y el equipo necesario.

También se atendieron otros casos importantes de impacto nacional, como el de cinco muertes por un error en los tanques de gases en el Hospital General de Puerto Vallarta (se suministró dióxido de carbono [CO₂] en lugar de oxígeno [O₂]) en el año 2000, en ese caso también se elaboró una recomendación que permitió cambiar las normas de manejo de gases para que nunca volviera a ocurrir ese error, en el que la empresa de suministro de gases llevó un tanque de CO₂ en vez de oxígeno.

Como comentó el Dr. Fernández Varela, otra actividad relevante fue el reconocimiento internacional, ya que funcionarios de salud de Colombia solicitaron un seminario de resolución de controversias médico-paciente, que impartieron directivos de la CONAMED encabezados por el comisionado en enero de 1997. Posteriormente también se dio en Perú, que en el año 2000 estableció su Centro de Conciliación y Arbitraje siguiendo los lineamientos establecidos en México.

Por otra parte, en el proceso de buscar la mejoría de los servicios médicos en México, al Dr. Héctor Fernández Varela y a un servidor nos tocó ser fundadores de la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, y fue en la CONAMED donde se elaboraron los primeros criterios y estándares para la certificación. Y también se participó en Argentina representando a México junto con el Dr. Enrique Ruelas

en el Congreso Internacional de Calidad de los Servicios Médicos.

Se trabajó intensamente con un gran líder, reconocido por muchas personas en el ámbito médico, junto a un grupo de trabajo de amigos que buscaban cumplir la misión de la CONAMED de contribuir a mejorar la calidad de los servicios en nuestro país.

Les agradezco mucho su atención.



23 años de conciliación y arbitraje médico de Tabasco, septiembre 2021

23 years of conciliation and medical arbitration of Tabasco, September 2021

Manuel Fernández Torrano*

* Médico Pediatra.
Comisionado Estatal de la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Tabasco. Coordinador General de la Comisión de Bioética del estado de Tabasco.

Correspondencia: MFT,
cecemet@tabasco.gob.mx

Conflictos de intereses:
El autor declara no tener
conflicto de intereses.

Citar como: Fernández
TM. 23 años de
conciliación y arbitraje
médico de Tabasco,
septiembre 2021. Rev
CONAMED. 2021; 26(4):
170-172. <https://dx.doi.org/10.35366/102503>

Financiamiento: Sin
financiamiento.

Recibido: 29/10/2021.

Aceptado: 29/10/2021.

Entre las décadas de los 80 y 90 en Tabasco, La relación médico-paciente se fue tensando de manera peligrosa y creciente, dado que la única vía de solucionar las controversias entre médico-paciente era la judicialización, aunque más de una vez, se tomó justicia por mano propia. Los médicos consideraban que el hecho que no fueran pares quienes analizaran su comportamiento en el ámbito específico de la ciencia médica, los dejaba en cierta forma en indefensión, por lo que se buscaron diversas opciones de mediación.

El 25 de febrero de 1997 se crea la Comisión Estatal de Arbitraje Médico (CEAM), con el acuerdo de creación 11027, siete meses después de la instauración de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED);¹ posteriormente, el 20 de marzo de 2002, con el decreto 064, se emite la ley de creación de la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico (CECAMET), como un organismo público descentralizado que, por su disposición a través de Conciliación y Arbitraje,² se conoció como el Modelo Tabasco de Arbitraje Médico.³ El 22 de julio del 2009 se publica el reglamento de atención de quejas, conciliación y arbitraje médico de la (CECAMET), que integra las audiencias informativas, diligencias a las cuales asisten únicamente los médicos que son requeridos por la sociedad, y se les informa los pormenores de la inconformidad planteada y los posibles alcances jurídicos.⁴

En el periodo 2020-2021, época de la pandemia por SARS-CoV-2, se constituyó un programa de capacitación, enseñanza, promoción y difusión, como el expediente clínico con 1,953 asistentes, el acto médico con 932 asistentes y la seguridad del paciente con 511. En nuestras redes sociales tenemos un total aproximado de 7,300 seguidores.⁵

DATOS ESTADÍSTICOS

1. Asesorías y orientaciones (*Figuras 1 a 3*):⁶

- a. Asesorías: éstas observan un incremento en 1998, y 2007, con un posterior descenso 2008-2009, ascendiendo a un 18% en el 2020.

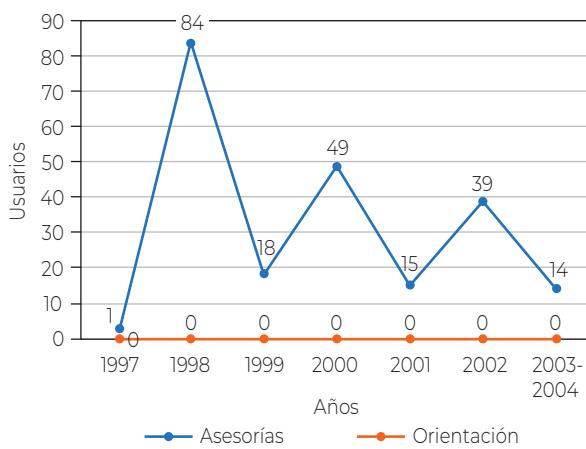


Figura 1: Estadística de la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico (CECAMET) 1997-2004.

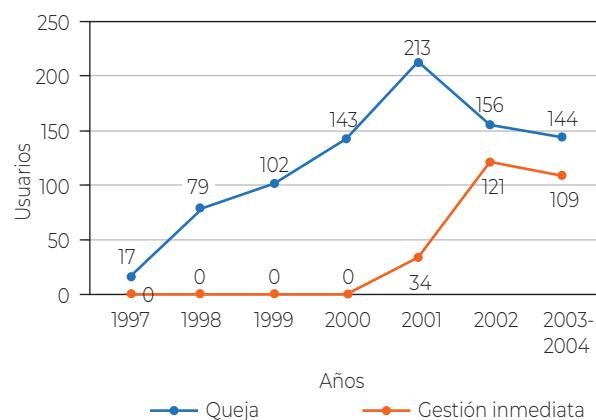


Figura 4: Estadística de la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico (CECAMET) 1997-2004.

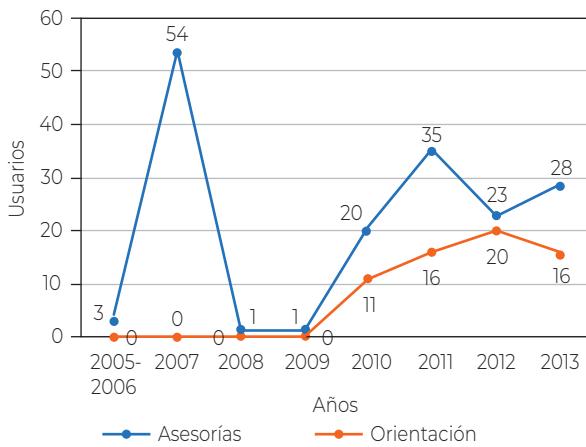


Figura 2: Estadística de la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico (CECAMET) 2005-2013.

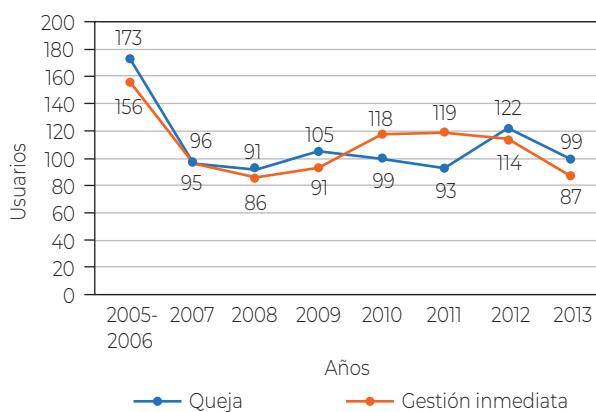


Figura 5: Estadística de la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico (CECAMET) 2005-2013.

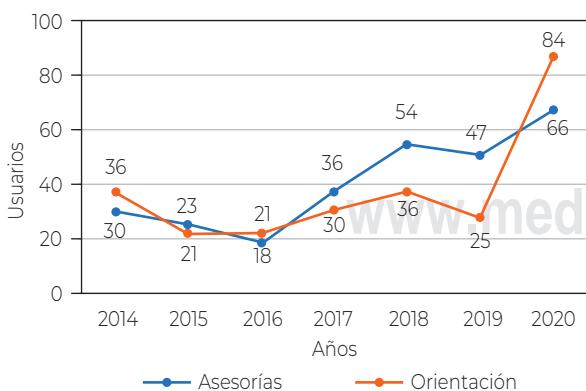


Figura 3: Estadística de la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico (CECAMET) 2014-2020.

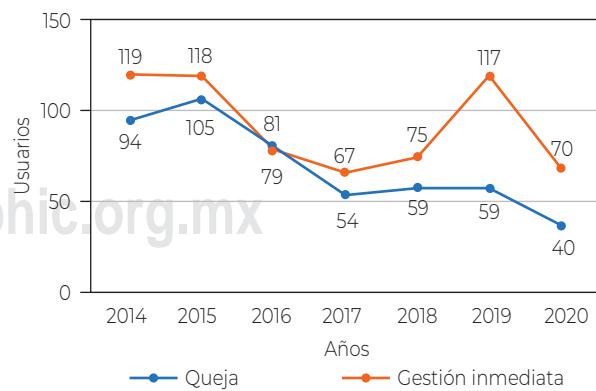


Figura 6: Estadística de la Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico (CECAMET) 2014-2020.

- b. Orientaciones: esta acción inicia a partir del 2010, presentando un incremento del 73%, en el 2020.
2. Gestiones y quejas (*Figuras 4 a 6*):⁶
- a. Quejas: observan incremento en 1997, hasta el 2001 (196%), con descenso a un 114% en el 2020.
 - b. Gestiones inmediatas: éstas iniciaron el 2001, observándose un repunte en el 2002 (87%), descendiendo a un 51% en el 2020.

REFERENCIAS

1. Fajardo-Dolci G, Hernández-Torres F (coeditores). El arbitraje médico en México a través de sus comisiones, 15 años de experiencia. México: CONAMED; 2011.
2. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). 20 años de arbitraje médico. Ciudad de México, México: Secretaría de Salud; 2016.
3. CECAMET. Segundo Informe de labores. 2003. p. 5.
4. CECAMET. Primer Informe de Labores. 2000. pp. 18-20.
5. CECAMET. Informe Anual de Conciliación y Arbitraje Médico del estado de Tabasco. 2020. pp. 14-20.
6. Sistema Nacional de Registro de la Queja Médica (SAQMED). 2021.

25 años de la CONAMED en números

25 years of CONAMED in numbers

Onofre Muñoz Hernández*



* Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

Correspondencia:

OMH, omunoz@conamed.gob.mx

Conflictos de intereses:

Sin conflicto de intereses.

Citar como: Muñoz HO. 25 años de la CONAMED en números. Rev CONAMED. 2021; 26(4): 173-178. <https://dx.doi.org/10.35366/102504>

Financiamiento: No hubo financiamiento.

Recibido: 15/10/2021.

Aceptado: 15/10/2021.

Quiero hacer énfasis en lo mencionado en la introducción en relación con la misión y destacar que la función más clara de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) es la avenencia entre los usuarios y los prestadores de servicios médicos, pero también la colaboración con las autoridades de procuración de justicia en la elaboración de dictámenes médicos, la generación de investigación sobre el quehacer institucional, y la emisión de recomendaciones y acciones educativas para contribuir a mejorar la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente.

Los objetivos derivan de la misión: el primero se refiere a impulsar la solución de quejas derivadas del uso de los servicios de salud a través de las acciones de orientación, gestión, conciliación y arbitraje; el segundo se relaciona con analizar las causas y consecuencias de los incidentes en salud, haciendo revisiones periódicas de la experiencia que tenemos y tercero, fortalecer la gestión institucional a través de la mejora continua.

Analizamos los 25 años de experiencia en forma de quinquenios y utilizamos la mediana para un mejor manejo de la dispersión de los datos; son medianas por cada cinco años de trabajo. En cuanto a los asuntos concluidos, nos hemos mantenido al nivel de 15,000 por año (*Figura 1*); las orientaciones también se han mantenido alrededor de 10,000 (*Figura 2*). En cuanto a asesorías especializadas, éstas varían de 3,000 a 4,000 en los últimos 10 años (*Figura 3*); lo que sí ha aumentado de manera clara son las gestiones inmediatas (*Figura 4*), ya que la población ha identificado que es un mecanismo que les permite resolver rápidamente alguna inconformidad con la relación médico-paciente inicial o con la institución de salud como problemas de citas en consultas, el diferimiento de servicios o requerimientos adicionales y la respuesta de las instituciones de salud ha sido muy favorable en relación a la solicitud de un paciente cuando su expectativa es recibir una atención oportuna.

En relación a los principales motivos de queja, siempre han estado el tratamiento médico, el tratamiento quirúrgico y el diagnóstico, pero en los últimos 10 años se han agregado problemas de la relación médico-paciente, que es un componente importante de la calidad de la atención y que el usuario identifica como deficiente o problemática (*Figura 5*).

En cuanto a los servicios de especialidad involucrados en las quejas, también se repiten en el tiempo la cirugía general, traumatología y ortopedia, ginecología y obstetricia y los servicios de urgencias; a través del tiempo las quejas sobre odontología y sus especialidades han ocupado ya un lugar importante en los últimos 10 años y actualmente son el primer motivo de causa de inconformidad a nivel nacional (*Figura 6*).

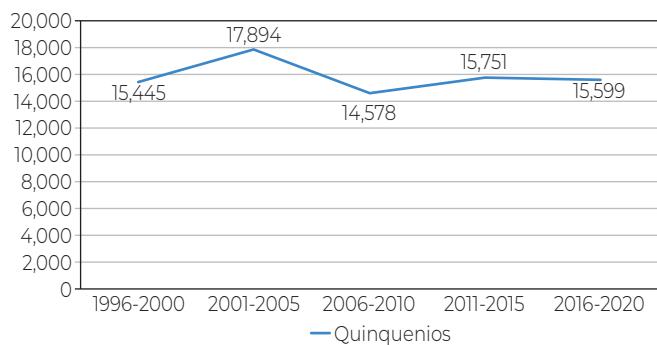


Figura 1: Total de asuntos concluidos 1996-2020 (mediana quinquenal).

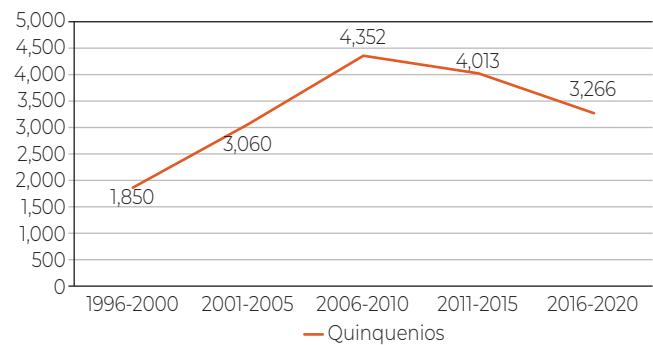


Figura 3: Total de asesorías especializadas 1996-2020 (mediana quinquenal).

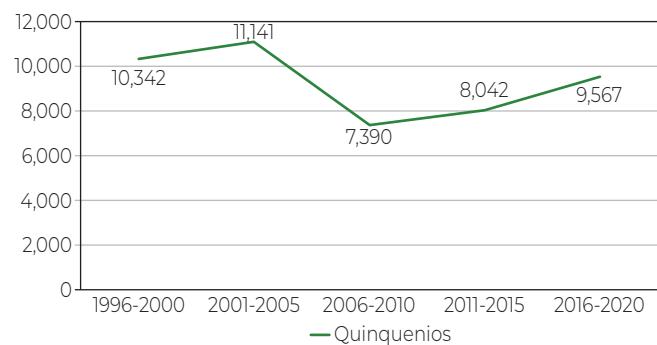


Figura 2: Total de orientaciones 1996-2020 (mediana quinquenal).

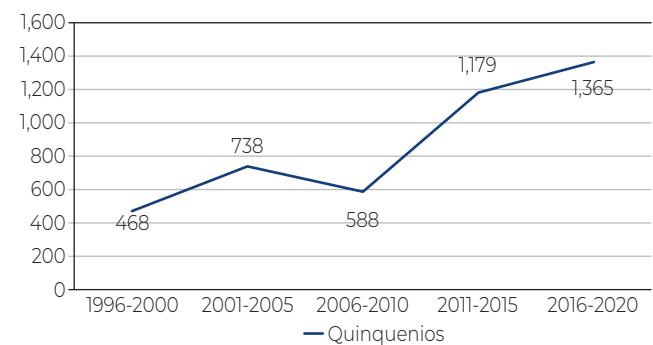


Figura 4: Total de gestiones inmediatas 1996-2020 (mediana quinquenal).

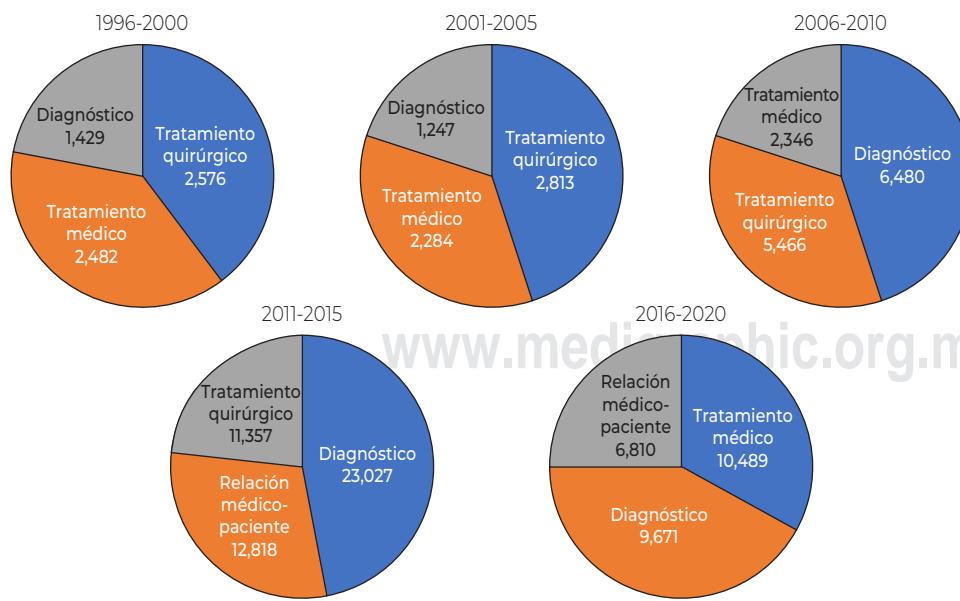
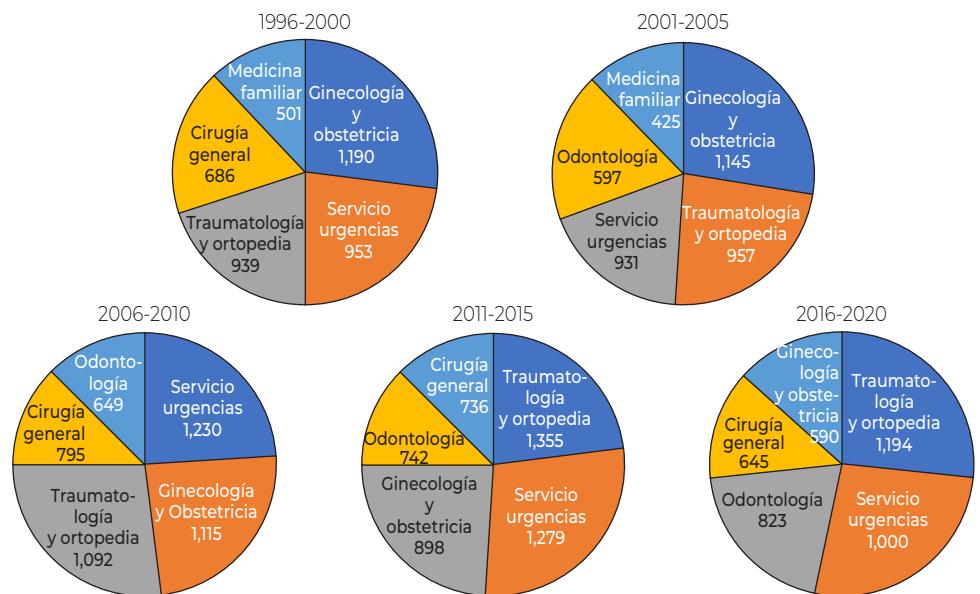
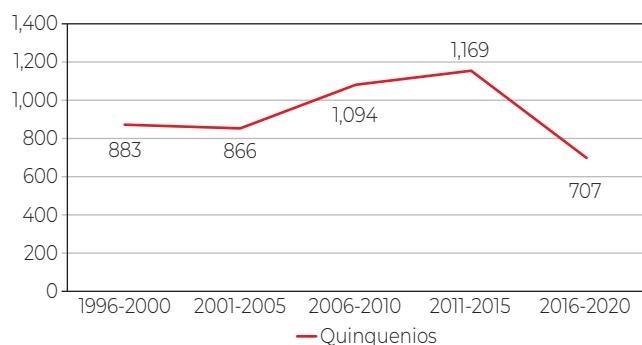
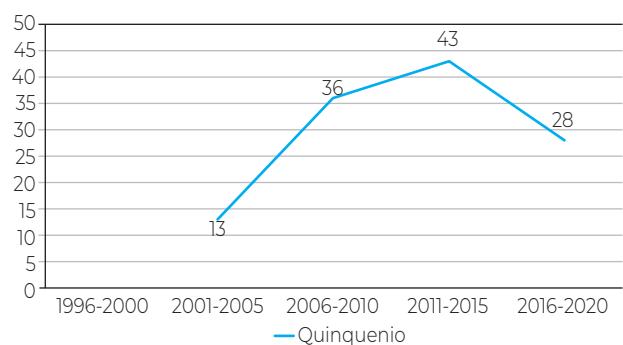


Figura 5:

Tres principales motivos mencionados por los usuarios en las quejas concluidas según quinquenio 2016-2020.

**Figura 6:**

Cinco principales servicios médicos involucrados en las quejas concluidas según quinquenio 1996-2020.

**Figura 7:** Total de quejas concluidas por conciliación 1996-2020 (mediana quinquenal).**Figura 9:** Total de laudos condenatorios 1996-2020 (mediana quinquenal).**Figura 8:** Total de laudos emitidos 1996-2020 (mediana quinquenal).**Figura 10:** Total de dictámenes médicos institucionales concluidos 1996-2020 (mediana quinquenal).

En relación a las quejas que se resuelven por conciliación, que son aproximadamente 40%, se han mantenido en el orden de 1,000 anuales con variaciones (*Figura 7*); sólo 5% de los casos de quejas llegan al arbitraje y se resuelven por laudos entre 50-70 por año (*Figura 8*). Los médicos están muy atentos a la proporción de laudos condenatorios, la cual es de cerca de 50%; tuvieron un ascenso muy importante en

Tabla 1: Cronología de la creación de las comisiones estatales de arbitraje médico y su naturaleza jurídica.

Estado (año de fundación)	Naturaleza jurídica
Tabasco (1997)	Descentralizado
Estado de México (1998)	Descentralizado
Guanajuato (1998)	Descentralizado
Colima (1998)	Desconcentrado
San Luis Potosí (1998)	Desconcentrado
Veracruz (1999)	Desconcentrado
Querétaro (1999)	Desconcentrado
Aguascalientes (1999)	Descentralizado
Guerrero (1999)	Desconcentrado
Puebla (1999)	Desconcentrado
Michoacán (2000)	Descentralizado
Campeche (2000)	Desconcentrado
Morelos (2000)	Descentralizado
Tamaulipas (2000)	Desconcentrado
Sinaloa (2000)	Desconcentrado
Nayarit (2000)	Descentralizado
Jalisco (2001)	Descentralizado
Chiapas (2001)	Descentralizado
Baja California (2001)	Descentralizado
Tlaxcala (2002)	Descentralizado
Nuevo León (2002)	Desconcentrado
Yucatán (2003)	Desconcentrado
Coahuila (2004)	Autónoma
Oaxaca (2004)	Autónoma
Sonora (2007)	Desconcentrado
Hidalgo (2011)	Desconcentrado
Chihuahua (2018)	Desconcentrado
Baja California Sur (2018)	Descentralizado

los primeros 15 años y después han empezado a descender (*Figura 9*). Lo que sí es claro, es el descenso de las solicitudes de dictámenes médicos institucionales por las instituciones de impartición de justicia, donde participamos como terceros (*Figura 10*).

En el año 2002 se crea por decisión de todas las comisiones estatales y la CONAMED el Consejo Mexicano de Arbitraje Médico (CMAM); tenemos un convenio de coordinación firmado por todos, y con el secretario de salud como testigo de honor. Ya somos 28 comisiones (*Tabla 1*), como ven la primera en Tabasco en 1997 y la última en Baja California Sur en 2018, todavía faltan tres: Durango, Zacatecas y Quintana Roo, que ya cuentan con su instrumento jurídico de creación, pero aún no cuentan con las instalaciones para lograr la estructura y poder iniciar sus actividades.

En 2016 decidimos en el CMAM elaborar y diseñar una plataforma de registro para poder analizar los resultados de todos los estados y tener una información nacional global que es muy necesaria porque individualmente no tenemos suficiente material para hacer ciertos análisis poblacionales. La *Tabla 2* muestra que anualmente atendemos 40,000 asuntos, excepto en 2020 que fue un año atípico por la pandemia y es claro que todas las comisiones tuvimos un decrecimiento en nuestras actividades.

Como decía, necesitamos contar con un volumen grande de información para poder empezar a utilizar denominadores poblacionales, y tener mejor información sobre qué está ocurriendo en el país. Voy a presentar sólo dos ejemplos: el denominador es 10,000 egresos hospitalarios (quejas por egreso hospitalario) y se puede ver, sin tomar en cuenta el año 2020 que es un año atípico, en color verde la tasa para el sector público que varía entre tres a cuatro por cada 10,000 egresos versus la del sector privado; y en color rojo, que varía entre siete y ocho quejas por cada 10,000 egresos hospitalarios y que se ha mantenido en los últimos años (*Figura 11*).

En esta *Figura 12* podemos ver los laudos emitidos en los sectores público y privado. Tenemos una variación interesante: los primeros dos años 60%, en color verde, eran absolutorios y 40% condenatorios, en 2018 se equiparan 50% absolutorios y 50% condenatorios, y en 2019-2020 se invirtió 60%, que

Tabla 2: Principales asuntos concluidos por las comisiones estatales de Arbitraje Médico, análisis comparativo 2016-2020.

Tipo de asunto	Asuntos concluidos					% variación
	2016	2017	2018	2019	2020	
Orientaciones	22,066	22,975	18,850	22,961	13,214	-42.5
Asesorías especializadas	8,921	8,769	8,874	10,381	8,379	-19.3
Gestiones inmediatas	5,066	5,767	4,425	5,194	3,932	-24.3
Quejas	3,757	3,801	3,060	2,812	1,687	-40.0
Dictámenes	611	699	588	468	369	-21.2
Opinión técnico-médica	127	162	169	125	98	-21.6
Total	40,548	42,173	35,966	41,941	27,679	-34.0

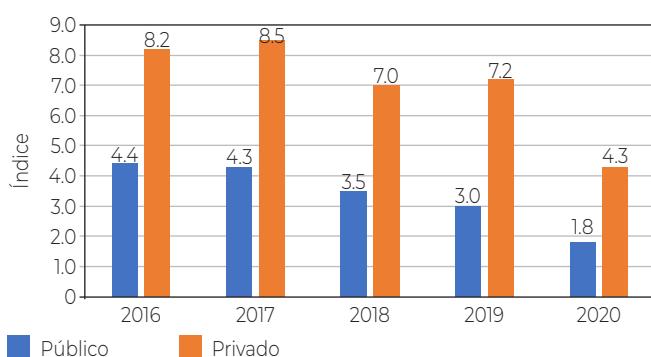


Figura 11: Índice de quejas por cada 10 mil egresos según sector involucrado (público, privado), análisis comparativo 2016-2020.

Fuente: plataforma de registro de quejas médicas y dictámenes.

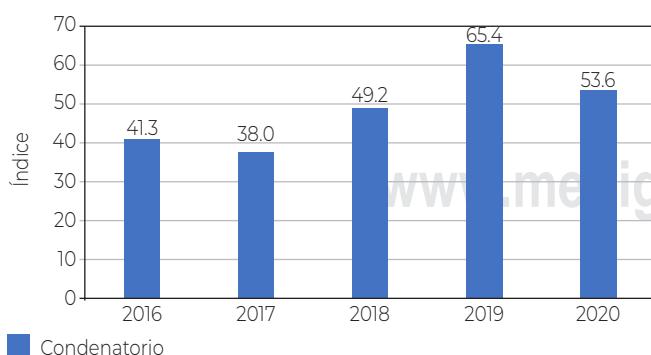


Figura 12: Laudos concluidos según sentido de resolución, análisis comparativo 2016-2020.

son condenatorios y 40% absolutorios. El tiempo confirmará la tendencia.

Cumple 25 años nuestro órgano oficial de difusión que es la *Revista CONAMED* que también nace en 1996; las autoridades que decidieron la creación de la CONAMED, y retomo otra vez el agradecimiento en especial al Dr. Juan Ramón de la Fuente y al Dr. Héctor Fernández Varela quien fue el operador, como ya escuchamos, para que se hiciera realidad lo que estaba plasmado en el papel. El primer número salió en 1996 y en 2021 tenemos ya el número 1 del año 2021 (*Figura 13*). Ha habido continuidad en nuestro órgano de difusión, es una publicación trimestral que está registrada en los índices fundamentalmente latinoamericanos, se publican cuatro números por año y un suplemento, que a partir de 2018 existe sólo en formato electrónico.

El consejo editorial está constituido por una mezcla de organizaciones internacionales o extranjeras con organizaciones nacionales. Es una revista muy visitada, tenemos un promedio de consultas diarias de cerca de 2,000, quizás lo más importante son los artículos de descarga completa, con 1,131 descargas diarias. Es una revista muy consultada por los temas que trata sobre la calidad de la atención y la seguridad del paciente y de educación médica continua en salud, poco citada, tiene citas muy bajas para los estándares internacionales, pero creo que el lugar que



Vol. 1, Núm. 1, 1996



Vol. 26, Núm. 1, 2021

Figura 13:

Revista Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

tenemos está en el sentido de las consultas que se hacen a nuestra revista sobre los temas que tratamos o que divulgamos y porque es nuestro órgano oficial de difusión hacia la comunidad de salud nacional e internacional.

Traté de forma breve de dar una imagen de los primeros 25 años de trabajo de la CONAMED. Existe una inquietud en lo que significa ser más productivo en un organismo como la CONAMED: tener más números, incrementar al infinito las quejas o mantenerse en un nivel que permita su solución y que no crezcan; de hecho las tres primeras acciones que realizamos como asesoría especializada, gestión inmediata y consultoría son preventivas, tratando de evitar que el problema lleve a generar una queja y seremos más exitosos en el tiempo con

un equilibrio que parece empezar a verse, donde las gestiones y las asesorías especializadas disminuyan el número de quejas y las instituciones de salud resuelvan mejor los problemas. El tiempo nos irá diciendo si al mejorar la calidad de la atención, las quejas disminuyen por 1,000 egresos o por 1,000 consultas o por 1,000 procedimientos quirúrgicos o si la seguridad del paciente se incrementa o si la certificación, que no es competencia nuestra, toma en cuenta las conciliaciones y los términos de laudos condenatorios o absolutorios para la calificación del hospital. Tenemos que ir conjuntando indicadores con otros organismos para medir el impacto en lo que queremos de la calidad de la prestación de servicios médicos en nuestras instituciones de salud.

www.medigraphic.org.mx

Visión a futuro de los mecanismos alternativos de solución de controversias

Future vision for alternative dispute resolution mechanisms

José de Jesús Orozco Henríquez*



Constituye un alto y grato honor participar en este evento académico para celebrar el vigésimo quinto aniversario de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), al lado de tan connotados y respetados expertos comprometidos con la protección del derecho humano a la protección de la salud.

En sus primeros 25 años, la CONAMED ha acreditado un avance sustancial en credibilidad y confianza entre la sociedad en general y el gremio médico en particular, así como en la consolidación institucional para garantizar de manera efectiva a sus usuarios el derecho humano a la protección de la salud y contribuir tanto a la dignificación de la profesión médica como a la mejora de la calidad de los servicios de salud.

Importante ha sido también su contribución para la instalación de instituciones similares en 28 entidades federativas, en las cuales se han homologado procedimientos y mecanismos alternativos de solución de controversias en materia de salud a favor de la ciudadanía, lo cual ha permitido configurar un modelo de mediación, conciliación y arbitraje médico en nuestro país. Como afirma Archibald Cox, para garantizar de manera efectiva los derechos humanos, es menester «multiplicar los lugares a los cuales un ciudadano puede recurrir en busca de desagravio a las ofensas que le fueron inferidas».

Al constituirse en una institución de vanguardia única en su tipo, tanto en el ámbito nacional como en el internacional, la CONAMED se ha caracterizado por la aplicación de mecanismos alternativos para la solución de controversias surgidas en los servicios de atención médica, tanto públicos como privados, a partir de los conocimientos generados por su actividad sustantiva; así como a través de proyectos de investigación específicos, ha contribuido a la prevención de conflictos derivados del acto médico, la mejora de la seguridad de los pacientes, sus familiares y en general a la construcción de una política pública de acceso efectivo a servicios de salud de calidad.

Vaya pues nuestra entusiasta felicitación a todos y cada uno de los destacados médicos y defensores de derechos humanos que la han dirigido, reconociéndoles a través de los comisionados nacionales Dr. José Meljem Moctezuma y Dr. Onofre Muñoz Hernández, quienes dignamente presidieron el Consejo de la CONAMED cuando tuve el privilegio de formar parte de él, al igual que al calificado personal que labora en la Comisión, por su profesionalismo, diligencia y compromiso. También eminentes fueron el resto de mis colegas en ese Consejo, en donde confluyeron notables académicas, académicos y profesionales de la medicina y el derecho, incluyendo expertos de la calidad del doctor David Kershenobich (por citar solo uno), de quienes mucho aprendí e hicieron importantes contribuciones a los trabajos de la CONAMED.

* Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Correspondencia: JJOH, jorozcoh@unam.mx

Conflictos de intereses: Sin conflicto de intereses.

Citar como: Orozco HJJ. Visión a futuro de los mecanismos alternativos de solución de controversias. Rev CONAMED. 2021; 26(4): 179-181. <https://dx.doi.org/10.35366/102505>

Financiamiento: No hubo financiamiento.

Recibido: 26/10/2021.
Aceptado: 26/10/2021.

Uno de los factores que determinaron su creación en 1996 fue la creciente judicialización de los conflictos derivados del acto médico y la consecuente carga excesiva en las agencias del Ministerio Público y los tribunales por asuntos relacionados con la responsabilidad profesional de las y los médicos. Esta tendencia, que se originó en otros países, pero se había extendido a México, generó una enorme inquietud entre los profesionales de la salud, al sentirse amenazados por la expansión de la llamada «industria del litigio médico», lo cual dio lugar a una práctica médica «defensiva», con efectos negativos en la calidad técnica de la atención, el incremento significativo de sus costos y la falta de apego a la *lex artis* médica. Lo anterior propició un deterioro en las relaciones del personal de salud con las y los pacientes, así como con sus familiares a partir de una desconfianza creciente entre ambas partes.

De ahí que las autoridades sanitarias hayan impulsado la utilización de mecanismos alternativos para la atención de controversias derivadas del acto médico, mediante la creación de la CONAMED, como organismo especializado en la materia, con autonomía técnica y de gestión, así como garantías de imparcialidad y confidencialidad de los asuntos bajo su conocimiento, además de ventajas sobre los órganos y procedimientos jurisdiccionales ordinarios gracias a la evaluación realizada por expertos en materia médica y jurídica; su carácter gratuito, no confrontativo, flexible, respetuoso, personalizado, transparente, menos formalista y de buena fe, la mayor celeridad y eficacia en la conclusión, y su bajo costo económico.

Del análisis de la doctrina científica, las propuestas programáticas oficiales de diversos países (considerablemente de la región latinoamericana) y distintos ejercicios legislativos, se observa que, con énfasis desde finales del siglo pasado, los mecanismos alternativos de solución de controversias (a los que me referiré como MASC en lo sucesivo) han venido siendo propuestos o adoptados legalmente como una opción institucional de acceso, mejoramiento y modernización de la justicia. Se les concibe en una relación complementaria, mas no sustitutiva, de la función judicial, que contribuye a la descongestión de los tribunales y facilita la obtención de justicia.

En este sentido, por ejemplo, entre las conclusiones y recomendaciones que adoptó la III

Reunión de Ministros de Justicia o Procuradores Generales de las Américas para ser elevadas a la Asamblea General de la OEA durante su XXX Período Ordinario de Sesiones, celebrado en el año 2000 en Windsor, Canadá, reiteró su «compromiso con el mejoramiento del acceso a la justicia de los habitantes de los Estados Miembros de la Organización a través de la promoción y el uso de métodos alternativos de solución de conflictos».

Por lo que se refiere a nuestro país, si bien a nivel legislativo ya se contemplaban diversos MASC (por ejemplo: en las leyes federales sobre procedimiento administrativo, procedimientos civiles, amparo, responsabilidad patrimonial del Estado, trabajo, materia agraria y protección y defensa del usuario de servicios financieros), además de lo previsto en el mencionado decreto de creación de la CONAMED en 1996, no fue sino hasta junio de 2008 que el cuarto párrafo del Artículo 17 Constitucional estableció de manera expresa «Las leyes preverán mecanismos alternativos de solución de controversias».

De especial trascendencia fue la reforma constitucional de 2011 en materia de derechos humanos que, entre otras relevantes innovaciones, elevó a nivel constitucional los derechos humanos de fuente internacional. Asimismo, estableció la obligación de todos los servidores públicos, tanto federales como locales, de promover, respetar, proteger y garantizar el derecho a la protección de la salud consagrado a nivel constitucional desde 1984.

En consecuencia, el Estado (incluida la CONAMED) deberá prevenir y, en su caso, reparar las violaciones al derecho humano a la protección de la salud, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, aplicando los estándares más altos que protejan de la manera más amplia a la persona, ya sea que éstos provengan de fuente nacional o internacional. Incluso, en el supuesto de que haya alguna norma interna que sea incompatible con un estándar internacional más alto, ejercer el control de convencionalidad a fin de inaplicar aquella en el caso concreto y preferir la norma de fuente internacional, teniendo en cuenta que, según jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, dicho control de la convencionalidad no solo debe ser ejercido *ex officio* por el poder judicial, sino por todos los órganos

vinculados con la administración de justicia, como es el caso de la CONAMED.

A 25 años de la acreditación en la práctica de la idoneidad, eficacia y eficiencia de los MASC en el ámbito de la salud a cargo de la CONAMED, y de las diversas comisiones estatales equivalentes, así como a poco más de la mitad de ese periodo de la reforma que constitucionalizó los mecanismos alternativos para la solución de controversias en nuestro país, es imperativo que se incorporen en la Ley General de Salud los procedimientos de mediación, conciliación y arbitraje en el ámbito de la salud y se fortalezcan y amplíen las atribuciones de la CONAMED a fin de proporcionar un fundamento jurídico más sólido que brinde mayor estabilidad institucional y a sus usuarios una solución imparcial, efectiva, eficiente y oportuna, que tutele el derecho humano a la protección de la salud con pleno respeto de los derechos del personal médico y contribuya a la mejora de la calidad de los servicios de salud.

Además de la consecuente visibilidad de los MASC en materia de salud a cargo de la CONAMED que acarrearía el proceso legislativo y la entrada en vigor de la reforma correspondiente, a fin de mejorar y ampliar el acceso expedito de toda la población a este servicio, es importante promover entre los integrantes del sistema nacional de salud campañas de difusión con información actualizada que oriente y auxilie acerca de los propios MASC y los derechos con que cuentan tanto los usuarios del servicio como los prestadores del mismo, además de dotar a la CONAMED de los recursos necesarios para cumplir su alta misión ante el previsible incremento de casos bajo su conocimiento.

Ciertamente, la positiva experiencia de la CONAMED ha demostrado la idoneidad de los MASC, particularmente en el ámbito de la salud y la gran importancia que tiene que la evaluación (ya sea en los procedimientos de mediación, conciliación o arbitraje) sea realizada por expertos en la materia para determinar la calidad del servicio médico y, en consecuencia, la eventual responsabilidad profesional, así como para otorgar una mayor seguridad legal a los usuarios y prestadores de servicios de salud a través de la prueba pericial.

Es relevante mencionar que en el modelo de arbitraje, además de la emisión de laudos que

resuelven acerca de la responsabilidad médica en el caso concreto, se considera también la emisión de opiniones técnicas que establecen apreciaciones y recomendaciones necesarias para el mejoramiento de la calidad en la atención médica, especialmente en los asuntos que revisten interés general. Estas opiniones técnicas a cargo de la CONAMED pueden estar dirigidas a las autoridades, corporaciones médicas y prestadores de servicios médicos que revisten la mayor importancia, pues pueden traducirse en una vía para transitar de la atención curativa, que predomina en el Sistema Nacional de Salud en vigor, a la indispensable atención preventiva y mejora estructural en el ámbito de la salud.

Es igualmente importante salvaguardar el carácter tutelar de la CONAMED y cuidar (como ha sostenido uno de sus primeros consejeros, el ilustre maestro Sergio García Ramírez) que los procedimientos que lleva a cabo no se transformen en prácticas burocráticas o dilatorias y, por tanto, eliminar las eventuales interferencias del poder en la justicia y las desviaciones que puedan reproducir las desigualdades sociales existentes, teniendo en cuenta la presencia de dos partes asimétricas en conocimiento médico, escolaridad y grupo social, pues, de lo contrario, se corre el riesgo del abandono de estos mecanismos y, en consecuencia, la reproducción de los obstáculos al acceso a la justicia de los excluidos del sistema formal. Incluso, cabría ponderar que, tal y como ocurre con la Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico, se defina y estructure a la CONAMED como organismo público autónomo.

Es claro que también debe reforzarse la coordinación y homologación de los procedimientos de las comisiones de mediación, conciliación y arbitraje en las entidades federativas, así como los vínculos de colaboración con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a fin de contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de salud y, especialmente, a garantizar de manera efectiva el derecho humano a la protección de la salud, cuyo principio central e inmutable que lo sustenta es la dignidad humana; eje rector y valor fundamental de todo Estado constitucional democrático de derecho.

Muchas gracias y felicidades.



Riesgo suicida en estudiantes del área de la salud en periodo de pandemia por la COVID-19. Estudio transversal

Suicide risk in health care students during the COVID-19 pandemic period. Cross-sectional study

Itzel Betzabeth Sanabria-Landeros,* David Luna,‡ Carmen Sánchez-Sánchez,§ Fernando Meneses-González,‡ Miguel Ángel Lezana-Fernández,‡ Belinda de la Peña-León,* María Susana González-Velázquez,* Sandro Méndez-García*

* Facultad de Estudios Superiores Zaragoza,
Universidad Nacional Autónoma de México,
Ciudad de México.

† Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Dirección de Investigación. Ciudad de México.

‡ Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Salamanca. España.

Correspondencia: IBSL,
betzabethlanderos@gmail.com

Conflictos de intereses:
Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Citar como: Sanabria-Landeros IB, Luna D, Sánchez-Sánchez C, Meneses-González F, Lezana-Fernández MÁ, De la Peña-León B et al. Riesgo suicida en estudiantes del área de la salud en periodo de pandemia por la COVID-19. Estudio transversal. Rev CONAMED. 2021; 26(4): 182-191. <https://dx.doi.org/10.35366/102506>

Financiamiento: Ninguno.

Recibido: 18/10/2021.

Aceptado: 25/10/2021.

RESUMEN

Introducción: Debido a la contingencia sanitaria ocasionada por el virus SARS-CoV-2, los estudiantes universitarios del área de la salud están incrementando sus niveles de ansiedad, estrés, depresión y desesperanza, mismos que elevan el riesgo suicida. **Objetivo:** Determinar en estudiantes del área de la salud en periodo de pandemia por la COVID-19 el nivel de ansiedad, estrés, depresión, desesperanza y riesgo suicida y conocer su asociación. También, identificar variables predictoras de riesgo suicida.

Material y métodos: Estudio transversal, comparativo y *ex post facto*. Participaron 394 estudiantes del área de la salud, 196 mexicanos y 196 españoles. Respondieron una batería en línea que incluía un cuestionario de datos sociodemográficos, académicos y relacionados con la COVID-19, escala de riesgo suicida de Plutchik, escala de depresión, ansiedad y estrés y el índice de desesperanza de Beck.

Resultados: En un nivel de moderado a extremadamente severo 66.1% presentaron ansiedad, 54% estrés, 49.7% depresión, 16.8% tuvieron desesperanza y 69.4% mostraron riesgo suicida de medio a alto. Ser mexicano, presentar desesperanza, nivel de moderado a extremadamente severo de ansiedad y depresión, y diagnóstico de COVID-19 de algún familiar y/o amigo son predictores del riesgo suicida.

Conclusiones: El porcentaje de estudiantes con riesgo suicida es elevado, por lo cual es indispensable se realicen intervenciones de prevención y atención en dicha población. Este trabajo identifica factores que deben ser atendidos para disminuir el riesgo suicida.

Palabras clave: COVID-19, suicidio, ansiedad, depresión, estrés, desesperanza.

ABSTRACT

Introduction: The health contingency due to the SARS-CoV-2 coronavirus has increased mental health problems such as anxiety, stress, sense of hopelessness and depression, all of which increase risk factors of suicide in healthcare university students. **Objective:** Evaluate anxiety, stress, hopelessness, depression and suicide risk factors during the COVID-19 pandemic in healthcare university students.

Evaluate the relationship between these variables and identify suicide risk factors. **Material and methods:** Comparative transversal post hoc analysis 392 healthcare university students (196 Mexicans, 196 Spanish) completed a series of online surveys that gathered demographic, academic and health (COVID-19) information, and a battery of standardized tests such as the Plutchik Suicide Risk Scale, the Depression, Anxiety and Stress Scale and the Beck Hopelessness Scale. **Results:** Spanish students reported higher COVID-19 positive results; however, Mexican students reported more deaths of friends and family members due to COVID-19. Overall, students reported moderate to severe levels of anxiety (66.1%), stress (54%) and depression (49.7%). In addition, 16.8% reported a sense of hopelessness and 69.4% presented a medium to high risk of suicide. Being Mexican, feeling hopeless, having moderate to high levels of anxiety and depression and having a family member/friend diagnosed with COVID-19 are

risk prediction factors of suicide. **Conclusion:** There is a high percentage of students with depression, anxiety, stress and at risk of suicide. This identified different risk factors that should be prevented and addressed to reduce suicide in university students.

Keywords: COVID-19, suicide, anxiety, depression, stress, hopelessness.

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, China se reportó un nuevo tipo de coronavirus denominado SARS-CoV-2 que ocasiona la *Corona Virus Disease 2019* o COVID-19 por sus siglas en inglés.¹ Por su rápida transmisibilidad, esta enfermedad fue declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo de 2020.² Actualmente, se estiman 242,000,000 de casos confirmados en el mundo y al menos 4,900,000 de fallecidos.³ Su cuadro clínico leve se manifiesta por fiebre, tos, fatiga, anosmia, ageusia, congestión nasal y diarrea; el moderado presenta neumonía y el grave síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), pudiendo pasar a estado crítico manifestándose con un choque séptico.⁴ Actualmente se estiman 74.68 millones de casos confirmados en Europa, de los cuales España acumula 4.99 millones con un total de 87,102 defunciones.⁵ En América se registran 92.52 millones de casos confirmados, de los cuales 45.83 se encuentran en Latinoamérica.⁶ En México se contabilizan 3.77 millones de casos confirmados y 299,081 defunciones.⁷

Para reducir la alta tasa de contagios, los gobiernos de diversos países tomaron medidas sanitarias, entre las cuales se incluía el confinamiento.⁸ Pese a la reducción de contagios, esto también impactó negativamente en la salud mental de la población,⁹ aumentando los niveles de ansiedad, depresión y desesperanza.¹⁰ Estudios recientes en población de México¹¹ y España¹² indican una prevalencia de alrededor de 40% de ansiedad y de 30 a 41% de depresión. Condiciones que incrementan el riesgo suicida en población general y en personas que presentan trastornos psiquiátricos, emplean sustancias nocivas e incluso en profesionales de la salud.^{13,14} En estos últimos debido a las excesivas jornadas de trabajo, fatiga, riesgo de infección y falta de equipo de protección personal, que exacerbaban condiciones psicopatológicas preexistentes.⁹

Una población de riesgo poco reconocida son los estudiantes universitarios, quienes previo a

la pandemia ya presentaban alta prevalencia de psicopatologías, incluyendo depresión y ansiedad. Además, en esta población, son los estudiantes del área de la salud quienes se ven más afectados.¹⁵ Datos previos a la pandemia indicaban una prevalencia de 73 a 79% de ansiedad^{16,17} y alrededor de 23%^{18,19} de depresión, con riesgo suicida entre 11 y 30%.²⁰ Datos actuales de estudios realizados en China,²¹ España²² y Bangladés²³ indican evidencia de insomnio y niveles elevados de ansiedad, estrés y depresión en esta población, asociados a la pandemia por la COVID-19. Estas condiciones se han desencadenado por el miedo a contagiarse, tener un familiar diagnosticado de SARS-CoV-2, el distanciamiento social, la preocupación por su situación académica y el aprendizaje en línea.^{24,25} Sin embargo, actualmente no hay estudios realizados en población mexicana.

En la era de COVID-19 el riesgo suicida es un tema poco explorado en particular en estudiantes universitarios, pese a que las condiciones sanitarias vigentes y de salud mental pueden potencializar el riesgo de cometer suicidio.^{10,26} En la literatura se han reportado diversos suicidios en periodo de pandemia por la COVID-19, entre ellos un estudiante chino en Arabia Saudita saltó de un tercer piso del hospital donde se encontraba aislado por sospecha de diagnóstico de SARS-CoV-2 y una joven de 19 años en la Gran Bretaña lo hizo por miedo al encierro producto del confinamiento.¹⁰

En este contexto, el objetivo de este estudio fue determinar en estudiantes mexicanos y españoles del área de la salud en periodo de pandemia por la COVID-19, el nivel de ansiedad, estrés, depresión, desesperanza y riesgo suicida; igualmente, evaluar la asociación entre estas variables e identificar predictores de riesgo suicida. La población de estudio se eligió debido a que los estudiantes españoles se asistían a clases presenciales, mientras que los estudiantes mexicanos se enfrentaban a un aprendizaje en línea, mismo que puede tener más afectaciones en la salud mental.²⁴

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio: estudio transversal comparativo y ex post facto.²⁷

Muestra: se reclutó a los participantes a través de una técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia. El universo de estudio estuvo conformado por estudiantes de las carreras de enfermería, medicina, psicología y odontología inscritos en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, México y se anexaron las carreras de Fisioterapia y Terapia Ocupacional para los estudiantes inscritos en la Universidad de Salamanca, España. Los criterios de inclusión fueron participación voluntaria y tener 18 años o más. Se excluyeron los datos de participantes que cerraron la batería en línea antes de concluir su respuesta.

Instrumentos: cuestionario con datos sociodemográficos y académicos. Se recopiló información sobre edad, sexo, estado civil, carrera, año cursado y asistencia a tratamiento psicológico.

Cuestionario COVID-19. Identificó si el participante tenía temor a contagiarse y si algún familiar y/o amigo se ha contagiado o fallecido a causa de la COVID-19.

Escala de riesgo suicida de Plutchik²⁸ validada en población mexicana.²⁹ Comprende 15 preguntas dicotómicas (No: 0, Sí: 1) El valor por reactivo se suma y un puntaje > seis indica presencia de riesgo suicida. Explica 49.7% de la varianza con un α Cronbach = 0.74.²⁹

Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) versión en español.³⁰ Se compone de 21 reactivos Likert (de cero a tres puntos) con tres factores de siete reactivos cada uno: depresión, ansiedad y estrés. El puntaje obtenido por factor se multiplica por dos y se considera depresión normal (de cero a nueve), baja (10-13), moderada (14-15), severa (21-27) y extremadamente severa (≥ 28); ansiedad normal (de cero a siete), baja (de ocho a nueve), moderada (10-14), severa (15-19) y extremadamente severa (≥ 20); y estrés normal (de cero a 14), bajo (15-18), moderado (19-25), severo (26-33) y extremadamente severo (≥ 34).³¹ La DASS-21 tiene un α Cronbach = 0.96.

Índice de desesperanza de Beck validada con población mexicana.³² Comprende 20 reactivos dicotómicos (uno o cero). El valor por reactivo se suma y se interpreta de cero a tres normal o asintomático; de cuatro a ocho leve; de nueve a 14 moderado y

15-20 severo. Un total > nueve se considera predictor de conducta suicida.³³ Tiene un $\Omega = 0.89$.

Procedimiento

La recolección de información se realizó mediante la difusión de una batería en línea con un vínculo o un código QR. Fue respondida con una técnica de autorreporte. Se difundió de enero a abril en población mexicana y de mayo a agosto en población española de 2021. Previo a la difusión de la batería, en la población española se realizó una adaptación cultural donde se modificaron algunas palabras de los reactivos a fin de asegurar su buena comprensión (p. ej. cubículo se sustituyó por despacho). Los cambios hechos fueron revisados y validados por una investigadora nativa castellana.

Análisis de resultados

Se emplearon frecuencias y porcentajes para evaluar los datos sociodemográficos y de COVID-19 así como para determinar la prevalencia del nivel de ansiedad, estrés, depresión, desesperanza y riesgo suicida. Para comparar los resultados de ambas nacionalidades y evaluar la asociación entre variables se empleó la prueba χ^2 de independencia. Con un resultado significativo se calcularon los residuos estandarizados de Pearson como prueba *post hoc* y la V de Cramer como indicador del tamaño del efecto. La fuerza de asociación entre variables se interpretó trivial con valores absolutos menores de 0.10, 0.11-0.29 baja, 0.30-0.49 media y ≥ 0.50 alta.³⁴ Se estimó un modelo de regresión logística basada en el estadístico de Wald que consideró como variable de respuesta la presencia de riesgo suicida en los participantes y como variables predictoras el sexo, nacionalidad, asistencia a terapia psicológica, nivel de ansiedad, depresión, estrés, desesperanza y las preguntas del cuestionario COVID-19. Se estimó el intervalo a 95% de los coeficientes obtenidos. El modelo se validó por evaluar la hipótesis nula (prueba ómnibus) y su bondad de ajuste (Hosmer-Lemeshow). Se calculó el porcentaje de clasificación de casos y la R^2 de Nagelkerke.³⁵ Se empleó el programa SPSS v.20 y un resultado se consideró significativo con $p \leq 0.05$.

Consideraciones éticas: el Comité de Investigación y la Comisión de Bioética del Comité de

Investigación de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza aprobaron esta investigación. La participación fue voluntaria y anónima y no se entregó ningún incentivo a cambio.

RESULTADOS

Participaron 392 estudiantes, 196 mexicanos y 196 españoles, edad media 21 años ($DE = 3.61$). La Tabla 1 muestra los datos sociodemográficos y académicos de los participantes en general y por nacionalidad. En ambas poblaciones el mayor porcentaje de participantes fueron del sexo femenino, de las carreras de enfermería y psicología, cursaban el primer o segundo año de formación y no acudían a tratamiento psicológico.

La Tabla 2 muestra los resultados del cuestionario COVID-19. El mayor porcentaje de participantes tienen miedo a contagiarse de la COVID-19, aunque sólo un bajo porcentaje ha sido confirmado positivo a esta enfermedad. De los participantes, 83.2% tiene un amigo y/o familiar que ha sido diagnosticado de la COVID-19 y 26.5% han sufrido la muerte de alguno o ambos. Ninguna de estas condiciones se asoció a la presencia de riesgo suicida ($p > 0.05$). La ausencia de desesperanza se asoció a la presencia de miedo al contagio ($\chi^2 = 4.52$; $V = 0.10$) y a la ausencia de diagnóstico positivo ($\chi^2 = 7.52$; $V = 0.13$); la presencia de desesperanza se asoció a la ausencia de miedo al contagio y con un diagnóstico positivo ($p < 0.01$). La fuerza de asociación fue baja en todos los casos. Se detectó la mayor frecuencia de diagnóstico positivo en población española, mientras que en la población mexicana este diagnóstico se identificó con más frecuencia en familiares y amigos, los cuales igualmente presentaron mayor frecuencia de fallecimiento. Ninguna otra comparación resultó significativa ($p > 0.05$).

En la Tabla 3 se muestra la prevalencia del nivel de ansiedad, estrés, depresión, desesperanza y riesgo suicida así como la asociación de esta última con las primeras. Esta asociación se evaluó por integrar las categorías «sin riesgo suicida» (nivel nulo a bajo) y «con riesgo suicida» (nivel medio a alto). De nivel moderado a extremadamente severo 66.1% de los participantes reportó ansiedad, 54% estrés y 49.7% depresión. Sólo un bajo porcentaje de participantes presentó desesperanza. La ansiedad, depresión y desesperanza se asociaron con riesgo suicida.

La fuerza de asociación osciló entre media y alta. La comparación entre nacionalidades indicó que en españoles hubo mayor frecuencia de estrés moderado, mientras que en mexicanos el estrés y la depresión en nivel normal fue más frecuente. Ninguna otra comparación resultó significativa ($p > 0.05$).

La Tabla 4 muestra la regresión logística que identificó como factores predictores de riesgo suicida «ser mexicano», presencia de «desesperanza», nivel de moderado a extremadamente severo de «ansiedad» y «depresión» así como el «diagnóstico positivo de COVID-19 para algún familiar y/o amigo». El modelo fue significativo ($\chi^2 = 139.96$, $p < 0.001$), con adecuado ajuste ($\chi^2 = 5.44$, $p = 0.70$), explicó 41.9 % de la varianza y clasificó correctamente 76.5% de los casos.

Tabla 1: Datos sociodemográficos y académicos de estudiantes universitarios del área de la salud. N = 392.

	Mexicanos, N = 196 n (%)	Españoles, N = 196 n (%)
Sexo		
Mujeres	153 (78.1)	168 (85.7)
Hombres	43 (21.9)	28 (14.3)
Carrera		
Enfermería	117 (59.7)	97 (49.5)
Medicina	7 (3.6)	7 (3.6)
Psicología	71 (36.2)	59 (30.1)
Odontología	1 (0.5)	1 (0.5)
Fisioterapia	–	20 (10.2)
Terapia ocupacional	–	12 (6.1)
Año de formación		
Primerº	93 (47.4)	41 (20.9)
Segundo	53 (27.0)	58 (29.6)
Tercero	19 (9.7)	50 (25.5)
Cuarto	15 (7.7)	34 (17.3)
Pasante o interno	16 (8.2)	13 (6.6)
Tratamiento psicológico		
Sí	20 (10.2)	32 (16.3)
No	176 (89.9)	164 (83.7)

Tabla 2: Resultados del cuestionario COVID-19.

	n (%)			χ^2	p	V de Cramer
	Total	Mexicanos	Españoles			
Miedo de contagio				1.15	0.28	
Sí	301 (76.8)	155 (79.1)	146 (74.5)			
No	91 (23.2)	41 (20.9)	50 (25.5)			
Diagnóstico positivo				20.32	0.01	0.22
Sí	55 (14.0)	12 (6.1)	43 (21.9) [§]			
No	337 (86.0)	184 (93.9) [§]	153 (78.1)			
Diagnóstico positivo en familiares y amigos				60.54	0.01	0.39
No	66 (16.8)	46 (23.5) [§]	20 (10.2)			
Sí, a un familiar	77 (19.6)	62 (31.6) [§]	15 (7.7)			
Sí, a un amigo	61 (15.6)	20 (10.2)	41 (20.9) [§]			
Sí, a familiares y amigos	188 (48.0)	68 (34.7)	120 (61.2) [§]			
Fallecimiento de familiares y amigos				22.16	0.01	0.23
No	288 (73.5)	126 (64.3)	162 (82.7) [§]			
Sí, a un familiar	64 (16.3)	39 (19.9)	25 (12.8)			
Sí, a un amigo	20 (5.1)	13 (6.6)	7 (3.6)			
Sí, a familiares y amigos	20 (5.1)	18 (9.2) [§]	2 (1.0)			

[§] = Frecuencia mayor a la esperada por azar.

DISCUSIÓN

Se detectó una alta prevalencia de ansiedad, depresión y estrés. Un bajo porcentaje de estudiantes presentó desesperanza, aunque se identificó que 67.6% tiene un riesgo suicida de medio a alto. La ansiedad, depresión y desesperanza se asocian con riesgo suicida. Los predictores de riesgo suicida, en orden de importancia, fueron la presencia de «desesperanza» de moderado a extremadamente severo, presencia de «depresión» moderada a extremadamente severa que algún «familiar y/o amigo fuera diagnosticado de COVID-19», presencia de «ansiedad» moderada a extremadamente severa y «ser mexicano». El diagnóstico positivo a la COVID-19 fue más frecuente en españoles, mientras que una mayor frecuencia de fallecimientos de familiares y amigos fue detectada en mexicanos.

El mayor porcentaje de diagnóstico positivo de COVID-19 y el nivel moderado de estrés en estudiantes españoles pudo ser debido a que éstos asisten a clases presenciales, a diferencia de los

mexicanos que se encuentran en aprendizaje a distancia. La mayor frecuencia de fallecimientos de familiares y amigos en estudiantes mexicanos podría estar relacionada con el manejo de la pandemia que las autoridades sanitarias han llevado a cabo. A favor de esta interpretación, datos actuales indican una alta tasa de mortalidad en México³⁶ a diferencia de otros países, incluyendo España.

El nivel de ansiedad, estrés y depresión es semejante al reportado en otros estudios realizados en periodo de pandemia,^{21,22,25,37} cuyo rango va de 18.1 a 67.55%.^{22,25} Es semejante también a valores descritos prepandemia.^{19,38} La semejanza en prevalencias de ansiedad y depresión durante y previo a la pandemia cuestiona que la contingencia misma sea un factor causal de éstas, aunque los datos actuales no permiten aceptar o rechazar esta afirmación. Sin embargo, la prevalencia de estrés prepandemia fue menor³⁸ que la reportada en periodo de pandemia por Odriozola y colaboradores²² y en el presente estudio esto indica que los niveles de estrés sí aumentaron en este

Tabla 3: Prevalencia del nivel de ansiedad, estrés, depresión, desesperanza, riesgo suicida y su asociación con el riesgo suicida en estudiantes universitarios del área de la salud.

	n (%)			n (%)			χ^2	p	V de Cramer
	Total	Con riesgo	Sin riesgo	p	V	Mexicanos	Españoles		
Ansiedad									
Normal	121 (30.9)	51 (13.0)	70 (17.9) [§]	0.45	110 (28.1)	93 (23.7)	4.44	0.34	
No severo	12 (3.1)	5 (1.3)	7 (1.8)		18 (4.6)	18 (4.6)			
Moderado	70 (17.9)	42 (10.7)	28 (7.1)		39 (9.9)	48 (12.2)			
Severo	36 (9.2)	28 (7.1)	8 (2)		25 (6.4)	28 (7.1)			
Extremadamente severo	153 (39)	139 (35.5) [§]	14 (3.6)		4 (1.0)	9 (2.3)			
Estrés									
Normal	127 (32.4)	56 (14.3)	71 (18.1) [§]	0.42	156 (39.8) [§]	129 (32.9)	0.17		
No severo	53 (13.5)	31 (7.9)	22 (5.6)		32 (8.2)	45 (11.5)			
Moderado	58 (14.8)	40 (10.2)	18 (4.6)		8 (2.0)	22 (5.6) [§]			
Severo	97 (24.7)	84 (21.4)	13 (3.3)		—	—			
Extremadamente severo	57 (14.5)	54 (13.8) [§]	2 (0.8)		—	—			
Depresión									
Normal	154 (39.3)	62 (15.8)	92 (23.5) [§]	0.51	144 (36.7) [§]	117 (29.8)	0.14		
No severo	43 (11.0)	26 (6.6)	17 (4.3)		25 (6.4)	37 (9.4)			
Moderado	77 (19.6)	66 (16.8) [§]	11 (2.8)		24 (6.1)	36 (9.2)			
Severo	49 (12.5)	45 (11.5) [§]	4 (1)		3 (0.8)	6 (1.5)			
Extremadamente severo	69 (17.6)	66 (16.8) [§]	3 (0.8)		—	—			
Desesperanza									
Sin	163 (83.2) [§]	187 (47.7)	124 (31.6)	0.31	163 (41.6)	148 (37.8)	0.06		
Con	33 (16.8)	78 (19.9)	3 (0.8) [§]		33 (8.4)	48 (12.2)			
Riesgo suicida									
Sin riesgo	67 (17.1)				36 (9.2)	31 (7.9)			
Bajo	60 (15.3)				36 (9.2)	36 (9.2)			
Medio	159 (40.6)				78 (19.9)	78 (19.9)			
Alto	106 (27.0)				51 (13.0)	51 (13.0)			

[§] = Frecuencia mayor a la esperada por azar.

Tabla 4: Factores predictores de riesgo suicida en estudiantes universitarios del área de la salud.

	Coeficiente de regresión	Odds Ratio	IC 95%	p
Nacionalidad				
Española (R)				
Mexicana	0.65	1.92	7.08 a 3.41	0.026
DASS-21 ansiedad				
Bajo a no severo (R)				
Moderado a extremadamente severo	0.82	2.27	1.27 a 4.07	0.060
DASS-21 depresión				
Bajo a no severo (R)				
Moderado a extremadamente severo	1.96	7.12	3.7 a 13.68	0.010
IDB				
Sin desesperanza (R)				
Con desesperanza	2.25	9.51	2.73 a 33.13	0.010
Diagnóstico COVID-19				
Miedo al contagio (R)				
Diagnóstico personal	- 0.048	0.95	0.41 a 2.21	0.910
Diagnóstico a familiares y/o amigos	0.91	2.49	0.98 a 6.35	0.055
Muerte de familiares y/o amigos	- 0.175	0.83	0.39 a 1.78	0.640

R = Categoría de referencia. p = nivel de significancia, DASS-21 = escala de depresión, ansiedad y estrés, IDB = Índice de desesperanza de Beck.

periodo probablemente debido a la contingencia sanitaria.

Con estudiantes universitarios durante periodo de pandemia, Santana y su equipo²⁶ reportaron la presencia de desesperanza. Los datos aquí mostrados confirman este hecho y lo extienden por cuantificar su prevalencia. Estos datos son también consistentes con datos obtenidos en población general³⁹ y con jóvenes adultos.⁴⁰

La alta prevalencia de riesgo suicida detectada en estudiantes del área de la salud rebasa la reportada en muestras semejantes,⁴¹ en población general^{23,42} y en estudiantes adolescentes con intento suicida.⁴³ La alta prevalencia de ansiedad, estrés, depresión y riesgo suicida así como la presencia de desesperanza pudo ser debida a que los estudiantes se encuentran en distanciamiento social y con abandono de sus actividades cotidianas, aunado al aprendizaje en línea,^{24,25} además de tener miedo de contraer el virus y de que un familiar muera a causa de COVID-19.⁴¹ El amplio rango de prevalencias

en estas condiciones pudo ser debido, entre otros factores, al momento de la pandemia en que se realizó el estudio, a los instrumentos empleados para la medición de las condiciones evaluadas y a las características específicas de la población analizada.

Consistente con Rahman y colaboradores,²³ la ansiedad y la depresión se asociaron con riesgo suicida. Por el contrario, en el presente estudio no se detectó evidencia de asociación entre riesgo suicida y miedo al contagio o muerte de algún familiar. En cambio, se identificó la asociación entre riesgo suicida y desesperanza³⁹ y una asociación entre ausencia de desesperanza con miedo al contagio y ausencia de diagnóstico positivo. Lo anterior se puede atribuir a que el miedo al contagio quizás promovió conductas de autocuidado con las que se evitó contraer el virus. La presencia de desesperanza se asoció con la ausencia de miedo y el diagnóstico positivo de COVID-19, quizás debido a que la primera interfirió con la ejecución de conductas de autocuidado y promovió conductas de riesgo.

El mejor predictor de riesgo suicida fue la «desesperanza» de moderado a extremadamente severo, seguida de «depresión» en nivel moderado a extremadamente severo, que «algún familiar y/o amigo fuera diagnosticado de COVID-19», «ansiedad» en nivel moderado a extremadamente severo y «ser mexicano». Los factores «depresión» y «ansiedad» son consistentes con datos obtenidos en otros estudios,^{10,26,43} mientras que los factores «ser mexicano» y el «diagnóstico positivo a familiares y/o amigos» aportan conocimiento útil para complementar la relación entre la pandemia y el riesgo suicida.

El predictor suicida «ser mexicano» pudo ser debido al aprendizaje en línea, el cual trastorna las actividades cotidianas y sociales de los estudiantes y por la difícil integración familiar reportada por éstos en otros estudios,²⁶ a diferencia de los estudiantes españoles, quienes al momento de realizar este estudio acudían a clases presenciales. El diagnóstico positivo a familiares y/o amigos como predictor de riesgo suicida pudo ser debido a la incertidumbre que el participante sintiera sobre la salud y la vida de éstos así como la probabilidad de que este mismo se contagiera de COVID-19.²³

Los datos en el presente estudio tienen varias implicaciones, subrayan la necesidad que las entidades educativas tienen respecto al diseño e instrumentación de programas de promoción a la salud, detección temprana y atención de diversas psicopatologías así como de riesgo suicida. Igualmente, ante casos detectados, el compromiso de canalizarlos con un especialista dentro de un programa institucional resalta la necesidad de conducir un mayor número de estudios que indaguen el estado actual del riesgo suicida durante este periodo de pandemia.

Se propone que futuras investigaciones incluyan el estudio de factores protectores del riesgo suicida y que promuevan la salud mental positiva. Esto debido a que por lo general los trabajos realizados se enfocan en psicopatologías, dejando de lado factores promotores del desarrollo y bienestar humanos. Estudiantes de diversas áreas y grupos etarios deberán ser también analizados.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran el tamaño de la muestra y su carácter no aleatorio, lo cual compromete la generalidad de

los resultados. Por esto último, las interpretaciones aquí elaboradas deben ser tomadas con cautela. Igualmente, existe ausencia de información de los estudiantes respecto a su situación económica y social, empleo y vacunación COVID-19. Información que podría arrojar datos útiles para futuras investigaciones.

CONCLUSIONES

Se identificaron altos niveles de ansiedad, depresión, estrés y de riesgo suicida. Si bien la presencia de desesperanza es baja, es el mejor predictor de riesgo suicida seguido de depresión en nivel moderado a extremadamente severo, que algún familiar y/o amigo se encuentre diagnosticado de COVID-19, ansiedad en nivel moderado a extremadamente severo y ser mexicano. Igualmente, en población mexicana se detectó mayor frecuencia de fallecimientos de familiares y amigos, mientras que en población española se identificó mayor frecuencia de diagnóstico positivo propio.

Se recomienda que las entidades académicas instrumenten oportunamente estrategias para identificar psicopatologías que incluyan ansiedad, depresión, estrés, desesperanza y riesgo suicida, así como estrategias de afrontamiento para los estudiantes vulnerables.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Salamanca, España, a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico por las facilidades otorgadas para la realización de este estudio.

REFERENCIAS

- Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med.* 2020; 382 (13): 1199-1207.
- Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19 [Internet]. [Cited 2021 Sep 23]. Available in: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
- COVID Live Update: 243,551,724 Cases and 4,949,756 Deaths from the Coronavirus - Worldometer [Internet]. [Cited 2021 Oct 22]. Available in: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

4. Gobierno de México. Guía clínica para el tratamiento de la COVID-19 en México [Internet]. Available in: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/08/GuiaTx_COVID19_ConsensoInterinstitucional_2021.08.03.pdf
5. EURO_COVID19_Dashboard - PUBLIC [Internet]. [Cited 2021 Oct 22]. Available in: <https://who.maps.arcgis.com/apps/dashboards/ead3c6475654481ca51c248d52ab9c61>
6. Panel de control de coronavirus (COVID-19) de la OMS [Internet]. [Cited 2021 Oct 22]. Disponible en: <https://covid19.who.int/table>
7. COVID-19 Tablero México - CONACYT - CentroGeo - Geolnt - DataLab [Internet]. [Cited 2021 Oct 22]. Disponible en: <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
8. SANADISTANCIA COVID-19 | Secretaría de Salud | Gobierno | gob.mx [Internet]. [Citado 2021 Oct 17]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/sana-distancia>
9. Nicolini H. Depression and anxiety during COVID-19 pandemic. *Cir y Cir.* 2020; 88 (5): 542-547.
10. Thakur V, Jain A. COVID 2019-suicides: a global psychological pandemic. *Brain Behav Immun.* 2020; 88: 952-953.
11. Pérez-Cano HJ, Moreno-Murguía MB, Morales-López O, Crow-Buchanan O, English JA, Lozano-Alcázar J et al. Anxiety, depression, and stress in response to the coronavirus disease-19 pandemic. *Cir y Cir.* 2020; 88 (5): 562-568.
12. Jacques-Aviño C, de Bont J BA. Social conditions and mental health during COVID-19 lockdown among people who do not identify with the man/woman binomial in Spain. *PLoS One.* 2021; 16 (8): e0256261.
13. Sher L. Psychiatric disorders and suicide in the COVID-19 era. *QJM.* 2020; 113 (8): 527-528.
14. Moitra M, Rahman M, Collins PY, Gohar F, Weaver M, Kinuthia J et al. Mental health consequences for healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a scoping review to draw lessons for LMICs. *Front Psychiatry.* 2021; 12: 602614.
15. Segura ANA, Eraña RIE, Valeria LGM, Castorena-Ibarr J, López CMV. Analysis of anxiety on early clinical encounters: experiences using clinical simulation in undergraduate students. *Educ Medica.* 2020; 21 (6): 377-382
16. Inam SN, Saqib AA. Prevalence of anxiety and depression among medical students of private university. *Public Health.* 2003; 53 (2): 44-47.
17. Aboalshamat K, Jawhari A, Alotibi S, Alzahrani K, Al-Mohimeed H, Alzahrani M et al. Relationship of self-esteem with depression, anxiety, and stress among dental and medical students in Jeddah, Saudi Arabia. *J Int Med Dent.* 2017; 4 (2): 61-68.
18. Johnson AK, Blackstone SR, Skelly A, Simmons W. The relationship between depression, anxiety, and burnout among physician assistant students: a multi-institutional study. *Heal Prof Educ* [Internet]. 2020; 6 (3): 420-427. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2020.04.003>
19. Zancan BJ, De Lima DG, Lemos VSJ, Devos BEL, Andolhe R, Bosi de Souza MTS. Depressive symptoms among healthcare undergraduate students. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020; 28: e3239.
20. Trindade Júnior SC, Sousa LFF de, Carreira LB. Generalized anxiety disorder and prevalence of suicide risk among medical students. *Rev Bras Educ Med.* 2021; 45 (2): 1-7.
21. Wenjun C, Ziwei F, Guoqiang H, Mei H, Xinrong X, Jiaxin D et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020; 287: 1-5. Available in: from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L2005406993%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
22. Odriozola-González P, Planchuelo-Gómez Á, Irurtia MJ, de Luis-García R. Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020; 290: 113108. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113108>
23. Rahman ME, Zubayer AAI, Al Mazid Bhuiyan MR, Jobe MC, Ahsan Khan MK. Suicidal behaviors and suicide risk among Bangladeshi people during the COVID-19 pandemic: An online cross-sectional survey. *Heliyon* [Internet]. 2021; 7 (2): e05937. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e05937>
24. Grubic N, Badovinac S, Johri AM. Student mental health in the midst of the COVID-19 pandemic: a call for further research and immediate solutions. *Int J Soc Psychiatry.* 2020; 66 (5): 517-518.
25. Khan AH, Sultana MS, Hossain S, Hasan MT, Ahmed HU, Sikder MT. The impact of COVID-19 pandemic on mental health & wellbeing among home-quarantined Bangladeshi students: a cross-sectional pilot study. *J Affect Disord* [Internet]. 2020; 277: 121-128. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.135>
26. Santana Campas MA, De Luna Velasco LE, Lozano Montes de Oca EE, Hermosillo de la Torre AE. Exploración del riesgo de suicidio en estudiantes universitarios mexicanos durante el aislamiento social por Covid-19. *Rev Psicol la Univ Autónoma del Estado México.* 2020; 9 (18): 54.
27. León OG, Montero I. A guide for naming research studies in Psychology. *Int J Clin Heal Psychol.* 2007; 7 (3): 847-862.
28. Plutchik R, van Praag HM, Conte HR, Picard S. Correlates of suicide and violence risk 1: the suicide risk measure. *Compr Psychiatry.* 1989; 30 (4): 296-302.
29. Santana-Campas MA, Santoyo Telles F. Propiedades psicométricas de la escala riesgo suicida de Plutchik en una muestra de jóvenes mexicanos privados de la libertad. *Av en Psicol.* 2018; 26 (1): 57-64.
30. Daza P, Novy MD, Stanley AM, Averill P. The depression anxiety stress scale-21: spanish translation and validation

- with a hispanic sample. *J Pof Psychopathol Behav Assess.* 2002; 24 (3): 195-205.
31. Tijerina LZ, González GE, Gómez NM, Cisneros EMA, Rodríguez GKY, Ramos PEG. Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de nuevo ingreso a la educación superior. *Rev Salud Pública Nutr.* 2018; 17 (4): 41-47.
 32. Quiñonez-Tapia F, Luévano TEM, Castañeda-Camey N. Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the beck hopelessness scale in students in contexts of poverty in Mexico. *Rev Psicopatol y Psicol Clin.* 2019; 24 (2): 59-70.
 33. Alamo PC, Baader MT, Antúnez SZ, Bagladi LV, Bejer TT. Beck hopelessness scale as a suicide risk screening tool among chilean university students. *Rev Chil Neuro-psiquiatr.* 2019; 57 (2): 167-175.
 34. Ellis P. Tamaños de efecto e interpretación de resultados de investigación en negocios internacionales. *J Int Bus Stud.* 2010; 41: 1581-1588.
 35. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análisis multivariante. 5ta edición. Madrid: Prentice Hall; 1999.
 36. Análisis de mortalidad - Johns Hopkins Coronavirus Resource Center [Internet]. [Cited 2021 Oct 22]. Available in: <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>
 37. Palacios GR, Guerra AG, Sansores MA, Gómez S, Palacios GR, Guerra AG et al. Anxiety, depression and autonomic activity in nursing students, in the state of Guanajuato, Mexico. Ansiedad, depresión y actividad autonómica. 2020; 6: 81-103.
 38. Luna D, Urquiza-Flores DI, Figuerola-Escoto RP, Carreño-Morales C, Meneses-González F. Academic and sociodemographic predictors of anxiety and psychological well-being in mexican medical students. A cross-sectional study. *Gac Med Mex.* 2020; 156 (1): 40-46.
 39. Saricali M, Satici SA, Satici B, Gocet-Tekin E, Griffiths MD. Fear of COVID-19, mindfulness, humor, and hopelessness: a multiple mediation analysis. *Int J Ment Health Addict.* 2020; 1-14.
 40. Borda RN, Eyzaguirre RL. Autocontrol, preocupación, desesperanza y nivel socioeconómico en un contexto de pandemia por COVID19. Borda, Eyzaguirre, Ponce. Univ Católica Boliv "San Pablo" [Internet]. 2021; Ajayu. 19 (1): 59-89. Available in: file:///C:/Users/usuario/OneDrive/Escritorio/articulo 1.pdf
 41. Muyor-Rodríguez J, Caravaca-Sánchez F, Fernández-Prados JS. Covid-19 fear, resilience, social support, anxiety, and suicide among college students in Spain. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18 (15): 8156.
 42. Caballero-Domínguez CC, Jiménez-Villamizar MP, Campo-Arias A. Suicide risk during the lockdown due to coronavirus disease (COVID-19) in Colombia. *Death Stud* [Internet]. 2020; 1-6. Available in: <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1784312>
 43. Hermosillo-De-la-torre AE, Arteaga-De-luna SM, Acevedo-Rojas DL, Juárez-Loya A, Jiménez-Tapia JA, Pedroza-Cabrera FJ et al. Psychosocial correlates of suicidal behavior among adolescents under confinement due to the COVID-19 pandemic in Aguascalientes, Mexico: A cross-sectional population survey. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18 (9): 1-17.



Prontuario de la ayuda a morir, para entender y atender la Ley de Eutanasia de 2021 en España

A guide to aid in dying, to understand and address the Euthanasia Law of 2021 in Spain

Juan Siso Martín*

* Doctor en Derecho Público. Profesor Universitario Honorífico. Director académico de ISDE (Instituto Superior de Derecho y Economía) en el Área Big Data de Derecho Sanitario. Secretario General de la Asociación Iberoamericana de Derecho Sanitario. Miembro de la Asociación Española de Derecho Sanitario, Madrid, España.

Correspondencia:
JSM, paracelso.2000@gmail.com

Conflictos de intereses:
No existe conflicto alguno de intereses, ni públicos ni privados, por este asunto.

Citar como: Siso MJ.
Prontuario de la ayuda a morir, para entender y atender la Ley de Eutanasia de 2021 en España. Rev CONAMED. 2021; 26(4): 192-201. <https://dx.doi.org/10.35366/102507>

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiación ni ayuda económica para la elaboración del trabajo citado.

Recibido: 09/09/2021.
Aceptado: 15/10/2021.

Percibimos, desde aquel «Pienso, luego existo» de Descartes, que hay algo de lo que no dudaba el filósofo y es precisamente que se encontraba dudando. Si pienso existo, pero también, por ello, dudo. La duda cartesiana no es una duda escéptica, es un estado permanente de vigilancia intelectual. Es la situación existencial en la que no somos capaces de afirmar si algo es verdadero o falso, pero estamos iniciando el camino para saberlo.

Bertolt Brecht dejó dicho «lo único cierto es la duda». Partía este dramaturgo de una posición de desesperanza existencial sin aportar la duda como instrumento para llegar a la certeza. La duda cartesiana no es duda escéptica y estéril, sino hábito del pensamiento, punto firme de partida para encontrar el camino hacia la verdad.

Se preguntarán, al comenzar a leer estas líneas, cuál es el sentido de que yo, ahora, me encuentre filosofando, cuando voy a tratar un asunto tan tangible como la nueva regulación de la eutanasia. Un asunto tan sensible como éste ha producido opiniones, criterios muy diferentes y ocasionalmente encontrados, pero en todos ellos está el germe de la duda que produce innumerables interrogantes.

El objeto de estas páginas es mostrar el nuevo escenario actual de la muerte médica asistida, con sus aportaciones y con las interrogantes en mi opinión más llamativas. Lo hago desde un abordaje temático, sobre sus aspectos más relevantes, con ánimo aclaratorio más que exhaustivo. Trato de hacer asequible esta ley a quién le puede producir mucho respeto entrar directamente al texto legal. Voy desgranando conceptos y valoraciones de forma secuencial en el tiempo de esta prestación.

LA NUEVA LEY. BREVE MENCIÓN

Se trata de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, publicada al día siguiente en el Boletín Oficial del Estado. El conjunto de la norma tiene prevista su entrada en vigor a los tres meses tras su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

Tanto las votaciones como el debate han transcurrido en sede parlamentaria, conforme a lo previsto. La Ley Orgánica ha recibido el respaldo de 202 votos frente a 141 en contra y dos abstenciones. Tampoco ha habido ninguna novedad en los argumentos de defensa y ataque de unos y otros grupos parlamentarios después de tantas sesiones acumuladas alrededor de esta ley novedosa y rompedora.

El objeto de la norma es, conforme indica el artículo 1º de la misma, regular el derecho de toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir así como el procedimiento y las garantías que han de observarse.

Recoge, además, los deberes del personal sanitario y de las administraciones e instituciones concernidas.

La norma legaliza, por primera vez, la eutanasia activa en España, aquélla que es consecuencia directa de la acción de una tercera persona. Se convierte así en el séptimo país del mundo en hacerlo, después de Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Canadá, Colombia (por medio del Tribunal Constitucional), Nueva Zelanda, y algunos estados de Australia. Legaliza, también, la prescripción o suministro de una sustancia, de manera que el paciente se la pueda autoadministrar, para causar su propia muerte, lo que se conoce como suicidio asistido, aunque es de destacar que la norma no menciona este término.

La eutanasia en el planteamiento de la norma que estamos analizando, conecta con un derecho fundamental de la persona constitucionalmente protegido como es la vida, que se debe coherenciar con otros derechos y bienes, igualmente protegidos en nuestra norma fundamental como son el valor superior de la libertad (art. 1.1 CE), la dignidad humana (art. 10 CE), la integridad física y moral de la persona (art. 15 CE), la libertad ideológica y de conciencia (art. 16 CE) o el derecho a la intimidad (art. 18.1 CE).

Esta ley se dicta al amparo del artículo 149.1.1.^a y 16.^a de la Constitución española, que atribuyen al Estado la competencia para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales, y sobre las bases y coordinación general de la sanidad, respectivamente, salvo la Disposición Final Primera que se ampara en la competencia que el artículo 149.1.6.^a atribuye al Estado sobre legislación penal.ⁱ

Poner en letra de Boletín Oficial del Estado asuntos de este alcance y relevancia no podía, evidentemente, dejar indiferentes a la ciudadanía en general y a los operadores del derecho, la medicina o la bioética, en particular.

UNA NECESARIA PRECISIÓN PREVIA

El derecho sanitario y la bioética encuentran sus conflictos de aplicación más problemáticos cuando atañen a los confines de la vida, su principio

(aborto) o final (eutanasia). Un elemento germinal del conflicto es la presencia de terceras personas en el escenario. Ningún problema habría, evidentemente, sobre la conducta de la mujer que quiere abortar sin la presencia de un ser merecedor de protección legal, de ahí que haya supuestos de aborto despenalizados.

En el caso de la muerte médica asistida, el tercero que aparece en escena con conductas de ayuda e incluso materializadoras de la muerte es un sanitario. Sin la presencia de este sujeto ningún problema se da en el terreno legal, pues el suicidio es impune penalmente como es sabido. Un suicidio no consumado puede llevar a su protagonista al hospital, pero no a la prisión por la tentativa. Quedan atrás aquellas condenas al suicida de privarle de suelo sagrado para su inhumación u otro género de reprobaciones morales.

Se permite, en la situación legal presente, la presencia e intervención del sanitario bajo determinadas formas y condiciones como se verá más adelante.

NOVEDADES QUE INTRODUCE LA LEY ORGÁNICA 3/2021

1. Establece la norma los elementos que permiten garantizar a la ciudadanía el acceso en condiciones de igualdad a la prestación de ayuda para morir, incluyéndola en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y garantizando así su financiación pública, pero garantizando también su prestación en centros privados o, incluso, en el domicilio de la persona solicitante.
2. Fija los requisitos para que las personas puedan solicitar la prestación de la mencionada ayuda y las condiciones para su ejercicio. Posibilita la solicitud de esta ayuda mediante el documento de instrucciones previas o equivalente.
3. Regula el procedimiento que se debe seguir para la realización de la prestación de ayuda para morir y las garantías que han de observarse en la aplicación de dicha prestación.
4. Determina la existencia de una Comisión de Control y Evaluación que ha de controlar, de forma tanto previa como posterior, el respeto a la ley y a los derechos y garantías contenidos en la misma.

ⁱ Disposición Final Segunda de la ley.

5. Se garantiza la referida prestación a los ciudadanos con derecho a la misma, sin perjuicio de la posibilidad de objeción de conciencia del personal sanitario que deba intervenir en ella.
6. Garantiza la norma que quienes solicitan ayuda para morir al amparo de la misma se considerará que fallecen por muerte natural a todos los efectos que puedan derivarse del hecho del fallecimiento.
7. Modifica la Ley Orgánica 10/1995, del 23 de noviembre del Código Penal, con el objeto de despenalizar todas aquellas conductas eutanásicas en los supuestos y condiciones establecidos por la nueva ley.

LOS ELEMENTOS CAPITALES DE LA NUEVA LEY

Título de la norma

Se menciona *Ley Orgánica de regulación de la eutanasia* y no parece afortunado, pues recoge el aspecto más llamativo y mediático de la norma, pero muestra una visión parcial de su contenido, teniendo en cuenta que a los actos eutanásicos directos se añaden en la norma aquellos otros conducentes a facilitar por el profesional sanitario el suicidio asistido del paciente, ambos aspectos contenidos en la prestación garantizada por el artículo 3 g): 1º *La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.* 2º *La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario competente de una sustancia, de manera que ésta se la pueda autoadministrar para causar su propia muerte.*

Habría sido más correcto haber titulado la norma como *Ley Orgánica de regulación de la eutanasia y del suicidio asistido bajo ayuda médica*.

Terminología polivalente

La Ley Orgánica 3/2021 incluye en su articulado, como es habitual en otras normas de similar naturaleza y relieve (p. ej. la ley 41/2002, Básica de Autonomía del Paciente) un artículo descriptivo de las definiciones terminológicas contenidas en la norma.ⁱⁱ Algunas veces este loable afán esclarecedor; sin embargo, no se logra del todo.

La nueva ley toma como presupuestos de partida de la ayuda a morir los conceptos de *padecimiento grave, crónico e imposibilitante* y de *enfermedad grave e incurable* contenidos en las letras b) y c) del artículo 3. Su polivalencia puede suponer un grave obstáculo ocasional para la aplicación de la ley por su dificultad de determinación y la eventual discordancia entre el criterio de la persona detentadora del derecho a solicitar la ayuda a morir y el profesional sanitario que deba prestarla.

No se acoge en el texto legal, por otra parte, el concepto de terminalidad del paciente y solamente se menciona que existe *un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva*, que evidentemente no es lo mismo. Cabe preguntarse cómo se valorarían, por el antedicho profesional, aquellas situaciones de sufrimiento insopportable para el paciente por falta de «apetito vital», pero en un escenario clínico de expectativas terapéuticas relativas.

Al referirse a los sujetos sanitarios intervinientes distingue entre *Médico responsable* y *Médico consultor*, entendiendo, con una cumplida definición, que se trata del primero cuando tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de *interlocutor principal del mismo* en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales. A diferencia del *Médico consultor* a quien conceptúa como aquel *facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable*.

La ayuda a morir como prestación del Sistema Nacional de Salud

Es ésta una de las piedras angulares de la nueva norma y un cambio radical que introduce en nuestro ordenamiento jurídico. La condición de prestación garantizada por el Sistema Nacional de Salud dimana del reconocimiento de esta ayuda como derecho y su consecuencia jurídica integral. De este modo y ya en su artículo 1º la ley determina

ⁱⁱ Artículo 3. A los efectos de lo previsto en esta ley, se entiende por....

que *El objeto de esta ley es regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse.*

La obtención de este derecho conlleva, evidentemente, un contenido obligacional de quien ha de reconocerlo y dispensarlo y así en el siguiente párrafo del mencionado artículo se recoge que *Asimismo, determina (esta ley) los deberes del personal sanitario que atienda a esas personas, definiendo su marco de actuación, y regula las obligaciones de las administraciones e instituciones concernidas para asegurar el correcto ejercicio del derecho reconocido en esta ley.* Menciona a todos los sujetos encartados y vuelve a remarcar el carácter de «derecho reconocido» para la ayuda a morir.

Más adelante el artículo 4.1, por si no estuviera claro, remarca que *Se reconoce el derecho de toda persona que cumpla los requisitos previstos en esta ley a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.*

Los derechos, sin embargo, no son nada sin sus garantías y el artículo 13.2 de la norma declara, en consecuencia a la calificación de prestación pública de la ayuda a morir que *los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación de ayuda para morir en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta ley.* Con la misma orientación se recoge en la Disposición Adicional Sexta que: *Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación de ayuda para morir, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud deberá elaborar en el plazo de tres meses a contar desde la entrada en vigor de la ley un manual de buenas prácticas que sirva para orientar la correcta puesta en práctica de esta ley.*

La capacidad necesaria para solicitar y utilizar esta prestación

El texto pretende dar respuesta a lo que considera una demanda sostenida de la sociedad actual y justifica la legalización y regulación de la eutanasia, de un lado, sobre los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral, y de otro, sobre

bienes constitucionalmente protegidos, como la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad.

Se busca, dice la norma, legislar para respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables, lo que denomina contexto eutanásico. Con ese fin, la ley regula y despenaliza la eutanasia en determinados supuestos.

El texto introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual, la eutanasia, es decir, la muerte de una persona de forma directa e intencionada, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona. Cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad, intimidad e integridad, el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes y derechos, toda vez que no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad de su titular.

Es evidente que la ayuda que se solicita en estos casos tiene la máxima relevancia sobre una persona, ya que atañe a su propia existencia. De ahí que la ley pretenda garantizar una emisión de voluntad por el solicitante bajo máximas garantías. De este modo el artículo 4.2 puntualiza que *La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo sanitario responsable. En la historia clínica deberá quedar constancia de que la información ha sido recibida y comprendida por el paciente.*

Añade, además, este precepto que *En especial, se adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que pueden necesitar en el ejercicio de los derechos que tienen reconocidos en el ordenamiento jurídico.* Prevención está en línea con la nueva ley 8/2021 del 02 de junio, por la que se reforma la legislación para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

La situación incapacitante puede afectar a una persona bajo condición de hecho y en estos

casos el artículo 3 h) precisa que se da esta situación cuando el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica. Pareciendo concluyente esta precisión deja, sin embargo, sin definir un aspecto de capital importancia cual es quién es responsable de valorar esa situación para que se puedan atribuir los pertinentes efectos legales como se hace, por ejemplo, en el artículo 5.2 atribuyendo esta capacidad (y responsabilidad) al médico responsable con las matizaciones que describe el texto legal.

Requisitos de la ayuda a morir

Para solicitarla

En el artículo 6 de la norma se recogen los siguientes:

1. El documento de solicitud de la ayuda a morir debe estar firmado y fechado por el interesado y se menciona que en caso de imposibilidad de hacerlo, por situación personal o condiciones de salud, otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. Dicha persona ha de mencionar el hecho de que quien demanda la prestación de ayuda para morir no se encuentra en condiciones de firmar el documento e indicar las razones.ⁱⁱⁱ
2. Firma en presencia de profesional sanitario y entrega al médico responsable con incorporación a la historia clínica del solicitante.
3. Cuando la voluntad haya sido expuesta en instrucciones previas podrá aportarse este documento por el otorgante, por persona autorizada o a través de acceso del médico que trata al solicitante al Registro de estos documentos para conocer y aplicar su contenido.

ⁱⁱⁱ Resulta plausible ese afán garantista de acreditar la inequívoca voluntad del solicitante y el momento de manifestarla, aunque la norma debería exigir algún tipo de vinculación (de hecho o de derecho) entre ese tercero firmante por sustitución y el interesado. Piénsese en la gravedad de los intereses jurídicamente protegidos.

4. La petición de ayuda a morir es revocable por su emisor en cualquier momento, debiéndose dejar constancia de esta decisión en la historia clínica.

Para recibirla

Conforme al artículo 5 han de reunirse los siguientes requisitos:

1. Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a 12 meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.^{iv}
2. Disponer por escrito de información adecuada y suficiente sobre su proceso médico y sus alternativas de actuación, posibilidades de acceso a cuidados paliativos y prestaciones de atención a la dependencia.
3. Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos 15 días naturales entre ambas.^v
4. Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en esta ley, certificada por el médico responsable. Ya hemos expuesto con anterioridad la dificultad de abordar una interpretación de estos términos y la problemática que pueden introducir diversas versiones de la misma.

^{iv} Es curiosa la exclusión que opera este precepto, para el acceso a las prestaciones de la ley, a los extranjeros no residentes en España, cuando entre los requisitos a reunir por el solicitante menciona *Tener la nacionalidad española o residencia legal en España*. De no mencionar este requisito y aplicar el principio universalista de acceso a las prestaciones sanitarias (no olvidemos que la ayuda a morir se configura como prestación de esta índole), ¿podría producir un «efecto llamada» para un hipotético turismo tanático?

^v Si el médico responsable considera que la pérdida de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado es inminente, podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica. Artículo 5.1 c) de la ley.

5. Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente. Introduce la ley una futura incógnita cuando afirma que la valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

El documento de instrucciones previas

Un aspecto relevante recogido en la norma es el valor que atribuye al documento de instrucciones previas como sustentador de la voluntad de solicitar la ayuda a morir, cuando recoge que aquel paciente que sufriendo una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en esta ley, certificada por el médico responsable, *haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, en cuyo caso se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento*. En el mismo sentido el artículo 9, en su primer párrafo, expone que *en los casos previstos en el artículo 5.2 el médico responsable está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente*.

Podría proceder reconsiderar, en consecuencia, el artículo 11, en su apartado 3, de la ley 41/2002 del 14 de noviembre Básica de Autonomía del Paciente, que recoge la inaplicabilidad de aquellas instrucciones previas *contrarias al ordenamiento jurídico*. Lo eran, en la redacción legal, entonces, aquéllas que solicitaran conductas eutanásicas de los profesionales, asunto hoy relativizado por la ley propuesta que analizamos.

Procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir

Acciones por el médico responsable

1. Una vez recibida la primera solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c), el médico responsable, en el

plazo máximo de dos días naturales, una vez verificado que se cumplen los requisitos previstos en el artículo 5.1.a), c) y d), realizará con el paciente solicitante un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita. Sin perjuicio de esta información verbalizada habrá de facilitarse también por escrito en plazo de cinco días. Una vez recibida la segunda solicitud, el médico responsable, en el plazo de dos días naturales, retomará con el paciente solicitante el proceso deliberativo al objeto de atender, en el plazo máximo de cinco días naturales, cualquier duda o necesidad de ampliación de información que se le haya planteado al paciente tras la información proporcionada después de la presentación de la primera solicitud, conforme al párrafo anterior.

2. Transcurridas 24 horas tras la finalización del proceso deliberativo el médico responsable recabará del paciente solicitante su decisión de continuar o desistir de la solicitud de prestación de ayuda para morir. En el caso de que el paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial y solicitará del paciente la firma del documento de consentimiento informado. Del mismo modo procederá a comunicar la negativa a continuar con el proceso por parte del solicitante.
3. Es perfectamente entendible la voluntad normativa de imprimir agilidad e incluso inmediatez a este proceso, pero la relevancia de los bienes jurídicos protegidos y la complejidad de los asuntos a valorar nos hace parecer un poco atropellada esta sucesión temporal.
4. El médico responsable deberá consultar a un médico consultor, quien, tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, o en su caso en el 5.2, en el plazo máximo de 10 días naturales desde la fecha de la segunda solicitud, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas

- al paciente solicitante en el plazo máximo de 24 horas. En caso de informe desfavorable del médico consultor sobre el cumplimiento de las condiciones del artículo 5.1, el paciente podrá recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación.
5. Una vez cumplido lo previsto en los apartados anteriores, el médico responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda para morir, lo pondrá en conocimiento del presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación, en el plazo máximo de tres días hábiles, al efecto de que se realice el control previo previsto en el artículo 10.

Acciones por la comisión de garantía y evaluación

1. Recibida la comunicación del médico responsable, recién referida, el presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación designará, en el plazo máximo de dos días, a dos miembros de la misma, un profesional médico y un jurista, para que verifiquen si, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir. Los dos miembros citados tendrán acceso a la documentación que obre en la historia clínica y podrán entrevistarse con el profesional médico y el equipo así como con la persona solicitante.
2. En el plazo máximo de siete días naturales, emitirán un informe con los requisitos a que se refiere el documento contemplado en la letra b) del artículo 12. Si la decisión es favorable, el informe emitido servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación. Si la decisión es desfavorable a la solicitud planteada, quedará abierta la posibilidad de reclamar en virtud de lo previsto en la letra a) del artículo 18. En los casos en que no haya acuerdo entre los dos miembros citados en el apartado 1 de este artículo, se elevará la verificación al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación, que decidirá definitivamente.
3. La resolución definitiva deberá ponerse en conocimiento del presidente para que, a su vez, la traslade al médico responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda para morir; todo ello deberá hacerse en el plazo máximo de dos días naturales.

4. En el caso de que Comisión de Garantía y Evaluación informe desfavorablemente la solicitud de la prestación de ayuda para morir, podrá ser recurrida dicha decisión ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

La eventual denegación de la petición de ayuda a morir

La ayuda a morir, como prestación sanitaria que es, puede ser objeto de denegación por quien ha de dispensarla. El plazo con que cuenta el profesional para emitir su denegación (de forma escrita y motivada) es de 10 días desde la primera solicitud de la ayuda. Parece muy breve este espacio temporal, sobre todo si el citado profesional ha de allegar determinados medios de prueba como soporte de su decisión. Una vez comunicada al solicitante la decisión denegatoria el médico responsable cuenta con un plazo de cinco días para emitir los documentos citados en el artículo 12.

El artículo 7 de la norma recoge esa posibilidad y la vía de impugnación de la misma, en caso de discrepancia, ante la Comisión de Garantía y Evaluación que resultare competente en el plazo de 15 días.

La ayuda a morir. Modalidades

Se da acogida, en la letra g) del artículo 3, a la *prestación de ayuda para morir* que contiene las dos modalidades: la eutanasia directa y el suicidio asistido, ambos en el seno del artículo 143 del Código Penal, cuyo apartado 4 se modifica y se añade un apartado 5, precisamente por la Disposición Final Primera de la norma propuesta, con el objeto de exonerar de culpa al profesional causante de las acciones en el entorno de la muerte previstas en la ley como se verá más adelante.

De cualquier forma, el artículo 11 de la ley expone que en el caso de que el paciente se encuentre consciente, éste deberá comunicar al médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir. Y cualquiera que sea esa modalidad la norma garantiza que se lleve a cabo con atención y seguimiento al solicitante de la ayuda. Cuando se trate de la administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente... el médico

responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, asistirán al paciente hasta el momento de su muerte. En el caso de que la ayuda solicitada sea la prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que ésta se la pueda autoadministrar para causar su propia muerte... el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, tras prescribir la sustancia que el propio paciente se autoadministrará, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a éste hasta el momento de su fallecimiento.

Es evidente que la ley reconoce y valora la necesidad de máxima atención y seguimiento del solicitante de la ayuda en situaciones vivenciales de eventual angustia y necesidad de apoyo.

Comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir

Una vez realizada la prestación de ayuda para morir, y en el plazo máximo de cinco días hábiles después de ésta, conforme al artículo 12 de la ley, el médico responsable deberá remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación de su Comunidad Autónoma o Ciudad Autónoma los siguientes dos documentos separados e identificados con un número de registro:

1. Datos identificativos y domiciliarios del solicitante de la prestación, del médico responsable, del médico consultor y del representante en las instrucciones previas si lo hubiere.
2. Conjunto de los datos requeridos en el apartado b) del artículo 12, comprensivos de la situación clínica y de autonomía decisoria del solicitante de la prestación, descripción del proceso desde la solicitud inicial y procedimiento seguido en la ayuda a morir, sustancialmente.

La objeción de conciencia de los profesionales

La letra f) del artículo 3 menciona el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales, asunto ya reconocido en nuestro ordenamiento jurídico, pero que aquí alcanza especiales connotaciones, habida cuenta de la posible discordancia de la repercusión percibida por el paciente en su situación clínica y la

interpretación que de ella haga el médico. Nótese que en los apartados b) y c), antes mencionados, el derecho a solicitar las prestaciones de la norma se asienta sobre *sufriimiento físico o psíquico constante e intolerable*, concepto evidentemente subjetivo del paciente y que puede, eventualmente, no corresponderse con el criterio del profesional acerca de la situación presente y del horizonte de expectativas terapéuticas clínicamente posibles, como se ha dicho con anterioridad.

Se hace expresa declaración de este derecho de los profesionales en el artículo 14, cuando afirma que los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito. Es correcta la precisión de que este derecho sólo asiste a aquellos profesionales «directamente implicados» en la prestación y no afecta a aquellos otros con conexión indirecta (hostelería, mantenimiento, etcétera).

Debemos destacar el peligro de exigir una posición objetora previa y absoluta. No debemos olvidar que este posicionamiento ni es definitivo, pues puede cambiarse a lo largo del ejercicio profesional, ni tiene por qué ser absoluto, pues puede depender de casos concretos que motivan este planteamiento, mientras que otros casos no lo motivarían.

La ley recoge en su artículo 16.2: *Las administraciones sanitarias crearán un Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir...* Entendemos desafortunada esta aportación a la norma. Este instrumento puede servir para «señalar» a determinados profesionales ante sus superiores o la profesión y la sociedad en general y no parece conciliarse debidamente con el derecho constitucional a no declarar sobre las propias creencias o determinaciones morales, en definitiva.

Dónde se hace efectiva la prestación de ayuda a morir

El artículo 14 de la ley deja claro que la prestación de la ayuda para morir se podrá realizar no sólo en centros sanitarios, tanto públicos como privados o

concertados, sino también en el domicilio del solicitante de la ayuda a morir, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el lugar donde se realiza.

Contiene este precepto una evidente prohibición. No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia.

Protección de la intimidad y confidencialidad

No es muy afortunada esta exposición terminológica. En efecto es posible proteger la intimidad, pero no la confidencialidad que no es un derecho, sino una obligación de quien tiene la información íntima a proteger. Decir garantías de intimidad y confidencialidad hubiera sido más correcto.

En el desarrollo del precepto sí emplea de forma inequívoca y correcta estos vocablos, cuando en el artículo 15.1 dice: *los centros sanitarios que realicen la prestación de ayuda para morir adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.*

Añade, en el número 2 siguiente que: *los citados centros deberán contar con sistemas de custodia activa de las historias clínicas de los pacientes e implantar en el tratamiento de los datos las medidas de seguridad de nivel alto previstas en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.* Conviene destacar que esta clasificación en niveles ya no se encuentra vigente, pues pertenece al Real Decreto 1720/2007, del 21 de diciembre, de desarrollo de la derogada Ley de Protección de Datos, cuando determinaba tres niveles de protección de la información (básico, medio y alto) a especificar en el documento de seguridad. Hoy, con el Reglamento Europeo de 2018, ya no se establecen dichos niveles, sino que se habla de medidas técnicas y organizativas apropiadas para garantizar un nivel de seguridad adecuado al riesgo que corren los datos a manejar.

Las Comisiones de Control y Evaluación

A través del Capítulo V de la ley se declara que el cometido de estos órganos es verificar de forma

previa y controlar *a posteriori* el respeto a la ley y los procedimientos que establece. Deberán crearse en todas las comunidades autónomas y en las ciudades de Ceuta y Melilla a los fines de esta ley. Serán creadas por los respectivos gobiernos autonómicos, quienes determinarán su régimen jurídico. En el caso de las ciudades de Ceuta y Melilla, será el Ministerio de Sanidad quien cree las comisiones para cada una de las ciudades y determine sus regímenes jurídicos. El plazo para hacerlo es de tres meses desde la entrada en vigor de la ley.^{vi}

La composición de cada una de ellas tendrá carácter multidisciplinar y deberá contar con un número mínimo de siete miembros entre los que se incluirán personal médico, de enfermería y juristas. Cada Comisión de Garantía y Evaluación deberá disponer de un reglamento de orden interno, que será elaborado por la citada comisión y autorizado por el órgano competente de la administración.

El detalle principal de las funciones de estos órganos puede exponerse de este modo:

1. Resolver las reclamaciones presentadas por aquellas personas a quienes se hubiera denegado la ayuda a morir por el médico responsable o respecto de quienes reclamen contra el informe desfavorable de los dos expertos designados por la comisión.
2. Requerir del centro sanitario para que facilite, en su caso, la prestación solicitada.
3. Verificar si la prestación de ayuda a morir ha sido llevada a cabo conforme a la ley.
4. Otras funciones como detectar posibles problemas en el cumplimiento de las obligaciones previstas en esta ley, proponiendo, en su caso, mejoras concretas para su incorporación a los manuales de buenas prácticas y protocolos; resolver dudas o cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la ley, sirviendo de órgano consultivo; elaborar y hacer público un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la ley en su ámbito territorial concreto. Dicho informe deberá remitirse al órgano competente en materia de salud.

^{vi} Conforme a la Disposición Final Cuarta, deben ser creadas antes del 25 de septiembre de 2021.

Modificación del Código Penal

El objeto de estas modificaciones se centra en la despenalización de las conductas de ayuda a morir bajo las condiciones de esta ley, en lo que respecta al artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal. Queda redactado el apartado 4 de dicha ley de este modo: *El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insopportables, por la petición expresa, seria e inequívoca de ésta, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los apartados 2 y 3.*

Se añade un apartado 5, emblemático de la nueva ley, auténtico eje de la despenalización, que recoge: *No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, no incurirá en responsabilidad penal quien causare o cooperare activamente a la muerte de otra persona cumpliendo lo establecido en la Ley Orgánica reguladora de la eutanasia.*

Se introduce y «normaliza» la aplicación de ayuda a morir en el medio sanitario, bajo determinadas condiciones legales e informa a los profesionales sanitarios de su actuación conforme a derecho, en esos casos, sin perjuicio de su evidente derecho a formular objeción de conciencia ante las eventuales solicitudes de implicarles en la mencionada ayuda.

Consideración legal de la muerte

Introduce la Disposición Adicional Primera una novedosa (y curiosa) declaración cuando afirma que: *la muerte como consecuencia de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración legal de muerte natural a todos los efectos, independientemente de la codificación realizada en la misma.*

El juego fundamental de esta apreciación podemos imaginarlo, por ejemplo, en el escenario del mundo del aseguramiento.

Formación

En la Disposición Adicional Séptima se pone en valor el papel de los profesionales sanitarios a quienes las administraciones sanitarias difundirán el conocimiento de esta nueva regulación de la ayuda a morir, debiendo coordinarse, por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, en el plazo de un año, desde la entrada en vigor de la ley, la oferta de formación continua específica sobre la ayuda para morir, que deberá considerar tanto los aspectos técnicos como los legales, formación sobre comunicación difícil y apoyo emocional.

MENCIÓN FINAL

El derecho del solicitante de la ayuda a morir a obtenerla, en concurrencia de las condiciones legales exigibles, se encuentra garantizado en la ley. Del mismo modo, el derecho a la objeción de conciencia del profesional sanitario a abstenerse de acciones en contra de su ética personal y en ejercicio de su libertad de conciencia.

Cuando dos derechos de máximo nivel se encuentran en situación de conflicto, situación muy frecuente en el terreno del derecho sanitario, hemos de decidir si uno de ellos ha de ceder en aras del otro prevalente o pueden coexistir ambos derechos y bajo qué condiciones.

Éste es el caso que nos ocupa, en que el solicitante de la ayuda a morir, bajo condiciones legales, tiene derecho a obtenerla y a un profesional eventualmente implicado le asiste el derecho a objetar en conciencia. Bien entendido que la objeción no autoriza a obstaculizar, por el profesional, el legítimo ejercicio del derecho a obtener la prestación, sino sólo a apartarse de participar en ello.



Poder del médico

Power of the physician

Eduardo García Solís*

Palabras clave: Médico, poder, paciente.

Keywords: Physician, power, patient.

Estimado Editor

* Comisión de Bioética del Estado de Campeche. Médico Cirujano con Especialidad en Patología Clínica, México.

Correspondencia: EGS, eduardogarsol@gmail.com

Conflictos de intereses: Ninguno.

Citar como: García SE. Poder del médico. Rev CONAMED. 2021; 26(4): 202-203. <https://dx.doi.org/10.35366/102508>

Financiamiento: Ninguno.

Desde los tiempos de Hipócrates, hace más de 2,000 años, se ha considerado que el médico tiene un *poder*, el poder de la curación. No obstante, en el devenir de los años, ese poder en ocasiones se ha degradado. Como se reportó en enero de 2016, un médico de renombre agredió sexualmente a una paciente de raza negra,¹ en uno de los hospitales académicos más prestigiosos de los EUA. Sucedió justo en la sala de emergencias, un lugar al que acudió con la esperanza de recibir atención, e inicialmente nadie le creyó. Cuando el análisis de semen mostró que, de hecho, tenía razón, que este médico la había drogado y procedió a eyacular sobre ella, muchos cuestionaron cómo podría haber sido posible. Para la mayoría del personal de salud, esto parecería sorprendente y difícil de creer. Probablemente su poder, prestigio y sentido de invencibilidad fueron todos factores que realmente lo hicieron sentir que podría salirse con la suya, cuántos casos similares se conocen. Existen médicos que se consideran *non plus ultra*, se reportan casos de abuso sexual, físico, psicológico² y la mayoría de las veces no pasa nada.

En los hospitales se han creado y perpetuado jerarquías obsoletas, que han dado origen al poder en medicina, situación que ha llevado al abuso no sólo de pacientes, sino también de estudiantes de medicina y otros profesionales de la salud. En la enseñanza de la medicina en las residencias médicas existen médicos que consideran tener el poder de influir sobre sus subalternos, no sólo en lo académico, en ocasiones en su vida privada, aunado a la falta de supervisión de autoridades sanitarias y educativas. Si los médicos tienen el potencial de volverse abusivos, ¿por qué lo hacen y cómo podríamos detenerlo? Algunos han señalado la creciente epidemia de agotamiento entre los médicos en formación como contribuyentes. En un estudio,³ los investigadores descubrieron que los estudiantes de medicina que estaban más «agotados» tenían más probabilidades de comportarse de manera no profesional y con menor humanismo en el cuidado de los pacientes, especialmente los vulnerables. En esa población en especial el paciente cree que el médico tiene un poder apostólico, todo lo que éste dijera sería aceptado y creído como verdad. La responsabilidad del médico es con sus pacientes, estudia medicina para ayudar. Algunos consideran que tienen un poder, en ocasiones, entre decidir la vida o la muerte, como sucede con la eutanasia, sin olvidar el poder económico, en donde los médicos hacen de la profesión un lucro.

Otra razón puede ser que no estamos seleccionando el tipo correcto de personas para ser médicos. En México, los sistemas de admisión médica están orientados a los puntajes de los exámenes, lo que significa que un estudiante con buenas calificaciones es excelente para estudiar medicina. Pero eso no necesariamente se traduce en lo que los pacientes suelen considerar importante: un médico que los escucha, se preocupa, tiene empatía y los trata como un ser humano que solicita ayuda. La investigación ha demostrado que la inteligencia emocional (emotional quotient, EQ por sus siglas en inglés) puede ser de utilidad, en contraste con el cociente intelectual (intelligence quotient, IQ por sus siglas en inglés). Algunas escuelas de medicina están cambiando para cambiar sus criterios de admisión y reflejar mejor esta necesidad, pero la mayoría no.

Pero además de estas razones, no debemos subestimar el hecho de que el poder corrompe inherentemente, en especial cuando no hay un sistema para mantenerlo bajo control. Muchos de los prestigiosos médicos que se salieron con la suya de dañar a otros han sido protegidos por sus instituciones.

En la Facultad de Medicina de Yale,⁴ un médico siguió siendo director de su Instituto de investigación y fue invitado a regresar como jefe de su división después de acosar sexualmente a estudiantes. La realidad es que los médicos de renombre son importantes para las instituciones. Algunos aportan grandes cantidades de becas de investigación, otros aumentan la influencia y el prestigio del lugar donde trabajan, pero las personas que tienen el poder de hacer algo sobre el abuso deben preguntarse ¿la seguridad de un paciente no vale más que salvar el prestigio o proteger el dinero de la investigación?

El poder «infiltara toda nuestra sociedad y todos nuestros actos, queramoslo o no».⁵ La gran recomendación para irnos al lado positivo del poder es buscar la transparencia, claridad, información, defender los derechos de los pacientes y sus intereses.

Los pacientes merecen los mejores médicos, pero los mejores médicos no siempre son los más famosos. Cuando se trata de ayudar, al paciente no le importará cuántos títulos, publicaciones y premios están detrás del nombre de sus médicos; al presentarse una enfermedad, deseará a alguien que esté a su lado, tomándole de la mano, tratándole con respeto y cuidado, reconociendo que es un ser humano. Los médicos que piensan que son Dios no podrán hacer esto.

No necesitamos médicos más poderosos en medicina, lo que necesitamos son buenos médicos.

AGRADECIMIENTOS

A la Comisión de Bioética del Estado de Campeche.

REFERENCIAS

1. One Night at Mount Sinai, Aja Newman went to the emergency room for shoulder pain. Her doctor was a superstar. What is the worst that could happen? The Cut, Oct 15, 2019.
2. Fnais N, Soobiah C, Hong Chen M, Lillie E, Perrier L, Tashkhandi M et al. Acoso y discriminación en la formación médica: una revisión sistemática y metaanálisis. Acad Med. 2014; 89 (5): 817-827. doi: 10..1097
3. Igde FA, Sahin MK. Changes in empathy during medical education: an example from Turkey. Pak J Med Sci. 2017; 33 (5): 1177-1181.
4. Yale medical school removes doctor after sexual harassment finding, The New York Times, 14 November, 2014.
5. Baeza H. El poder del médico. Revista de la SEMG 2004; (60): 13-18. Disponible en: www.mgyfsgm.org/medicinageneral/revista_60/pdf



In Memoriam Acad. Dr. Héctor Aguirre Gas

In Memoriam Professor Héctor Aguirre Gas, MD

Jorge A Pérez Castro y Vázquez*

* Cirugía General y Laparoscopia. Hospital Ángeles Metropolitano, Ciudad de México.

Correspondencia: JAPCV,
jope@yahoo.com

Conflictos de intereses:
Ninguno.

Citar como: Pérez CVJA.
In Memoriam Acad. Dr. Héctor Aguirre Gas. Rev CONAMED. 2021; 26(4): 204-205. https://dx.doi.org/10.35366/102509

Financiamiento: Ninguno.

Recibido: 25/10/2021.

Aceptado: 25/10/2021.

Evocar a un maestro, líder, directivo, compañero de trabajo, amigo con quien se pueden compartir intereses comunes, ideas y aspiraciones, sin trabas y con plena confianza de que serás escuchado y que obtendrás una retroalimentación medida, centrada y enfocada, ha sido una experiencia singular que se agradece a la vida.

Muchas han sido las palabras motivadas por la reciente ausencia terrenal del Dr. Héctor Aguirre Gas (*Figura 1*), se ha señalado su trayectoria profesional como internista, directivo, sus trabajos sobre calidad que marcaron un hito en la historia de la medicina en nuestro país e internacionalmente, llegando a ser un pilar de la mística que aun hoy subyace en el cambiante Instituto Mexicano del Seguro Social, su espíritu institucional, su trabajo incansable, sus definiciones y conceptos, su visión de solidaridad, su deseo de una mejor medicina y mejores profesionales de la salud, un ejemplo de ello es su muy difundida plática sobre el virus de la soberbia humana (VSH), ¿una nueva enfermedad?, de la que ahora reproduczo como homenaje a su perenne pensamiento:

Se presenta la descripción de una nueva enfermedad y se indican sus síntomas, signos, resultados de laboratorio, de gabinete y respuesta a algunos procedimientos terapéuticos. Afecta inicialmente al sistema nervioso central, empezando por los pares craneales y la corteza cerebral; sin embargo, evoluciona progresivamente hacia una enfermedad multisistémica. Afecta a individuos de ambos sexos, con mayor frecuencia entre los 16 y 75 años, que laboran en instituciones públicas o privadas, ocupando posiciones de elevado nivel jerárquico. Por sus diferentes grados de gravedad y mala respuesta a las medidas terapéuticas es necesario llevar a cabo una difusión de sus principales signos y síntomas, que permita realizar una prevención oportuna y suficiente y así evitar o detener su evolución en etapas tempranas.

El propósito de la presente comunicación es alertar a las personas que se encuentran en las alturas o que han ascendido por la escalera de la vida en forma rápida o a saltos, que caminan por el terreno de la infalibilidad o se deleitan con las mieles del poder, y recordarles que es preferible prevenir que tener que aceptar las consecuencias de una terrible enfermedad que puede acabar con ellos o dejarles secuelas permanentes.

Para terminar, vale la pena dejar la parte final del trabajo que tiene gran significado de la calidad de ser humano que fue el Dr. Héctor Aguirre Gas. ... no debe

olvidarse que lo importante no es identificarla en los demás, sino en nosotros mismos y que si no identificamos en nosotros ningún síntoma que



Figura 1: Acad. Dr. Héctor Aguirre Gas.

nos preocupe, pudiera deberse a que ya estamos enfermos y somos incapaces de reconocer sus manifestaciones en nosotros mismos. Concluyo refiriendo a ustedes que me retiro a continuar mis investigaciones sobre esta enfermedad, puesto que se ha descrito un nuevo síntoma: a los enfermos por el VSH les da por describir enfermedades de los demás... Aguirre Gas, Héctor G. VSH ¿Una nueva enfermedad? <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2001/un013i.pdf>

También se ha escrito sobre el médico, hombre serio, culto, mesurado, siempre pulcro, quizás hasta reservado, pero siempre con el don de ser humano sensible a la injusticia y a la impunidad, e impotencia que la vida nos presenta y que siempre supo afrontar con valor y categoría.

Finalizo resaltando que es un don de la vida poder dejar un legado a nuestra partida, el Dr. Héctor Aguirre Gas lo tuvo y fue generoso con los que lo conocimos y disfrutamos de su saber, amistad y compañía y también para quienes no lo conocieron, pero que disfrutan de muchos de sus anhelos que hoy son realidades en la vida del profesional de la salud.

¿Qué es la **CONAMED**?

Es un organismo creado para atender quejas derivadas de la atención médica, cuando sea voluntad del paciente y del prestador de servicio de salud resolverla mediante mecanismos alternativos, a través de la conciliación y el arbitraje.

Estamos para ayudarte



webmaster@conamed.gob.mx
55 5420 7000 / 800 711 0658

¿Qué asuntos atiende **CONAMED?**

Las inconformidades por irregularidades en la atención médica derivadas de la actuación u omisión del médico o algún integrante del equipo de salud en relación con el diagnóstico, tratamiento, seguimiento de la atención, negación del servicio médico o de urgencia, entre otros.

Estamos para ayudarte

webmaster@conamed.gob.mx
55 5420 7000 / 800 711 0658



Cuando se trata de asuntos que no sean de carácter civil.

En asuntos administrativos y laborales (incapacidad, accidentes de trabajo, dictámenes médicos para pensión, entre otros).

Cuando exista una denuncia ante los órganos jurisdiccionales, salvo en los casos en que se renuncie a procedimiento judicial en trámite y se acepte el proceso arbitral.

¿Qué tipos de quejas están fuera del marco de actuación de la CONAMED?

Cuando la queja se refiera a cobros excesivos por productos, servicios en clínicas, hospitales o por pago de honorarios a médicos u otro aspecto mercantil.

Cuando no se quiera conciliar y la única petición sea de sanción, inhabilitación o retiro de cédula profesional, entre otros.

En general, cuando no se refiera a una negativa o irregularidad en la prestación de los servicios médicos. En este caso, te orientaremos a dónde acudir.



webmaster@conamed.gob.mx
55 5420 7000 / 800 711 0658

CURSO EN LÍNEA

¿Cómo levantar una queja por la atención médica recibida?

AL PÚBLICO
EN GENERAL

PRÓXIMAS FECHAS

Para mayor información:

www.gob.mx/conamed

cursoprevencionconflicto@conamed.gob.mx

Estamos para ayudarte



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Recomendaciones para mejorar la atención del ADULTO MAYOR

Recomendaciones para mejorar la atención del adulto mayor dirigidas al Personal directivo y Jefes de Servicios

- Propiciar la atención multidisciplinaria centrada en el paciente.
- Desarrollar vestimentas de atención con personal capacitado que sirve a poner a disposición de los adultos mayores los recursos con los que cuentan las unidades de salud.
- Facilitar el acceso de los adultos mayores a instalaciones adecuadas a su condición y casuística (adaptadas a las personas con discapacidad y mobiliario de las instalaciones adecuadas y las limitaciones de movilidad).
- Contar con recursos humanos suficientemente capacitados para la atención de salud y social de los adultos mayores que impregnen la calidad de la atención.
- Considerar la prestación como un factor de riesgo, ya que son consumidores de múltiples medicamentos y tienen no poder leer la receta y las precauciones indicadas en las etiquetas.
- Capacitar a pacientes y familiares en la identificación de datos de alarma generales y, en particular, de los datos de alarma de las patologías de las que es portador.

Recomendaciones para mejorar la atención del adulto mayor dirigidas al Profesional de Salud

- Orientar acceso prioritario a servicios de salud acordes a la edad y a las necesidades de salud de los adultos mayores, teniendo en cuenta que sea posible con garantías, eficiencias, interacciones y otros especializadas.
- Moderar y regularizar de acuerdo a las necesidades de los adultos mayores:

 - Alimentación dietética.
 - Desarrollo de habilidades cognitivas.
 - Explicar y sugerir el uso de antecedentes, venenciales y orgánicas.
 - Abrir a las unidades deportivas de clase.

Recomendaciones para mejorar la atención del adulto mayor dirigidas a los Pacientes

- Practicar ejercicio programado de tipo aeróbico, de fortalecimiento muscular, especialmente el agarre en las manos, de balance y flexibilidad, por indicación y bajo vigilancia médica o de un experto en actividad física para adultos mayores.
- Conversar extensamente con su médico sobre sus enfermedades, a fin de que juntos lleguen a la mejor decisión sobre los tratamientos y medidas a seguir.
- Portar siempre su credencial del INAPAM o una tarjeta con sus datos personales, enfermedades que padece y medicamentos que consume, junto con los teléfonos de contacto en caso de emergencia.
- Prevenir accidentes en el hogar mediante la procuración de un ambiente seguro, libre de obstáculos, iluminación y, según el caso, con medidas de apoyo (barandas, rampas, amparas, andaderas, etc.)

Recomendaciones para mejorar la atención del adulto mayor dirigidas a la Familia y a los Cuidadores

- Considerar a la familia y a los cuidadores como parte importante del equipo de salud, proporcionando información suficiente y pertinente sobre cuidados y datos de alarma.
- Vigilar el estado afectivo y mental en busca de depresión o deterioro cognitivo.
- Ser cauto y juicioso en la prescripción de medicamentos.
- Recordar que la salud oral es prioritaria para mantener una buena calidad de vida.
- Fomentar las actividades grupales que favorezcan su entorno social.
- Promover la actividad física, tomando en cuenta su condición de salud, las facilidades para realizarla y las preferencias personales.
- Mantener al día los esquemas de vacunación propuestos para este grupo de edad.
- Vigilar el estado nutricional recordando su deterioro acarrea desenlaces negativos en la salud.

Consulta, descarga y comparte



Estamos para ayudarte



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CONAMED
COMITÉ NACIONAL DE INVESTIGACIONES MÉDICAS