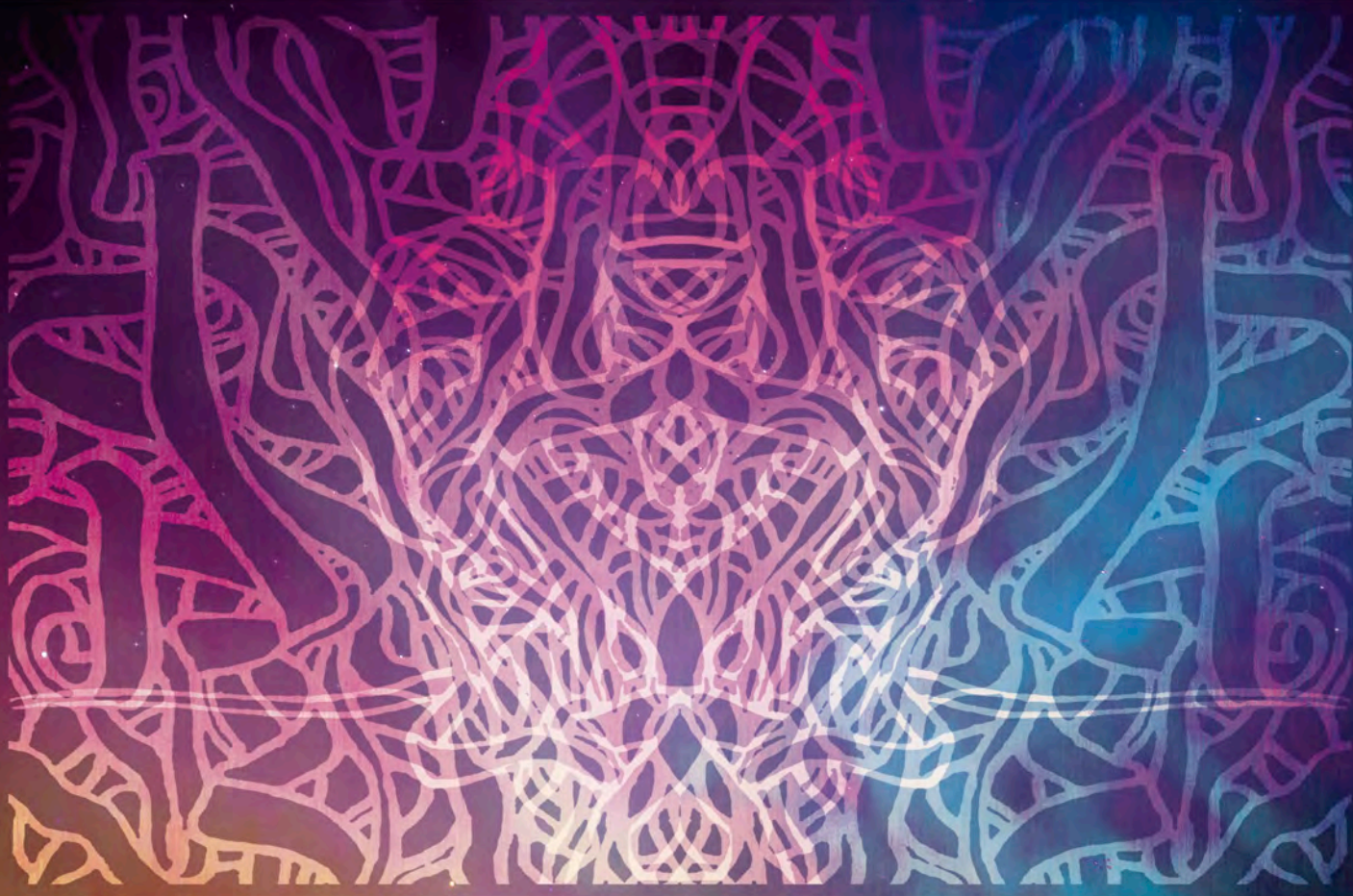


REVISTA CONAMED

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

Volumen 26, Número 2, Abril - Junio, 2021

ISSN 2007-932X



Funcionalidad familiar en
la adherencia terapéutica

Mala práctica
médica

Úlcera por presión
en paciente crítico

El derecho a la salud como
derecho humano

Ser médico en pandemia

Servicio social en medicina
¿debe continuar?

COVID-19 en un país sin justicia social

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

REVISTA CONAMED

· Vol. 26 Núm. 2, Abril-Junio 2021 ·

Editorial	55	El derecho a la salud, un tema presente <i>The right to health, a present issue</i> Daniela Carrasco Zúñiga, Miguel Ángel Lezana Fernández, Fernando Meneses González
Artículo original	57	Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención <i>Family functionality in the therapeutics adherence of the patient with systemic arterial hypertension in the first level of attention</i> Eli Nahim Becerra Partida, Carolina Villegas Galindo
Artículo de revisión	68	Mala práctica médica. Caso médico-legal y dictamen <i>Medical malpractice. Medical-legal case and opinion</i> Ismael García Garduza
Caso clínico	82	Calidad del cuidado enfermero. Úlcera por presión en paciente crítico <i>Quality of nursing care. Pressure ulcer in critical patient</i> Surya Moncada Heredia, David Luna Pérez, Miguel Ángel Lezana Fernández, María Susana González Velázquez, Fernando Meneses González
Derechos humanos y salud	89	El derecho a la salud es un derecho humano <i>The right to health is a human right</i> Esther Illán Marcos, César Hernández Mier
	95	Ser médico en la pandemia <i>Being a physician during the pandemic</i> Eduardo García Solís
	98	Servicio social en medicina ¿debe continuar? <i>Social service in medicine must continue?</i> Eduardo García-Solís
Carta al Editor	101	COVID-19 en un país sin justicia social <i>COVID-19 in a country without social justice</i> Ricardo Páez Moreno

REVISTA CONAMED

Director General

Dr. Onofre Muñoz Hernández

Editor

Dr. Fernando Meneses González

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)

Director Asociado

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

Co-editores

QFB. Daniela Carrasco Zúñiga
Dra. Leticia de Anda Aguilar
Dr. José de Jesús Leija Martínez

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 Ortiz
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 Gonseth-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:

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



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

REVISTA CONAMED, Año 26, No. 2, abril-junio 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. 04-2014-040110340300-203, 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, 15 de julio 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.

El derecho a la salud, un tema presente

The right to health, a present issue

Daniela Carrasco Zúñiga,* Miguel Ángel Lezana Fernández,*
Fernando Meneses González*



Un eje esencial en la vida democrática de una nación es la protección a la salud de su población. En México, éste se encuentra consagrado en el artículo 4º constitucional, el cual obliga a que el Estado brinde las garantías necesarias para el ejercicio efectivo de ese derecho fundamental que la población posee. La discusión del derecho a la protección de la condición saludable está presente de manera constante, es por ello que en el presente número se aborda bajo la óptica de Illán y Hernández, donde, desde la perspectiva de los derechos humanos, ellos consideran que los elementos que dan base al derecho a la sanidad son cuatro: la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de los servicios y la atención en salud.¹

En la conservación de la salud interactúan un profesional de la disciplina y una persona en busca de una solución a algún problema, interacción que ocurre en alguna institución de salubridad o en el consultorio médico; uno de los componentes que sirve de puente y enlace entre profesional y paciente es el expediente clínico. Dicho conjunto de información personal de un enfermo requiere de un manejo adecuado, confidencial y veraz, sobre la integración adecuada del expediente clínico que incluye, a través del consentimiento informado, la información de los riesgos por procedimiento e intervenciones realizadas a los pacientes. Ismael Garduza presenta un caso de medicina legal en el cual se muestra la importancia de la estructura correcta del expediente clínico y la implicación de la utilización inadecuada del mismo. Sirva este artículo a manera de ejercicio de enseñanza para aquellos jóvenes profesionales de la salud quienes inician sus carreras, y allí vean la importancia de estos instrumentos.²

El profesional de enfermería es un pilar para mantener la salud del paciente, en la manutención de la condición saludable del enfermo, las actividades específicas que ellos realizan son importantes en el manejo diario, procurando la prevención de complicaciones, al igual que los estándares específicos que se tienen a fin de evitarlas en tales pacientes durante su estancia hospitalaria, como lo exponen Moncada Heredia y sus colaboradores, en el reporte de caso del cuidado enfermero en úlcera por presión en un paciente crítico.³

A la importancia de la asistencia por parte de enfermería y doctores se suman las intervenciones del núcleo familiar, sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, esta última red de apoyo genera un impacto positivo en el control de estos padecimientos, se relaciona con una mejor respuesta al tratamiento debido al apego al mismo, mencionado en el trabajo *Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención* de Becerra y Villegas.⁴

* Dirección General de
Difusión e Investigación.
Comisión Nacional de
Arbitraje Médico. México.

Correspondencia:

DCZ, dcarrasco@
conamed.gob.mx

Conflicto de intereses:

Los autores declaran
no tener conflicto de
intereses.

Citar como: Carrasco ZD,
Lezana FMÁ, Meneses
GF. El derecho a la salud,
un tema presente. Rev
CONAMED. 2021; 26(2):
55-56. [https://dx.doi.
org/10.35366/100347](https://dx.doi.org/10.35366/100347)

Financiamiento: No hubo
financiamiento.

La actual pandemia por COVID-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de insumos y equipos para el buen funcionamiento de las instituciones de salud pública, además de los profesionales de esa área quienes brindan atenciones y cuidados a los pacientes que atraviesan por esta enfermedad. Páez Moreno⁵ realiza una reflexión en torno a la relación de la COVID-19 con la ausencia de justicia social en nuestro país, así como la concepción de ser médico en la pandemia, desde el enfoque descrito por García Solís.⁶

Atenciones y custodia por familiares y profesionales de la salud, instalaciones, insumos y servicios que proporcionen al paciente la protección requerida en el transcurso de su enfermedad, son elementos que necesitan funcionar de manera sincrónica en el fortalecimiento del

derecho al óptimo estado de bienestar de los mexicanos.

REFERENCIAS

1. Illán ME, Hernández MC. El derecho a la salud es un derecho humano. *Rev CONAMED*. 2021; 26 (2): 89-94.
2. García GI. Mala práctica médica. Caso médico-legal y dictamen. *Rev CONAMED*. 2021; 26 (2): 68-81.
3. Moncada HS, Luna PD, Lezana FMÁ, González VMS, Meneses GF. Calidad del cuidado enfermero. Úlcera por presión en paciente crítico. *Rev CONAMED*. 2021; 26 (2): 82-88.
4. Becerra PEN, Villegas GC. Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención. *Rev CONAMED*. 2021; 26 (2): 57-67.
5. Páez MR. COVID-19 en un país sin justicia social. *Rev CONAMED*. 2021; 26 (2): 101-103.
6. García SE. Ser médico en la pandemia. *Rev CONAMED*. 2021; 26 (2): 95-97.

Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención



Family functionality in the therapeutics adherence of the patient with systemic arterial hypertension in the first level of attention

Eli Nahim Becerra Partida,*† Carolina Villegas Galindo*

RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial sistémica (HAS) y su prevalencia en México son uno de los principales factores de eventos cardiovasculares, afectando directamente en la calidad de vida. Controlar el padecimiento en primer nivel constituye una estrategia terapéutica que debe impulsar al paciente al buen apego a tratamiento. Es de igual importancia el entorno social del paciente, principalmente el familiar, aportando soporte y seguridad o bien, conflictos y problemáticas que repercuten en la evolución de la enfermedad. **Objetivo:** Conocer la funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en la unidad de medicina familiar Núm. 78, en Guadalajara, Jalisco, México. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo correlacional en el cual se aplicaron los instrumentos con variables socio-demográficas, así como la Escala de Adherencia Terapéutica para Pacientes Crónicos Basada en Comportamientos Explícitos, y la prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL), a todo paciente hipertenso que acuda a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 78 con previo consentimiento informado. El universo contemplado fue de 2,705 pacientes, de los cuales se obtuvo una muestra de 336 pacientes, con un intervalo de confianza de 95% para un error tipo I del 5%, expresado con un valor de 0.05. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS versión 19, utilizando una estadística descriptiva en la presentación de datos, que incluye las medidas de tendencia central, dispersión más común y porcentajes. Se utilizó prueba H de Kruskal Wallis y Chi cuadrada para las variables intervinientes no paramétricas. Cuando la distribución de ambas variables resulta normal, se utilizó la correlación de Pearson, y en caso contrario se aplicó la correlación de Spearman. **Resultados:** Se estudió una población total de 336 pacientes; con un rango de edad mayoritario de 60-69 años. En la determinación de la funcionalidad familiar, se aprecia una tendencia en el aumento de la presión arterial sistémica relacionado a la disfunción familiar, siendo una tensión arterial promedio 130/78mmHg en el grupo que calificó para familia severamente disfuncional. Respecto al tiempo de evolución se observó una tendencia al aumento en años de diagnóstico en relación a la disfuncionalidad familiar, teniendo un promedio de 10.2 años de evolución con HAS, aquellos con familia funcional, en contraste a 12.67 años en familia severamente disfuncional. En las variables de importancia central para el estudio, la adherencia al tratamiento obtuvo una media de 76.4 puntos \pm 8.6. El 89.6% mostró una alta adherencia al tratamiento y el 10.42% una adherencia moderada. La escala FF-SIL mostró una frecuencia de 54% con familia funcional, 37.2% moderadamente funcional, 7% disfuncional y 0.9% severamente disfuncional. **Conclusión:** El estudio mostró que la buena funcionalidad familiar fomenta y preserva la salud del individuo, lo cual está ligado a la adherencia y buen apego a cambios del estilo de vida, teniendo un impacto significativo para el bienestar grupal e individual por parte del paciente. Ante la relación estrecha observada entre la adherencia terapéutica con la familia, es fundamental presentar un proyecto enfocado a dirigir esfuerzos en materia de prevención.

Palabras clave: Funcionalidad familiar, FF-SIL, adherencia terapéutica, hipertensión arterial sistémica.

* Médico cirujano y partero. Especialidad de Medicina Familiar. Universidad de Guadalajara.
† Maestría en Ética. Instituto de Ética y Terapia de Jalisco. Doctorando en Bioética y Derechos Humanos. Instituto de Ética y Terapia de Jalisco.

Correspondencia: ENBP, elinahim@hotmail.es

Conflicto de intereses: Se manifiesta que no existe ningún potencial conflicto de intereses relacionado con el artículo.

Citar como: Becerra PEN, Villegas GC. Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención. Rev CONAMED. 2021; 26(2): 57-67. <https://dx.doi.org/10.35366/100348>

Financiamiento: Realizado en su totalidad por los autores. Sin financiamiento externo.

Recibido: 06/01/2020.

Aceptado: 31/03/2020.

ABSTRACT

Introduction: Systemic arterial hypertension and its prevalence in Mexico are one of the main factors of cardiovascular events, directly affecting quality of life. Controlling the disease at the first level of attention constitutes a therapeutic strategy that should encourage the patient to adhere to good treatment. The social environment of the patient is of equal importance, mainly in the familiar environment, providing support and security or, conflicts and problems that affect the evolution of the disease.

Objective: To know the family functionality in the therapeutic adherence of the patient with systemic arterial hypertension in the family medicine unit #78 in Guadalajara, Jalisco, Mexico.

Material and Methods: An observational, descriptive, cross-sectional, prospective correlational study was conducted in which sociodemographic variable instruments were applied, as well as the Therapeutic Adherence Scale for Chronic Patients based on Explicit Behaviors, and the test of family functionality perception (FF-SIL), to all hypertensive patients who go to the outpatient clinic of the Family Medicine Unit #78, with prior informed consent. The universe contemplated was 2705 patients, of which a sample of 336 patients was obtained, with a 95% confidence interval for a type I error of 5%, expressed with a value of 0.05. The statistical analysis was performed with the SPSS software version 19, presenting the data in a descriptive statistic, which includes percentages for the most common central tendency and dispersion measures. Kruskal Wallis H test and Chi square test were used for the non-parametric intervening variables. When the distribution of both variables was normal, Pearson's correlation was used, and otherwise Spearman's correlation was applied. **Results:** A total population of 336 patients was studied; with a majority age range of 60-69 years. In determination family functionality, there it a trend in the increase on systemic blood pressure related to family dysfunction, with an average blood pressure being 130/78 mmHg in the group that qualify for severely dysfunctional family. Regarding the evolution time, a tendency to increase in years of diagnosis in relation to family dysfunction was observed with an average of 10.2 years of evolution with SAH for those with functional families, in contrast to 12.67 years in a severely dysfunctional family. In the main importance variables for the study, adherence to treatment showed a mean of 76.4 points \pm 8.6. 89.6% showed high adherence to treatment and 10.42% showed moderate adherence. The FF-SIL scale showed a frequency of 54% with functional families, 37.2% moderately functional, 7% dysfunctional and 0.9% severely dysfunctional. **Conclusions:** The study showed that good family functionality promotes and preserves the health of the individual, which is linked to adherence and good attachment to lifestyle changes, having a significant impact on the group and individual well-being of the patient. Given the close relationship observed between therapeutic adherence with the family, it is essential to present a project focused on directing efforts in the field of prevention to health managers.

Keywords: Family functionality, FF-SIL, therapeutic adherence, systemic arterial hypertension.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es un síndrome de etiología múltiple,¹ la cual es debida a diversos mecanismos metabólicos. El daño subsecuente y las alteraciones sistémicas son consecuencia del aumento a partir de 115/75 mmHg, duplicando el riesgo cardiovascular por cada 20 mmHg de presión sistólica y 10 mmHg de la diastólica en individuos de 40-70 años.^{2,3}

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, actualmente, en México, uno de cada cuatro adultos padece HAS. Se ha registrado la estrecha relación de la HAS con la edad, el medio ambiente, el estilo de vida, el género y la predisposición genética, lo que provoca un crecimiento en las

enfermedades crónico-degenerativas, entre otras, y a su vez contribuyen de manera considerable a la carga de los gastos en el sector sanitario.⁴ En su mayoría serán incapacitantes con un alto grado de mortalidad por complicaciones, como los eventos por EVC, cardiopatía isquémica y alteraciones endocrinometabólicas, neurogénicas y nefropatías. El tratamiento puede modificar el curso de la enfermedad, por lo que deben realizarse controles de las cifras de tensión arterial, la presencia de factores de riesgo y enfermedades concomitantes, así como la presencia de lesión a órganos y la situación personal y social. Por ello, la estrategia terapéutica utilizada debe reforzar con acciones la adecuada adherencia terapéutica a los estilos de vida saludable y al tratamiento farmacológico.⁵

Las evidencias científicas demuestran las dificultades que presentan los pacientes hipertensos con la adherencia a estos tratamientos.⁶

La adherencia terapéutica es parte del comportamiento implicado en la salud y la responsabilidad de los individuos con el cuidado y mantenimiento de la misma;⁷ por lo que se hace hincapié en diferenciar entre adherencia y cumplimiento al tratamiento, pues la primera requiere la aprobación y participación del paciente en el proceso de elaboración de las recomendaciones, proyectando al paciente como socio activo de los médicos en el proceso de atención.⁸

Diversos son los factores que contribuyen al cumplimiento del tratamiento médico, algunos de ellos tienen que ver con la organización de los servicios de salud, la percepción psicológica, las características del tratamiento, la disponibilidad de recursos económicos, la automedicación y el apoyo familiar.⁹ Mostrándose como dificultad para iniciarlo de forma voluntaria, la suspensión o abandono, la inasistencia a consulta, la ausencia de modificación de hábitos y los estilos de vida.¹⁰

Para mejorar el cumplimiento terapéutico es importante que el médico explique al paciente su enfermedad, tratamiento, beneficios y efectos adversos, siendo necesario incluir a la familia como eje principal de la interacción individuo-sociedad y fuente principal de apoyo afectivo y emocional para afrontar con éxito los problemas.^{11,12}

La familia satisface las necesidades que están en función de la conservación, fomento y recuperación de la salud; cuando uno de sus integrantes es afectado por alguna enfermedad, la funcionalidad del núcleo familiar se ve amenazada.^{5,13}

La adecuada sinergia emocional y empatía familiar conllevan al aporte recíproco entre individuo-núcleo como eje de sustentación; caso contrario cuando los integrantes del núcleo mantienen relaciones disfuncionales, las cuales generan desajustes del paciente y el entorno familiar, lo que dificulta el camino a la estabilidad de la enfermedad y pone en juego la adherencia terapéutica, modificando la calidad de vida y de sus familiares.⁵

Una familia funcional, es aquella capaz de cumplir con las necesidades básicas, de acuerdo a la etapa en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente;

por lo tanto, una familia funcional es un factor determinante en la conservación de la salud del paciente.⁵

A través del estudio de la funcionalidad dentro del núcleo familiar se obtiene información de suma importancia para valorar la adherencia al tratamiento en una patología específica. Con los resultados obtenidos se puede iniciar una estrategia para brindar el apoyo necesario a estas familias, realizando estrategias de intervención dirigidas a las áreas identificadas como debilitantes o desestabilizadoras, que permitan al clínico en su práctica ofrecerle herramientas a la familia para enfrentar sus problemas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes: el universo estuvo conformado por 2,705 pacientes con hipertensión arterial sistémica que acuden a consulta de medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 78 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Guadalajara, Jalisco, México. La muestra calculada fue de 336 pacientes con un intervalo de confianza de 95% y un margen de error del 5%. Los criterios de inclusión fueron derechohabientes, pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, que aceptaron voluntariamente y firmaron consentimiento informado. Los criterios de no inclusión fueron pacientes analfabetas, pacientes con enfermedad renal, pacientes con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica, pacientes dependientes de familiar para ingesta de medicamento y pacientes que se nieguen a participar en el estudio. Los criterios de eliminación: llenado incorrecto del test y consentimiento informado no firmado.

Instrumento: se aplicó el test de funcionalidad familiar FF-SIL que consta de 14 ítems mostrando en cada uno como posibles respuestas: casi nunca, pocas veces, a veces, muchas veces, casi siempre; calificado cada uno con el valor en puntos de: 1, 2, 3, 4, 5 en el orden respectivamente mencionado, obteniendo una sumatoria de 14 puntos como mínima y máxima de 70 puntos para clasificar a la funcionalidad familiar como: funcional (57-70 puntos), moderadamente funcional (43-56 puntos), disfuncional (28-42) y severamente disfuncional (14-27 puntos). Se aplicó también la escala de

adherencia terapéutica para pacientes crónicos en comportamientos explícitos que consta de 21 ítems, mostrando cada uno como posibles respuestas un valor numérico que va de 0-100%, obteniendo un máximo de 2,100 puntos y un mínimo de 0 puntos, de lo cual se hace un cociente entre el número total de ítems y se clasifica dependiendo el resultado: baja adherencia al tratamiento (0-33 puntos), moderada adherencia al tratamiento (34-67 puntos) y alta adherencia al tratamiento (68-100 puntos). Posterior a esto, se tomó la presión arterial con esfigmomanómetro de mercurio, de acuerdo a las recomendaciones de la *American Heart Association* (AHA).

Procedimiento: los pacientes contestaron los test voluntariamente, previa firma de consentimiento informado. Una vez concluidas las encuestas se realizó una base de datos. Posteriormente los resultados se analizaron con el software estadístico SPSS, por medio de un análisis descriptivo. El resultado de las variables cualitativas se representó en porcentaje y frecuencia, mientras que las variables cuantitativas se expresan en medidas de

Tabla 1: Características sociodemográficas.

Característica	Parámetro	n	%
Género	Femenino	214	63.7
	Masculino	122	36.3
Edad (años)	20-29	3	0.9
	30-39	5	1.5
	40-49	34	10.1
	50-59	81	24.1
	60-69	126	37.5
	70-75	87	25.9
Estado civil	Soltero	23	6.8
	Casado	237	70.5
	Divorciado	22	6.5
	Viudo	37	11.0
	Unión Libre	17	5.1
Escolaridad	Primaria	118	35.1
	Secundaria	94	28.0
	Bachillerato	69	20.5
	Licenciatura	55	16.4

Tabla 2: Factores de riesgo modificables

Factor	Parámetro	n	%
Índice de masa corporal	Normal	51	15.2
	Sobrepeso	156	46.4
	Obesidad	129	38.4
Tabaquismo	Sí	93	27.7
	No	243	72.3

Tabla 3: Funcionalidad familiar FF-SIL.

Característica	Frecuencia	%
Funcional (70-57)	184	54.8
Moderadamente funcional (56-43)	125	37.2
Disfuncional (42-28)	24	7.1
Severamente disfuncional (27-14)	3	0.9

tendencia central y dispersión. Se aceptó un nivel de confiabilidad de 0.5 en adelante con significancia menor a 0.05.

RESULTADOS

Se estudió una población total de 336 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 78. Se aplicó un cuestionario en el que se recabaron los datos sociodemográficos de los pacientes (*Tabla 1*).

De la muestra estudiada 36.3% pertenece al género masculino y 63.7% al género femenino. En cuanto a la edad, la media fue de 61.45 años, con una edad mínima de 24 y una máxima de 75 años.

Respecto al estado civil, 70.5% (n = 237) estaban casados, y en menor porcentaje de frecuencia posterior eran viudos, solteros, divorciados y en unión libre.

La escolaridad muestra un porcentaje decreciente de menor a mayor nivel educativo, se obtuvo 35.12% primaria y 27.98% secundaria, el resto con menor número de sujetos corresponde a preparatoria y licenciatura.

Tabla 4: Funcionalidad familiar FF-SIL y variables intervinientes.

FF-SIL		Edad	TAS	TAD	Tiempo	Peso	Talla	Índice de masa corporal
Funcional (70-57)	Media	61.600	124.970	74.110	10.200	74.980	1.62490	28.39050
	Mediana	64.000	124.000	74.000	10.000	74.500	1.63000	28.01900
	Varianza	99.935	151.387	133.354	35.058	163.551	0.00700	19.18100
	Desviación	9.997	12.304	11.548	5.921	12.789	0.08189	4.37961
	N	184.000	184.000	184.000	184.000	184.000	184.00000	184.00000
Moderadamente funcional (56-43)	Media	61.040	129.230	77.320	11.420	79.660	1.61400	30.59700
	Mediana	62.000	130.000	78.000	10.000	79.000	1.61000	29.74420
	Varianza	104.765	198.293	71.639	40.503	190.663	0.00800	24.36700
	Desviación	10.235	14.082	8.464	6.364	13.808	0.08665	4.93626
	N	125.000	125.000	125.000	125.000	125.000	125.00000	125.00000
Disfuncional (42-28)	Media	60.750	130.460	75.330	11.380	87.630	1.60880	33.91840
	Mediana	64.000	130.000	80.000	10.000	87.000	1.58500	33.19880
	Varianza	120.370	194.433	279.971	56.766	360.158	0.00700	53.16700
	Desviación	13.971	13.944	16.732	7.534	18.978	0.08088	72916.00000
	N	24.000	24.000	24.000	24.000	24.000	24.00000	24.00000
Severamente disfuncional (27-14)	Media	74.330	130.000	78.000	12.670	83.000	1.61000	32.02350
	Mediana	74.000	130.000	76.000	10.000	80.000	1.650000	32.89330
	Varianza	0.333	100.000	124.000	41.333	63.000	0.00500	5.42400
	Desviación	0.577	10.000	11.136	6.429	7.937	0.06928	2.32904
	N	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.00000	3.00000
Total	Media	61.450	126.990	75.430	10.760	77.690	1.61960	29.63870
	Mediana	63.000	128.000	78.000	10.000	76.000	1.62000	28.61310
	Varianza	103.233	175.107	121.678	38.679	197.825	0.00700	24.74100
	Desviación	10.160	13.233	11.031	6.219	14.065	0.08341	5.07360
	N	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.00000	336.00000

TAS = tensión arterial sistólica; TAD = tensión arterial diastólica.

En cuanto a los factores de riesgo modificables como el índice de masa corporal (IMC), se observó que 46.4% tiene sobrepeso y 38.4% obesidad. El 27.7% de los individuos mostraron resultados positivos para tabaquismo (Tabla 2).

Se observó que, en la población total de estudio, 34.52% padece DM2.

Respecto al registro de tensión arterial se obtuvieron cifras de control en 81.55%, con una tensión arterial sistólica (TAS) promedio de 126.9 mmHg, mínima de 100 mmHg y máxima de 192 mmHg, y tensión arterial diastólica (TAD) promedio de 76.11

mmHg, con mínima de 58 mmHg y máximo de 108 mmHg, con 81.5% con cifras de control en la toma de tensión arterial. El tiempo de evolución de HAS expresada en años tuvo un promedio de 10.76 años, con un período mínimo de 1 y máximo de 35 años de evolución.

Funcionalidad familiar y apego al tratamiento

La adherencia al tratamiento fue medida de 1 a 100 puntos, directamente proporcional al nivel de

apego. Se obtuvo una media de 76.4 puntos, con un mínimo de 38 y un máximo de 98 puntos. El 89.6% corresponde a una alta adherencia al tratamiento y 10.42% (n = 35) a moderada adherencia.

La funcionalidad familiar con base en el puntaje obtenido mediante la escala FF-SIL se califica obteniendo: de 14-27 puntos, severamente disfuncional; de 28-42 puntos, disfuncional; de 43-56 puntos, moderadamente funcional y de 57-70 puntos, funcional (*Tabla 3*).

Se aprecia una tendencia en el aumento de la presión arterial sistémica relacionado a la disfunción familiar, siendo una tensión arterial promedio de 124/74 mmHg en los individuos que obtuvieron puntaje para familia funcional, 129/77 mmHg para el grupo de familia moderadamente funcional, 130/75 mmHg aquéllos con familia disfuncional y 130/78 mmHg en el grupo que calificó para familia severamente disfuncional.

Adicionalmente el tiempo de evolución e IMC denotan una tendencia al aumento en años de diagnóstico e IMC en relación a la disfuncionalidad familiar, teniendo un promedio de 10.2 años de

evolución con HAS aquéllos con familia funcional, 11.42 y 11.38 años para familia moderadamente funcional y disfuncional, respectivamente, y, por último, 12.67 en familia severamente disfuncional. Acerca del IMC se obtuvo para la familia funcional un promedio de 28.39, para aquéllas con moderadamente funcional 30.59, disfuncional con 33.91 y las severamente disfuncionales con un promedio de 32.02 (*Tabla 4*).

El grado de adherencia al tratamiento de los sujetos de estudio muestra una tendencia en el aumento de la presión arterial sistémica relacionado a una menor adherencia terapéutica, registrando una tensión arterial promedio de 128/78 mmHg en la adherencia moderada y 126/75 mmHg para quienes obtuvieron una alta adherencia.

Se observó que en el tiempo de evolución la adherencia aumentó respecto a mayor tiempo de ser diagnosticada la patología. Con un promedio de 8.46 años para adherencia moderada y 11.03 años de evolución para sujetos con alta adherencia (*Tabla 5*).

Debido a que la mayoría de la población de estudio obtuvo un puntaje de alta adherencia, se

Tabla 5: Adherencia terapéutica y variables intervinientes.

FF-SIL		Edad	TAS	TAD	Tiempo	Peso	Talla	Índice de masa corporal
Moderada	Media	60.030	128.000	78.740	8.460	86.110	1.66260	31.20980
	Mediana	61.000	130.000	80.000	8.000	82.000	1.65000	29.35750
	Varianza	100.087	203.294	78.138	36.432	298.575	0.00500	40.25900
	Desviación	10.004	14.258	8.840	6.036	17.279	0.06942	6.34503
	N	35.000	35.000	35.000	35.000	35.000	35.00000	35.00000
Alta	Media	61.610	126.890	75.040	11.030	76.710	1.61460	29.45600
	Mediana	64.000	128.000	78.000	10.000	76.000	1.61000	28.57800
	Varianza	103.672	172.364	125.585	38.373	177.831	0.0070	23.86000
	Desviación	10.182	13.129	11.206	6.195	13.335	0.08355	4.88471
	N	301.000	301.000	301.000	301.000	301.000	301.00000	301.00000
Total	Media	61.450	126.990	75.430	10.760	77.690	1.61960	29.63870
	Mediana	63.000	128.000	78.000	10.000	76.000	1.62000	28.61310
	Varianza	103.233	175.107	121.678	38.679	197.825	0.00700	25.74100
	Desviación	10.160	13.233	11.031	6.219	14.065	0.08341	5.07360
	N	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.00000	336.00000

TAS = tensión arterial sistólica; TAD = tensión arterial diastólica.

Tabla 6: Adherencia terapéutica y tensión arterial.

Tensión arterial	Media	Mediana	Varianza	Desviación	n
< 120/80	77.84	78.0	69.099	8.313	90
120/80-129/84	77.20	78.5	80.823	8.996	88
130/85-139/89	75.83	76.0	70.163	8.376	95
140/90-159/99	74.24	73.0	77.309	8.793	58
160/100-179/109	75.25	74.0	52.917	7.274	4
> 180/110	87.00	87.0	0	0	1
Total	76.48	79.0	74.662	8.641	336

procedió a desestimar a porcentajes el resultado categórico obtenido equivalente a la puntuación reportada con un rango del 0-100%, resultando con un incremento de la tensión arterial a menor apego al tratamiento (*Tabla 6*).

Se registró un descenso en el porcentaje de adherencia al tratamiento de acuerdo a la disfuncionalidad familiar (*Tabla 7*).

Para la FF-SIL sobre funcionalidad familiar se observó que los valores sobre edad, tensión arterial, IMC y porcentaje de adherencia al tratamiento obtuvieron una $p < 0.05$, por lo tanto, con un nivel de confianza del 95%, podemos aceptar la hipótesis de que existe diferencia estadísticamente significativa en los valores medios de las variables entre los distintos grupos de funcionalidad familiar, principalmente la variable de adherencia al tratamiento, objetivo inicial en este estudio.

En el grado de adherencia al tratamiento se observó que los valores sobre el tiempo de evolución de la enfermedad obtuvieron una $p < 0.05$, por tanto, con un nivel de confianza del 95%, podemos aceptar la hipótesis de que existe diferencia estadísticamente significativa en los valores medios de la variable entre los distintos grupos de adherencia al tratamiento.

Para la independencia entre variables de adherencia terapéutica y funcionalidad familiar, como el valor de p fue < 0.05 , aceptamos la hipótesis de dependencia entre sí mismas.

En cuanto a la independencia entre variables de funcionalidad familiar y TAS en control (cifras $< 140/90$ mmHg), se obtuvo valor de $p < 0.05$, aceptamos la hipótesis de dependencia entre las mismas.

Para la independencia entre variables de funcionalidad familiar a IMC, el valor de la prueba de independencia sale significativo ($p < 0.05$), así que aceptamos la hipótesis de dependencia entre las variables. Debido a que hay más de un 25% de las casillas de la tabla cruzada con frecuencia inferior o igual a cinco no podemos considerar válido el test χ^2 .

Se observó que en la independencia para las variables de funcionalidad familiar y diabetes mellitus tipo 2 (DM2) como el valor p es < 0.05 , se acepta la hipótesis de dependencia entre las variables, mostrando un mejor grado de funcionalidad cuando no se tiene DM2.

De acuerdo a los datos registrados en adherencia terapéutica, funcionalidad familiar, cifras de tensión arterial, IMC y peso se encontró una relación lineal estadísticamente significativa, baja e inversamente proporcional entre la funcionalidad familiar (aumento de disfuncionalidad) y adherencia al tratamiento categórica ($r = -0.232$, $p \leq 0.05$), igualmente para el porcentaje de adherencia obtenido ($r = -0.211$, $p \leq 0.05$); así mismo que los datos anteriores, pero directamente proporcional a la funcionalidad familiar (aumento de disfuncionalidad) fueron TAS ($r = 0.162$, $p \leq 0.05$), TAD ($r = 0.136$, $p \leq 0.05$), IMC ($r = 0.279$, $p \leq 0.05$) y peso ($r = 0.17$, $p \leq 0.05$).

En cuanto al porcentaje de adherencia (1-100%) se encontró una relación lineal estadísticamente significativa, baja e inversamente proporcional con TAD ($r = -0.140$, $p \leq 0.05$) y peso ($r = -0.197$, $p = 0.05$).

Respecto a la adherencia terapéutica categórica se encontró una relación lineal estadísticamente

significativa, directamente proporcional a la variable de tiempo (años transcurridos desde el diagnóstico de HAS), ($r = 0.151$, $p \leq 0.05$), lo mismo sucede en la relación TAS e IMC ($r = 0.140$, $p \leq 0.05$) (Tabla 8).

DISCUSIÓN

Al concluir el estudio se encontraron similitudes de los resultados obtenidos con la literatura consultada sobre el apego al tratamiento dependiendo del grado de funcionalidad familiar y sus diversas complicaciones al respecto.³ De acuerdo a los resultados es de gran utilidad la determinación de la funcionalidad familiar, debido a que es base y pilar en un mejor apego a la farmacología aplicada, así como en mejor evolución del padecimiento y disminución de las complicaciones y factores que se asocian directamente a la hipertensión arterial.

A diferencia de la bibliografía que refiere que la adherencia disminuye a medida que la terapia se alarga y los tratamientos curativos y rehabilitadores producen tasas más altas que los preventivos, en este estudio se determinó que a mayor tiempo de tratamiento en años, los individuos tienden a un mejor apego al mismo e igualmente a mayor edad se obtuvieron cifras de tensión arterial en control al contrario de individuos en rangos de edad menores a 45 años, dando oportunidad a un nuevo aspecto del paciente geriátrico y su adherencia al tratamiento farmacológico.¹⁴

La mayoría de los sujetos de este estudio tuvieron un elevado puntaje en adherencia terapéutica, que corresponde de forma proporcional al grado de funcionalidad familiar obtenido, lo cual coincide con el estudio realizado en zonas rurales con pacientes hipertensos que tenían una elevada disfuncionalidad

dentro de la familia, asociado a bajo apego y cumplimiento al tratamiento médico,⁷ lo cual demuestra que parte clave en el buen control de la hipertensión arterial se debe a la red de apoyo familiar sin crear dependencia, de manera conjunta.

Al relacionar los factores de riesgo tales como tabaquismo, obesidad, tiempo de evolución de la enfermedad se encontró que la obesidad presentó significancia estadística al relacionarla con el mal apego al tratamiento, así como la disfuncionalidad familiar. Esto demuestra que existe un impacto positivo en la implementación de programas institucionales con medidas preventivas para conocer la estabilidad familiar que den soporte al paciente, tal es el caso que dicho tema ha sido estudiado mundialmente en los colegios de medicina familiar, teniendo en cuenta al paciente no sólo como individuo crónico a tratar, sino como sujeto vulnerable en la estabilidad del núcleo, su primer entorno social.^{1,12,15}

Se obtuvieron resultados que no estaban contemplados en los objetivos principales, tales como la mejoría del apego al tratamiento dependiendo de los años de evolución, observando un análisis estadísticamente significativo, lo cual llevó a complementarse con una correlación de Spearman entre las variables años de evolución e IMC, observando una correlación positiva y significativa, con ello se pudo inferir sobre el tiempo de cronicidad de conocimientos al paciente sobre la importancia del autocuidado, monitoreo y control de su enfermedad.

CONCLUSIONES

Dada su prevalencia en México y el mundo, es importante el estudio de medidas tanto preventivas

Tabla 7: Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar.

FF-SIL	Media	Mediana	Varianza	Desviación	n
Funcional	77.88	78.0	61.115	7.818	184
Moderadamente funcional	76.46	75.0	63.605	7.975	125
Disfuncional	67.29	69.5	117.607	10.845	24
Severamente disfuncional	65.67	62.0	250.333	15.822	3
Total	76.48	76.0	74.662	8.641	336

Tabla 8: Correlaciones.

	Rho de Spearman	FF-SIL	Adherencia	% adherencia	TAS	TAD	Tiempo	Índice de masa corporal	Peso
FF-SIL	Coeficiente de correlación	1.000	-0.232	-0.211	0.162	0.136	0.080	0.279	0.217
	Sig. (bilateral)	NA	0.000	0.000	0.003	0.012	0.144	0.000	0.000
	N	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000
Adherencia	Coeficiente de correlación	-0.232	1.000	0.511	0.014	-0.081	0.151	-0.075	-0.167
	Sig. (bilateral)	0.000	NA	0.000	0.794	0.138	0.005	0.172	0.002
	N	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000
% adherencia	Coeficiente de correlación	-0.211	0.511	1.000	-0.105	-0.140	0.010	-0.074	-0.197
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000	NA	0.054	0.010	0.861	0.178	0.000
	N	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000
TAS	Coeficiente de correlación	0.162	-0.014	-0.105	1.000	0.390	0.092	0.140	0.207
	Sig. (bilateral)	0.003	0.794	0.054	NA	0.000	0.093	0.010	0.000
	N	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000
TAD	Coeficiente de correlación	0.136	-0.081	-0.140	0.390	1.000	0.021	0.195	0.252
	Sig. (bilateral)	0.012	0.138	0.010	0.000	NA	0.703	0.000	0.000
	N	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000
Tiempo	Coeficiente de correlación	0.080	0.151	0.010	0.092	0.021	1.000	0.042	-0.014
	Sig. (bilateral)	0.144	0.005	0.861	0.093	0.703	NA	0.448	0.795
	N	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000
IMC	Coeficiente de correlación	0.279	-0.075	-0.074	0.140	0.195	0.042	1.000	0.790
	Sig. (bilateral)	0.000	0.172	0.178	0.010	0.000	0.448	NA	0.000
	N	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000
Peso	Coeficiente de correlación	0.217	-0.167	-0.197	0.207	0.252	-0.014	0.790	1.000
	Sig. (bilateral)	0.000	0.002	0.000	0.000	0.000	0.795	0.000	NA
	N	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000	336.000

TAS = tensión arterial sistólica; TAD = tensión arterial diastólica; NA = no aplica.

como de mantenimiento en la población, dando a conocer las distintas redes de apoyo sustentadas en la familia, la cual posee influencia directa en el desarrollo del proceso salud-enfermedad, ya sea al favorecer el apego al tratamiento tanto médico-farmacológico como cambios en el estilo de vida o precipitar complicaciones a largo plazo.

Se obtuvo un resultado panorámico en el que se observaron aspectos relacionados con las características de las organizaciones de salud, la comunicación entre el paciente y el personal sanitario, el tipo de terapéutica establecida, las prescripciones médicas, los conocimientos que tiene la persona acerca de la hipertensión arterial, la escolaridad y el

tiempo de evolución de la enfermedad para tener un mejor rango de cifras a nivel tensional.

Si bien las variables iniciales de estudios iban encaminadas a reforzar y conocer el poder que tiene la familia en influir al apego y control de la enfermedad, surgieron diversos resultados que no sólo apoyan dicha teoría, sino que abren paso a diversos cuestionamientos, tales como la obesidad en familias disfuncionales o el apego farmacológico a mayor cronicidad de la misma, así como el principal aspecto que se calificaba para tener una buena adherencia, que se refería al abandono de actividades placenteras que eran consideradas como malos hábitos alimenticios, en la cual 80% de los pacientes respondió que no estaban dispuestos a abandonar el tabaco o que no deseaban realizar actividad física.

Este estudio deja claro que la buena funcionalidad familiar fomenta y preserva la salud del individuo, lo cual está ligado a la adherencia y buen apego a los cambios del estilo de vida, teniendo un impacto significativo para el bienestar grupal e individual por parte del paciente.

Ante la relación estrecha observada que guarda la adherencia terapéutica con la familia, es fundamental presentar a los directivos en salud un proyecto enfocado a dirigir esfuerzos en materia de prevención, que refleje una estrategia que permita abordar la temática como una nueva implementación en mejorar la calidad de vida del paciente y disminución de costos a largo plazo en el sector salud.

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, como la institución más noble de México.

A nuestras familias, como la célula fundamental de la sociedad y pilar de nuestro crecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diagnóstico y Tratamiento de la hipertensión arterial en el Primer Nivel de Atención México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 08/07/2014 [Acceso el 29 Ago 2018]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-076-08/ER.pdf>.
2. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison HC et al. 2017 Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *J Am Coll Cardiol*. 2017; 23976; doi: 10.1016/j.jacc.2017.07.
3. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014; 311 (5): 507-520. doi: 10.1001/jama.2013.284427.
4. Rosas-Peralta M, Palomo-Piñón S, Borrayo-Sánchez G, Madrid-Miller A, Almeida-Gutiérrez E, H Galván OH et al. Consenso de hipertensión arterial sistémica en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016; 54 (Supl 1): S7-10.
5. Olvera AS, Müggenburg M, Vigil R. Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con hipertensión arterial. Biblioteca Las Casas, 2014; 10 (2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0771.php>.
6. Cazorla MN, Rodríguez D. Grado de adherencia terapéutica a los fármacos del metabolismo óseo-mineral: ¿toman nuestros pacientes la medicación prescrita? *Enferm Nefrol [Revista en línea]*. 2013 [Acceso agosto 2018]; 16 (1): 7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v16n1/07_original6.pdf.
7. Libertad de Los Ángeles M, Grau JA, Espinosa AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Rev Cubana Salud Pública [En línea]*. 2014 [acceso agosto 2018]; 40 (2): 3-4. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/rt/printerFriendly/46/32>.
8. Jiménez L, Siverio D, Chala JM, Brito Y, Armada Z. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario. Diseño de un programa educativo. *CorSalud [Revista en línea]*. 2017 [acceso agosto 2018]; 9 (1): 2-3. Disponible en: <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/rt/printerFriendly/211/588>.
9. Pomares AJ, Vázquez MA, Ruíz ES. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. *Rev Finaly [En línea]*. 2017 [Acceso Agosto 2018]; 7 (2): 3-4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200003.
10. Montoya J, Calvache R. Reflexiones en torno a la adherencia al tratamiento. *Revista Psicoespacios*. 2014; 8 (13): 256-273. Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>.
11. Gonzáles-Castro P. El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Waxapa [En línea]*. 2011 [acceso agosto 2018]; 2 (5): 1-5. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2011/wax115e.pdf.
12. Cid MC, Montes de Oca R, Hernandez O. La familia en el estado de salud. *Rev Med Electrón [En línea]*.

- 2014 [Acceso agosto 2018]; 36 (4): 1-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400008.
13. Barquera S, Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Villalpando S, Rodríguez-Gilabert C, Durazo-Arvizu R et al. Hypertension in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006. *Salud Publica de Mexico*. 2010; 52 (S1): S63-S71.
 14. Arévalo MT, Claro NO, Rotela CA. Relación entre conocimientos en hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovasculares con estilos de vida saludables. *Revista virtual de postgrado. Facultad de Medicina; Universidad Nacional de Itapúa*. 2016; 1 (1): 5-7.
 15. Jameson JL, Kasper DL, Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J. *Harrison, principios de medicina interna*. 20a ed. McGrawHill; 2018.

www.medigraphic.org.mx



Mala práctica médica. Caso médico-legal y dictamen

Medical malpractice. Medical-legal case and opinion

Ismael García Garduza*

RESUMEN

* Médico legista en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Correspondencia: IGG, ismaelgarcia garduza@yahoo.com.mx

Conflicto de intereses: No existe conflicto de intereses en el contenido y publicación de este artículo.

Citar como: García GI. Mala práctica médica. Caso médico-legal y dictamen. Rev CONAMED. 2021; 26(2): 68-81. <https://dx.doi.org/10.35366/100349>

Financiamiento: Ninguno.

Recibido: 06/10/2020.
Aceptado: 26/05/2021.

Introducción: Un paciente acude a un médico/hospital solicitando atención médica, esperando que el facultativo utilice su conocimiento y habilidad de la manera más apropiada. El médico debe informar al paciente y familiar sobre el estado del paciente, su manejo y posibles complicaciones que se pueden presentar y si cuenta o no con la especialidad para llevar a cabo su estudio y tratamiento; además de prever que en la unidad médica se cuente con los recursos humanos y la infraestructura para el manejo de complicaciones que aseguren una atención óptima. El objetivo de este artículo es exponer un caso médico-legal y el dictamen realizado por el autor sobre irregularidades en la atención médica y en la integración de los procedimientos de consentimiento informado, expediente clínico y delegación de funciones y las posibles consecuencias profesionales y jurídicas por una denuncia. **Conclusión:** El desprestigio ocasionado por una mala práctica médica deteriora el ejercicio de esta profesión. Por lo que resulta importante que los estudiantes de medicina y los médicos conozcan casos médico-legales que les sirvan de realimentación para prevenir actos u omisiones que puedan ser determinados por la autoridad como ilegítimos y aprendan a manejar conflictos y resolverlos adecuadamente, y no en la forma en que actuaron los médicos en el caso expuesto en este artículo.

Palabras clave: Mala práctica médica, dictamen médico, expediente clínico, consentimiento informado, delegación de funciones.

ABSTRACT

Introduction: A patient goes to a doctor/hospital requesting medical attention, hoping that the practitioner will use her knowledge and skill in the most appropriate way; and the doctor must inform the patient and family about the patient's condition, their management and possible complications that may arise and whether or not they have the specialty to carry out their study and treatment; in addition, to foresee that the medical unit has the human resources and infrastructure for the management of complications that ensure optimal care. The objective of this article is: to present a Medico-legal case and the opinion made by the author on irregularities in medical care and in the integration of the procedures of: Informed Consent, Clinical File and Delegation of functions and the possible professional and legal consequences for an accusation. **Conclusion:** The loss of prestige caused by a medical malpractice deteriorates the exercise of this profession. Therefore, it is important that medical students and physicians know medico-legal cases that serve as feedback to prevent acts or omissions that may be determined by the authority as illegitimate and learn to handle conflicts and resolve them properly and not in the way the doctors acted in the case exposed in this article.

Keywords: Medical malpractice, medical opinion, medical record, informed consent, delegation of functions.

INTRODUCCIÓN

La profesión médica se considera noble porque ayuda a preservar la salud y la vida. Una persona enferma generalmente se acerca a un médico u hospital en función de la reputación de éstos. Las expectativas de un paciente son dobles: se espera que tales doctores y hospitales brinden tratamiento medicinal con todo el conocimiento, habilidad y recursos necesarios y, en segundo lugar, que no harán nada que pueda dañarlo de alguna manera, ya sea por negligencia, impericia, actitud imprudente de su personal o falta de recursos.

El galeno lo logrará con un estándar de cuidado, que es un principio de derecho establecido, donde dicho médico aportará a su tarea un grado razonable de habilidad y conocimiento y deberá ejercer un grado razonable de cuidado. Ni el más alto ni el más bajo grado de cuidado y competencia, juzgados a la luz de las circunstancias en cada caso, es lo que exige la ley. El incumplimiento de ese principio da lugar a una acción contra el galeno por mala práctica médica.

Aunque es posible que un facultativo no esté en condiciones de salvar la vida de su paciente, en todo momento se espera que utilice su conocimiento y habilidad especiales de la manera más apropiada, teniendo en cuenta el interés del enfermo que le ha confiado su vida, además de verificar que en el hospital donde se llevará a cabo su intervención estén disponibles los medios que aseguren una atención óptima.

Asimismo, a menos que sea una emergencia, deberá obtener el consentimiento informado del afectado antes de proceder con cualquier tratamiento o intervención, de los establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 «Del expediente clínico».

Todo enfermo y sus familiares necesitan una explicación veraz de su padecimiento que les resulte comprensible y convincente y así cooperar en su tratamiento. Esto es cierto, tanto si se trata de dar un diagnóstico en una situación esperanzadora, como de confirmar un mal pronóstico.

Por lo tanto la honestidad del profesional es importante para los afectados. Lo necesitan porque están enfermos, vulnerables y abrumados con preguntas urgentes que requieren respuestas veraces.

No decir la verdad en la relación médico-paciente requiere una atención especial porque los enfermos, hoy más que nunca, sufren graves daños si se les miente; no sólo se socava su autonomía, sino que, a quienes no se les dice la verdad sobre una intervención, experimentan una pérdida de esa importante confianza que se requiere para su curación.

Aquello que los médicos niegan, distorsionan, evaden, fabrican, consideran irrelevante, no responden, omiten, manipulan, revelan u ocultan, como estrategia de engaño, es de gran trascendencia para sus pacientes, porque puede dañar las relaciones y comprometer la atención clínica. Una de las situaciones más graves es cuando se utilizan los expedientes clínicos con ese objetivo.

Los expedientes clínicos forman una parte importante del manejo de un enfermo; es fundamental que los doctores y establecimientos de salud los mantengan integrados e intactos, porque los ayudará en la evaluación científica del perfil del individuo y también a analizar los resultados del tratamiento. Pero de igual importancia en el entorno actual es el tema de la presunta mala práctica médica; el sistema legal se basa principalmente en pruebas documentales en una situación en la que el paciente o los familiares alegan inconformidades con la atención médica proporcionada.

En una queja, la documentación clínica es a menudo la evidencia más importante en la decisión sobre la sentencia o la absolución del médico, en consecuencia, será de gran ayuda para el doctor acusado si documenta claramente que la atención se encuentra dentro del estándar de atención correspondiente. Un archivo incompleto, alterado, o uno que no respalde claramente la atención dentro del estándar establecido, será una desventaja significativa dentro de la defensa del caso.

Por tales motivos, el objetivo de este artículo es revisar los procedimientos de consentimiento informado y expediente clínico, su elaboración de acuerdo con la norma y cuando esa confección es defectuosa e ilegítima por parte del médico; todo ello analizando actos de un facultativo, con los que pretendía engañar para evitar su responsabilidad por los malos resultados en el manejo de una paciente y la forma en que los realizó y cómo se ponen en evidencia por una denuncia penal, que originó el análisis pericial de los hechos y documentos. Todo lo anterior

se describe a continuación, demostrando la mala práctica médica, con el fin de que estudiantes y médicos traten de aclarar y resolver los conflictos con honestidad y no recurriendo a recursos ilegítimos.

CASO MÉDICO-LEGAL

Antecedentes

1. Declaración del denunciante de día 06 de septiembre de 2019.

...mi esposa estaba embarazada y se atendió en Clínica Uno, en todo su embarazo; el día cinco de septiembre del año en curso, a las 10:05 horas ingresó a esa clínica porque el médico que la estaba tratando le dijo que necesitaba una cesárea, y antes de entrar a cirugía le practicaron unos estudios, los cuales señalaban que no tenía problemas para ser intervenida y el cirujano, a las 16:30 horas, ordenó el traslado de mi esposa al quirófano, pasaron alrededor de 20 minutos y la enfermera después de 30 minutos me entrega a mi bebé, le pregunté, qué tal había salido mi esposa, contestándome que va a tardar media hora más, pasaron alrededor de dos horas, por lo que pregunté a la enfermera y me informó que en cuestión de unos 15 minutos más me la entregaban, por eso, siendo las 19:00 horas de la tarde salí a tomar alimentos y a las 20:19 horas, recibo llamada de mi madre, quien me dice que me trasladara al hospital ya que se había puesto mal mi esposa, llego a las 20:35 horas, encontrando en el pasillo del hospital chorros de sangre y no me permitían el acceso a la habitación, hasta que la sacaron en la camilla, desvanecida, y el doctor me dijo que se había complicado, que habían pinchado el útero, que la iban a volver a abrir para checar que todo marchara bien, pasaron 10 minutos y una persona me dijo ya la estabilizamos, necesitamos hacerle una transfusión de sangre y necesitamos bolsas ya que no contamos con ellas, viendo que esta misma persona saca su teléfono y marcaba para ver quién les podía prestar un tanque de oxígeno, ya que no contaban con él, 10 minutos después el doctor me dice, su esposa ya está bien sólo fue una pequeña hemorragia y alrededor de las 00:40 de la mañana vuelve a salir y me dice que era necesario trasladarla porque no contaban

con oxígeno y la camilla estaba dañada, y tenía respiración por medio de una bombilla manual; la bajan a la ambulancia para llevarla al Hospital General de México, la ingresan y ahí los médicos nos informan que mi esposa ya no tenía signos vitales, que estaba a punto de entrar en paro y, a las 03:00 horas, me informan que había fallecido.

Asimismo, contrario a lo determinado en el expediente clínico de la parturienta, que establece lo siguiente: 5-09-2019 nota de admisión a urgencias. 16:20 horas paciente femenino 28 años gesta III, cesárea I, partos 0, abortos I. Acude tras referir disminución de movimientos fetales desde dos horas previas a acudir a este nosocomio, niega datos de vasoespasmo... paciente femenina 28 años, con embarazo de 38 semanas de gestación por fecha última de menstruación (término). Presenta sufrimiento fetal agudo. Por lo que se decide interrupción del embarazo por cesárea por el riesgo de asfixia neonatal y muerte del producto in útero.

Al respecto, el denunciante aclara:

Ingresamos en la Clínica Uno a las 10:15 horas del día cinco de septiembre de 2019, por lo que es falso que hubiera ingresado a urgencias hasta las 16:20 horas del mismo día. Debo resaltar que mi esposa se estuvo tratando con personal de dicha clínica desde el tercer mes de embarazo, y su médico tratante lo fue en todo momento el médico imputado, quien programó como fecha para realizar la cesárea el cinco de septiembre de 2019, a las 10:00 horas, por lo que es falsa la anotación de que en ese momento se decidió la interrupción del embarazo por cesárea. Mi esposa entró a la clínica sin necesitar ayuda, sin presentar sufrimiento fetal agudo y sin malestar alguno, acudimos en virtud de la cirugía programada por el propio médico imputado, refiriendo que serían necesarios estudios preoperatorios, los cuales se practicaron el mismo día, aproximadamente a las 12:00 horas. Es evidente que el expediente clínico fue manipulado, pues los hechos ocurrieron el cinco de septiembre de 2019, y el expediente clínico fue exhibido hasta el 25 de septiembre de 2019.

En los documentos denominados «Conformidad del paciente y familiares para tratamiento

médico y/o quirúrgico» y «Carta consentimiento bajo información de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto riesgo», aparecen firmas, a pesar de que el suscrito firma con su nombre.

2. Declaración efectuada por el médico imputado, el 17 de diciembre del 2019:

- a. *Que ejerzo la profesión de Médico Homeópata Cirujano y Partero.*
- b. *Padecimiento actual: paciente de 28 años de edad que acude por primera vez a este nosocomio, con embarazo de 35.6 semanas por fecha de última menstruación. Gesta III, parto 0, aborto 1 (2018), cesárea 1. Refiere control prenatal irregular, no especifica unidad médica. Refiere polaquiuria y disuria desde hace dos días, acompañado de dolor tipo cólico con irradiación lumbosacra (tipo obstétrico) de dos a tres veces al día de leve intensidad. Refiere salida de flujo blanco amarillento desde hace dos días acompañado de prurito vaginal.*

A la exploración física: Pelvimetría no útil. Diámetro conjugado verdadero menor 10 centímetros. Diagnóstico: embarazo de 35.6 semanas de gestación. Primera vez que acude a esta unidad. Infección de vías urinarias. Cervicovaginitis. El día (5) de septiembre de (2019), siendo (16:20 horas), la paciente acude al Servicio de Urgencias de la Clínica Uno, refiriendo disminución de movimientos fetales desde dos horas previas. Niega datos de vasoespasmo. Presenta actividad uterina de 24 horas de evolución, refiere dolor tipo cólico con irradiación lumbosacra, niega pérdidas transvaginales. A la exploración física: tensión arterial de 90/60, frecuencia cardíaca de 80 por minuto, frecuencia respiratoria de 20 por minuto, temperatura de 36.6 grados centígrados, peso de 84.500 kilogramos. Paciente consciente, intranquila, orientada, hidratada, pupilas reactivas. Abdomen, útero gestante, con altura de fondo uterino de 29 centímetros, presentación cefálica, situación longitudinal, dorso derecho, producto libre, frecuencia cardíaca fetal de 92 latidos por minuto. Tacto vaginal con cérvix posterior,

largo formado, escaso sangrado rojo oscuro. Miembros inferiores con edema +.

Paciente delicada. Pronóstico reservado.

Diagnóstico: embarazo de 38 semanas de gestación más sufrimiento fetal agudo.

Se intenta localizar al ginecoobstetra para la resolución del embarazo, el cual no contesta.

Se informa a la paciente y familiar responsable de manera clara y detallada sobre la técnica quirúrgica de cirugía de urgencia cesárea tipo Kerr, los beneficios consistentes en evitar la asfixia neonatal por sufrimiento fetal, así como los riesgos inherentes como hemorragia, la cual puede llevar a la muerte, choque séptico, hemorrágico, hipovolémico, infecciones, lesiones a otros órganos, con lo cual estuvieron de acuerdo y firmaron de puño y letra el documento denominado «Carta consentimiento bajo información de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto riesgo».

En la Clínica Uno, se dio inicio a la cirugía de urgencia, cesárea tipo Kerr, interviniendo como cirujano un médico diferente al imputado y éste como ayudante. A las (19:56 horas), personal de enfermería reporta a la paciente con hipotensión arterial y taquicardia. Exploración física: tensión arterial de 60/30, frecuencia cardíaca de 130 por minuto, frecuencia respiratoria 21 por minuto, temperatura de 36.5 grados centígrados. Paciente con palidez generalizada de piel y tegumentos, estuporosa, desorientada, escala de coma de Glasgow 9, precordio con taquicardia. Abdomen presenta fondo uterino por arriba de cicatriz, sangrado rojo rotulante, con útero flácido, sin tono, por lo que concluyo los diagnósticos: hemorragia obstétrica secundaria a atonía uterina. Choque hipovolémico grado III. Por lo que se inicia tratamiento con oxígeno suplementario, soluciones cristaloides 1,500 en cargo y uterotónicos, oxitocina 5 VI, IV. Misoprostol 800 µg. Vía rectal, carbetocina 100 microgramos IV, masaje bimanual uterino más gluconato de calcio 1 gramos IV, se canaliza por dos vías. Paciente grave, pronóstico reservado a evolución. Nuevamente se insiste en localizar a ginecoobstetra y no contesta.

Se inicia cirugía de histerectomía total abdominal, interviniendo como cirujano otro médico y el imputado como ayudante.

Al día siguiente, a las (02:00 horas) se realiza nota de traslado: sale paciente con diagnósticos de postoperada de laparotomía exploradora más histerectomía abdominal por presentar atonía uterina más choque hipovolémico hemorrágico grado III en tratamiento. Complicaciones: choque hipovolémico grado III y en tratamiento más sangrado en capa. Sangrado de 4,000 mililitros más uresis 250 mililitros. En el transquirúrgico se le administran soluciones cristaloides más sangre fresca total de 1,250 mililitros previas pruebas cruzadas. Signos vitales: TA 90/100 sistólica, 50-60 diastólica. FC 110/100. Saturación de oxígeno 95-99%, con tratamiento a base de norepinefrina. Sale con tubo endotraqueal. La paciente requiere manejo especializado en Unidad de Cuidados Intensivos. A las (2:25 horas) se entrega a paciente en el Hospital Dos, aunque existía la urgencia y no se había anticipado el traslado, existió cierta resistencia al ingreso de la paciente, quitándonos hojas de anestesiología y corroborando la existencia de signos vitales...

3. Nota del Hospital Dos.

Se recibe en admisión de urgencias de G y O del Hospital, a las 03:40 a paciente en condiciones graves de Clínica Uno. Diagnóstico a su ingreso: choque hipovolémico secundario a hemorragia obstétrica por atonía uterina refractaria que ameritó histerectomía obstétrica. Se recibe paciente orintubada sin apoyo de oxígeno suplementario, con palidez de tegumentos +++, piel fría, llenado capilar retardado > 5 seg., neurológico con Glasgow de 3, sin sedación, con midriasis bilateral, sin respuesta de reflejos de estiramiento osteomuscular, refiere médico de traslado manejo con norepinefrina a 0.1 µg/min, sin embargo, la recibimos sin aminos, no se palpan pulsos, sin embargo, hay frecuencia cardíaca, se realiza monitorización con FC de 127 lpm sin alteraciones en el D2 largo del monitor, no se sensa TA, en cuanto a lo ventilatorio con murmullo vesicular presente sin sensar saturación por oximetría de pulso, abdomen con

incisión transversal con un Penrose con datos de sangrado serohemático escaso, se intentan tomar muestras de laboratorio sin poder obtener muestras, se ingresa a terapia para mejorar condiciones. A su ingreso a la UCI de G y O, se conecta a ventilador y se inicia monitorización registrando actividad eléctrica sin pulso, por lo cual se realizan maniobras de RCP avanzado por 15 min sin respuesta, declarando muerte a las 3:20 horas.

4. Escrito de fecha 17 de diciembre de 2019, suscrito por el otro cirujano que supuestamente realizó las intervenciones quirúrgicas, del que se extrae lo siguiente:

Que ejerzo la profesión de Médico Homeópata Cirujano y Partero con cédula profesional número 0404000, expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

5. Dictamen de necropsia de Unidad Forense del día 06 de septiembre de 2019.

El resultado fue el siguiente:

Abdomen: dos heridas quirúrgicas, la primera por cesárea de 19 centímetros, tipo Pfannenstiel, otra de 18 centímetros para laparotomía exploradora, suturadas. Abundantes coágulos y sangre en cavidad, aproximadamente 1,000 mililitros. Órganos se aprecian pálidos a los cortes. Útero: ausencia quirúrgica. Hematoma de 500 centímetros cúbicos, en toda la corredera parietocólica izquierda.

Conclusión: falleció de causa desconocida. En cuanto se tengan los resultados del laboratorio de los especímenes enviados a estudios, se ampliará la causa de muerte.

6. Peritaje de necropsia de pieza anatómica uterina, del día 21 de septiembre del 2019, de Unidad Forense, del que se extrae lo siguiente:

Conclusión. Causa de la histerectomía: inespecífica.

7. Ampliación de peritaje de necropsia de la Unidad Forense, el día 29 de octubre del 2019, del que se extrae lo siguiente:

La causa de muerte se debió a una hipoxia anóxica encefálica, además de colapso alveolar (atelectasia multifocal), isquemia cardíaca y necrosis tubular aguda, datos compatibles con choque hipovolémico, no se reportan datos histopatológicos de atonía uterina.

8. Opinión técnica por médico en ginecología y obstetricia de Hospital Tres, 03 de enero de 2020.

Conclusiones:

- a. *Se realizó lo pertinente para la atención integral de la paciente a su ingreso al Servicio de la Clínica Uno, sin embargo, no se cuenta con suficientes médicos especialistas o médicos con entrenamiento quirúrgico especializado para una atención quirúrgica.*
- b. *De lo encontrado en la cesárea, no se menciona el porcentaje de desprendimiento que la placenta presentaba, sin embargo, a pesar de los hallazgos transquirúrgicos, el recién nacido presentó un Apgar de 8/9, con un adecuado peso de 2,910 g. Mencionan que se verifica hemostasia del punto sangrante reparado en segmento medio de la histerorrafia; sin embargo, en el peritaje de la necropsia se encuentra con herida quirúrgica en el segmento inferior de 17 centímetros suturada. Esto nos habla de una prolongación de la histerotomía al momento de la cirugía, con riesgo de desgarro de las arterias uterinas y formación de hematomas en ligamentos anchos. En el peritaje de la necropsia también se menciona que en el abdomen se encuentran abundantes coágulos y sangre en cavidad aproximadamente de 1,000 mL. Hematoma de 500 cm³ en toda la corredera parieto-cólica izquierda. Y en la ampliación, se informa que la causa de muerte se debió a datos compatibles con choque hipovolémico. No se reportan datos histopatológicos de atonía uterina.*
- c. *Se concluye que probablemente existió una prolongación de la histerorrafia, durante la cesárea, con desgarro de la arteria uterina izquierda, con formación de hematoma en retroperitoneo extendiéndose hasta la corredera parieto-cólica ipsilateral más sangrado del segmento uterino. Que posteriormente provocó el*

estado de choque, por tal motivo las medidas realizadas no fueron eficaces, ya que no fue tratada la causa del choque hipovolémico.

9. Declaración de mujer testigo, del 7 de agosto del 2020:

Mujer de 44 años de ocupación técnico radiólogo flebotomista. *Trabajo en laboratorio clínico. Que el cinco de septiembre del 2019, me encontraba laborando para tomar muestras en el hospital homeopático y siendo alrededor del medio día el Dr. Tratante (imputado), en forma verbal, me dio la instrucción de que requería estudio de laboratorio de las pacientes que estaban ingresando para procedimiento y que ya estaban en piso, realicé la toma de sangre de la paciente hoy occisa a quien encontré consciente en condiciones favorables, en sus cabales, sana...*

Con base a todo lo anterior, hago los siguientes:

Comentarios médico-legales

Resultan evidentes las múltiples contradicciones existentes entre lo declarado por el afectado, la declaración del médico imputado y las notas del expediente clínico, sobre la atención médica proporcionada por el imputado a la finada, de las cuales resalta lo siguiente:

1. El doctor imputado afirmó en su declaración que el facultativo que efectuó la cirugía fue otro médico, siendo que, de acuerdo con lo referido en el archivo clínico, existen múltiples notas médicas, de enfermería y de anestesiología en las cuales él está como médico tratante y como cirujano, por lo que, con toda esta evidencia, es posible establecer categóricamente que el galeno que efectuó el tratamiento médico-quirúrgico, los días cinco y seis de septiembre del 2019, a la finada, fue el médico imputado.
2. Asimismo, el doctor imputado ostenta el título de Médico Homeópata Cirujano y Partero, por lo que se puede determinar que no estaba capacitado para efectuar una cesárea ni para manejar las complicaciones que se presentaron, ni reflexionó acerca de sus deberes que en su posición de Médico Homeópata Cirujano

y Partero son de su competencia, transgrediendo lo establecido en la Ley General de Salud, que en su Artículo 81, establece: *...Para la realización de los procedimientos médicos quirúrgicos de especialidad se requiere que el especialista haya sido entrenado para la realización de los mismos en instituciones de salud oficialmente reconocidas ante las autoridades correspondientes...*

- a. Por lo que se podría afirmar que existió intrusismo que, de acuerdo con la literatura: Se define como «la realización de actos propios de una profesión por quien carece de la titulación académica correspondiente». Por lo que, desde un inicio, cuando supuestamente dijo que ingresó la paciente y que presuntamente presentaba sufrimiento fetal agudo, surge la pregunta: ¿por qué no la transfirió a otro hospital que contara con especialista en Gineco-Obstetricia, sabiendo que no contaría con uno en la unidad médica? Esto de acuerdo a lo determinado en la NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
- b. Sobre lo anterior, resulta conveniente hacer la siguiente reflexión: en la medida en que se trata de la responsabilidad médica, que no puede ser fundada sino en la culpa, habría que admitir, en primer lugar, que el autor del hecho u omisión culposa es responsable personalmente respecto de la víctima y, enseguida, el otro médico que ha cometido algún acto culposo, también debe ser responsable de los resultados si participó en la intervención quirúrgica de la parturienta ya que, con su contribución, modificó el archivo clínico, al efectuar notas médicas defectuosas que transgreden la Norma Oficial Mexicana «Del expediente clínico» y, con ellas, trató de evitar la responsabilidad del imputado, constituyéndose en una mala práctica médica y en un posible delito.

Respecto a lo mencionado, se ratifica en la siguiente tesis:

Responsabilidad civil por negligencia médica. Su actualización en torno a los integrantes de un equipo médico.²

3. Aunado a lo anterior, resulta obvio que la unidad hospitalaria donde se llevaron a cabo los procedimientos quirúrgicos, no cuenta con los recursos humanos, técnicos ni con los insumos a fin de atender urgencias obstétricas, de acuerdo con lo determinado en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 «Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida» en su numeral 5.1.8
4. En cuanto a la hemorragia que presentó la gestante y que la llevó al choque hipovolémico, resulta conveniente mencionar lo referido en la literatura médica y que, en el presente caso, evidencia que pudo deberse a la técnica quirúrgica, por lo siguiente:

La hemorragia en la cesárea se produce por razones que incluyen atonía uterina, traumatismo tisular (extensiones del ángulo uterino). El riesgo de daño vascular durante el acto quirúrgico aumenta cuando hay dificultad en la extracción del feto, ya que se puede desgarrar fácilmente la histerotomía causando un daño vascular. También la laceración de los vasos uterinos puede suceder cuando se incide el segmento inferior para la extracción de la cabeza fetal, por lo que ésta debe desimpactarse suavemente y extraerse a través de la incisión uterina. Se debe checar el útero para detectar la dextrorrotación y esto debe corregirse antes de la incisión uterina. Estas medidas reducen el riesgo de extensiones del ángulo uterino; se deben reparar esas extensiones, asegurándose de que los ángulos estén adecuadamente asegurados.³ Igualmente, las complicaciones asociadas con el parto por cesárea incluyen lesiones importantes a estructuras vasculares en el sitio de la incisión (especialmente en casos de extensión no intencionada de la incisión uterina).⁴ Porque una hemorragia intratable refractaria a las medidas conservadoras pueden atribuirse potencialmente a lesiones arteriales uterinas.⁵

Asimismo, los hematomas retroperitoneales pueden ocurrir por factores mecánicos que incluyen traumatismos por accidentes, parto y

complicaciones de las intervenciones. La causa más reconocida es la lesión de los vasos uterinos y ováricos como resultado de traumatismos o laceraciones durante la cirugía.⁶

Igualmente, la hemorragia postparto (HPP) constituye el 35% del total de las muertes maternas (MM). Las principales razones son: la falta de acceso de parto asistido por personal capacitado y la práctica inadecuada o limitada del manejo activo del alumbramiento. Cuando la paciente es asistida en los servicios de salud, la demora en el reconocimiento de la hipovolemia y el inadecuado reemplazo del volumen, son la razón principal de MM.⁷

5. Resulta importante resaltar que, regularmente, las lesiones vasculares iatrogénicas no se documentan en los expedientes, como en el presente caso; porque, cuando ocurren, se dan justificaciones que pretenden atribuir a otras condiciones el origen del problema (como en el caso presente, en que se atribuyó la hemorragia a atonía uterina); del que es viable afirmar dos posibilidades: la primera, que fue un error diagnóstico, o la segunda, que fue determinado para evitar que se conociera la causa real derivada de una deficiente técnica quirúrgica, puesto que en el dictamen de ampliación de peritaje de necropsia de la Unidad Forense, el día 29 de octubre del 2019, sobre el útero se determina que: *no se reportan datos histopatológicos de atonía uterina*. La reflexión es: prestar atención a la fisiopatología de la complicación y conocer los procedimientos quirúrgicos para tratarla y describir con transparencia, en el expediente clínico, el estado del paciente.

- a. Se observa que, en el manejo de la hemorragia postparto, no hubo una actuación inmediata y secuencial. Porque las principales complicaciones son por maniobras inefectivas para detener el sangrado. Ya que es innegable que la muerte de la paciente fue derivada de una transfusión sanguínea tardía, porque en esa unidad médica no contaban con banco de sangre.

Lo anterior se ratifica por lo determinado en la nota médica efectuada por el médico imputado del

cinco de septiembre a las 22:00: *Viendo la urgencia de que el paciente requería sangre se le piden al familiar paquetes globulares y el esposo se niega rotundamente, a pesar de que se le da la dirección, aludiendo no tener dinero, causa por la cual se les pide apoyo a alumnos de medicina, obteniendo la sangre y cubriendo la urgencia de momento y siguiendo protocolo.*

Sin mencionarse si se cumplió con lo establecido en la NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

6. Con relación a las Cartas de consentimiento informado que se encuentran en el expediente:

Hay una hoja de autorización y registro de intervención quirúrgica del cinco de septiembre del 2019, sin hora y sin firma de autorización del paciente; una hoja de conformidad del paciente y familiares para tratamiento médico y/o quirúrgico del cinco de septiembre del 2019, en el que aparece como médico tratante el imputado y en el texto aparece otro doctor (letra casi ilegible que al parecer corresponde a otro cirujano) al que supuestamente se autorizan los tratamientos, sin especificar qué tratamientos y sin firma de testigos; cartas de consentimiento informado sin firmas de testigos; sobre este último punto, es importante señalar que sí tiene importancia relevante, ya que el denunciante expresa que existieron alteraciones en el contenido del consentimiento informado de dicho expediente, además de que sí influye esta situación en los resultados del tratamiento médico quirúrgico efectuado a la finada y en la determinación de la mala práctica médica llevada a cabo, puesto que se trató de afirmar que fue otro doctor quien efectuó los tratamientos quirúrgicos, cuando existe evidencia que el cirujano fue el imputado.

Por lo que, No se elaboraron como lo establece la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

7. La estructura del expediente clínico de este caso no cumple con lo establecido en la NOM-004, porque: existen notas médicas que no tienen fecha ni hora, sin nombre y firma de quién la realiza y algunas con letra ilegible.

Conclusiones médico-legales

1. De acuerdo con toda la evidencia, que se encuentra en el expediente clínico, es posible establecer categóricamente que el doctor que efectuó el tratamiento médico-quirúrgico a la finada fue el facultativo imputado, por lo tanto, es factible determinar que incurrió en mala práctica médica, por lo siguiente:
 - a. Haber recabado el consentimiento informado para la operación cesárea sin la firma de testigos.
 - b. Haber realizado una operación cesárea a la fallecida, sin contar con la cédula de especialidad en ginecología y obstetricia y sin la competencia para hacerlo;
 - c. Ocasionar una lesión en la arteria uterina por una prolongación de la histerotomía, que ocasionó una hemorragia de la cual no se percató, de lo que derivó un choque hipovolémico, complicaciones que no supo ni pudo controlar dando como resultado la pérdida de la vida de la paciente, de acuerdo con el reporte forense.
 - d. Transgredir la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012 «Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos»;
 - e. Haber ejecutado tratamientos médico-quirúrgicos a la paciente en una unidad hospitalaria que no cuenta con los recursos humanos, técnicos ni con los insumos a fin de atender urgencias obstétricas, de acuerdo con lo determinado en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 «Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida».
 - f. Haber efectuado notas médicas en el expediente clínico en las cuales se observan contradicciones e irregularidades y, tener notas de un médico que no intervino quirúrgicamente a la paciente; transgrediendo lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 «Del archivo clínico», situación que sí afecta el estudio del hecho, puesto que es evidente que trataron de ocultar la responsabilidad del doctor imputado.

- g. En consecuencia, existió mala práctica médica por parte del médico que supuestamente realizó las intervenciones quirúrgicas, ya que, con su participación, alteró el expediente clínico.
- h. Existe contradicción en lo declarado por el doctor imputado y lo descrito en sus anotaciones médicas y hojas de consentimiento informado, con la declaración efectuada por el denunciante, la flebotomista del laboratorio particular y lo referido en las notas y hojas de anestesia, por lo que se puede determinar que: tanto lo descrito en su declaración, como lo documentado en el archivo clínico, por parte del médico imputado, es una falacia.

DISCUSIÓN

La mala práctica médica es un tema complejo, en gran parte debido a que sus efectos son de gran alcance. Se caracteriza porque quien proporcionó la atención actuó en forma negligente, imprudente o con impericia, implicando que esta persona no era competente o razonablemente hábil, perjudicando al paciente incluso, hasta provocar su deceso, sin embargo, existen casos en que el médico actúa de tal manera que sus acciones más que calificarlas de negligentes hacen dudar acerca de la intencionalidad, porque se actúa a sabiendas de que lo que está haciendo es ilegítimo y, a pesar de ello, lo lleva a cabo, configurándose una acción francamente dolosa, tal fue el caso que se acaba de analizar y se deja al criterio del lector este razonamiento para la reflexión.

El expediente clínico es una de las herramientas más esenciales en la defensa por presunta mala práctica médica; es un documento legal que se utiliza buscando demostrar el proceso de pensamiento que conduce al diagnóstico y opciones de tratamiento. Todo lo relacionado con el manejo del paciente debe registrarse.

Un expediente clínico bien documentado sirve a dos propósitos valiosos: 1) refleja el historial del paciente y la atención médica correspondiente, lo que permite la continuidad del cuidado; y 2) puede proporcionar una defensa para un médico que enfrenta acusaciones por mala práctica médica, al detallar la adhesión a los estándares de cuidado.

La documentación clínica necesita el esfuerzo concertado de varias personas involucradas en la atención al paciente; dicho sucintamente, todos los que brindan atención a un paciente son responsables de documentar la atención y las recomendaciones que se han proporcionado y articulado al paciente. Sin embargo, el doctor es la persona que debe supervisar este proceso y es el principal responsable del historial del paciente.

Un médico podría no darse cuenta de las deficiencias en su documentación hasta que se enfrente a una denuncia por mala práctica médica o una mala conducta profesional, y es natural que se sienta nervioso y un poco en pánico cuando es demandado por mala práctica médica. En esos momentos puede haber una fuerte tentación de agregar a la historia clínica para «aclarar» qué realmente ocurrió, o eliminar información potencialmente perjudicial, borrar o eliminar notas médicas o notas de enfermería que entran en conflicto con su defensa; además, si el abogado del demandado sospecha que el expediente contiene información contraria a su teoría del caso, podría aconsejar a su cliente que lo altere o que, incluso, elabore un expediente completamente nuevo pero falso, y también a estructurar una declaración impecable pero llena de mentiras. No obstante, contrario a las intenciones del abogado, a menudo la versión de los eventos del paciente entra en conflicto con lo que el médico ha documentado y, en tales casos, se pone en evidencia que el facultativo ha mentado, como sucedió en el caso estudiado.

Por otro lado, la documentación de los hechos que respaldan al médico en un juicio ofrecerá protección, al demostrar que el estándar de cuidado fue seguido. Cualquier cambio en el expediente clínico se puede descubrir fácilmente durante el curso de la investigación previa al juicio. Los peritos de la parte contraria son capaces de detectar cambios a los expedientes, contrastando la declaración del denunciante o del paciente con la información de las anotaciones médicas. En un hospital, podría haber varios facultativos o enfermeras haciendo anotaciones en el expediente, por lo que es posible resaltar una inconsistencia si está modificado. Por ejemplo, una versión anterior conflictiva del expediente puede haber sido enviada a otros médicos o instituciones y quedará en evidencia cuando los peritos médicos que evalúan el caso comiencen

a reunir el expediente clínico del paciente, que se encuentra que fue enviado o dejado con otro doctor o en otra institución donde fue trasladado el paciente con el propósito de continuar su tratamiento o para un estudio; situación que sucedió en el caso estudiado, ya que el médico imputado dejó las hojas de anestesia, en el Hospital Dos junto con la paciente y, con ellas, se demostró que tanto su declaración, como el archivo clínico que entregó a la autoridad no establecían los hechos.

Expedientes clínicos, claramente falsos, podrían ser utilizados por un demandante para arrojar dudas sobre la calidad de atención que recibió el paciente. Una prueba de alteración del expediente sin una buena causa y adecuada autenticación, tiene graves consecuencias en un juicio por responsabilidad profesional. Modificar un expediente clínico implica alterar la evidencia. Dicha prueba destruirá la credibilidad del acusado ante un juez y dejará la fuerte impresión de que él o ella están tratando de ocultar la verdad.

En otro orden de ideas, se demostró que el doctor imputado siempre fue el médico tratante y el que efectuó los procedimientos quirúrgicos, por lo tanto, fue responsable de los resultados.

En este mismo sentido, en la literatura médica se describe lo siguiente: *el contexto científico Harrison define al médico tratante como la persona responsable del paciente y su enfermedad, pues es aquel que se hace cargo del caso y guía al paciente en el transcurso de la enfermedad. Por tanto puede asumirse que el médico tratante es el líder de un equipo clínico multidisciplinario que conoce integralmente la situación del paciente y se responsabiliza de las decisiones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento, es decir, podría denominarse como el médico de cabecera.*⁸

A pesar de que los médicos tratantes tienen la responsabilidad general de los pacientes bajo su cuidado, en muchos casos ellos delegan tareas a otros profesionales de la salud, pero tienen la obligación ética y profesional de garantizar que los médicos a los cuales les delega la continuidad en el manejo del paciente tengan la capacidad de realizar las tareas de la atención médica con estándar apropiado, y de obtener el consentimiento, que es imprescindible.

Al delegar la atención de los pacientes, se debe recordar que la persona que asume la

responsabilidad de la atención médica continuada de los pacientes no tiene la misma profundidad de comprensión sobre sus afecciones médicas que el prestador de atención médica que le está delegando la responsabilidad del manejo del paciente. La transferencia se debe documentar, verbalmente y en el expediente clínico. Un ejemplo podría incluir el presente caso, donde el facultativo tratante, que es un médico general, delega la responsabilidad a otro médico general. Cuando un profesional de la salud delega la prestación de servicios de salud a otro profesional de la salud, el delegado aplica los principios del consentimiento informado antes de proporcionar la atención médica informando al paciente y/o sus familiares que él no cuenta con la especialidad para efectuar al acto médico-quirúrgico. Cuando un profesional de la salud debe proporcionar o realizar una forma específica de atención médica, la tarea de informar a un paciente sobre los riesgos materiales y, sobre todo, si el tratamiento involucra algún acto determinado en la norma sobre el consentimiento informado, éste debe ser recabado por el paciente para que acepte que ese otro cirujano realice el procedimiento de diagnóstico o tratamiento. El registro debe documentar claramente quién asume la responsabilidad de la atención médica, incluso horarios de inicio y finalización con fechas específicas. Identificar quién es el facultativo responsable del paciente y el encargado de seguir el tratamiento y sus resultados. Todas las acciones de seguimiento deben documentar lo que fue hecho, por quién y cuándo.

En cuanto a la delegación de actos médicos en general, una persona autorizada para practicar medicina tendrá la autoridad de delegar a cualquier doctor calificado y debidamente capacitado cualquier acto médico que un doctor razonable y prudente encontraría dentro del alcance del juicio médico sólido para delegar si, en opinión del cirujano delegante, el acto puede ser adecuado, seguro y realizado por la persona a quien se delega el tratamiento y el acto se realiza de la manera habitual, no en violación de ningún principio o norma que rigen la práctica de la medicina. El médico delegante compartirá la responsabilidad solidaria de los actos médicos del doctor que realiza los actos delegados. Por lo que es necesariamente ético y profesional que un médico tratante que requiera

delegar la continuidad del manejo de su paciente a otro galeno, debe cerciorarse de que ese otro doctor cuente con la especialidad y la capacidad de brindar un manejo óptimo al paciente y el médico al que se le pretende delegar el seguimiento del paciente, también debe actuar honestamente y decidir si cuenta con los conocimientos y capacidad para hacerlo, de lo contrario negarse a ello; respetar la decisión y apoyar a un médico delegado que indica que no tiene los conocimientos y habilidades suficientes o experiencia para emprender la tarea es importante, porque un profesional de la salud delegado reconoce y trabaja dentro de los límites de su competencia profesional y alcance definido de la práctica, realiza la tarea para cumplir con sus responsabilidades legales y profesionales y sobre todo, informa al paciente y/o familiares acerca de quién es y porqué va a participar en su manejo, con la meta de obtener un consentimiento informado válido, asegurando que se complete el documento de consentimiento.

El razonamiento anterior reconoce que los doctores podrían legalmente delegar actos médicos de emergencias a facultativos debidamente capacitados y calificados. Cuando un médico desea delegar el manejo del paciente a otro doctor no especialista, para realizar un acto médico, debe estar consciente de que ese tratamiento, realizado por doctores no capacitados o especializados, lo más probable es que no se ajuste al estándar de atención que se aplicaría si un cirujano especialista llevara a cabo el acto, por lo que, tanto él, como el doctor tratante y el médico al que le delega su manejo, son responsables de los resultados que se obtengan.

Igualmente, se tiene que tomar en cuenta también que las consecuencias lesivas pueden ser debidas no sólo a la actuación de un determinado profesional, sino a que a la aparición de las mismas ha podido contribuir la actuación de varios individuos, por ello es muy importante que en el expediente clínico se pueda identificar perfectamente al facultativo que realizó cada uno de los actos médicos, con la finalidad de prevenir un gran número de estas acciones y evitar la tendencia creciente que le quitará al doctor toda voluntad de asumir responsabilidades, impulsándolo a pasarle la «carga» a otro, «para evitar o para salvar la responsabilidad», como se pretendía en el hecho estudiado.

Por consiguiente, en estos casos el médico delegante junto con el doctor que realiza el acto sin estar capacitado, serán responsables solidarios, acorde a lo establecido en el Código Civil Federal, en el Artículo 1917.- «Las personas que han causado en común un daño, son responsables solidariamente hacia la víctima por la reparación a que están obligadas de acuerdo con las disposiciones de este Capítulo».

En cuanto al consentimiento informado, es simultáneamente requisito legal y ético de los actos jurídicos de la relación médico-paciente, siendo una institución primordialmente jurídica con profundas implicaciones bioéticas.⁹ Y deberá ser recabado por el profesional de la salud que indica el procedimiento o por el que vaya a practicarlo, según lo determine el respectivo servicio de salud, priorizando el derecho del paciente a la mejor calidad de la información».¹⁰

Y se confirma por lo determinado en la siguiente tesis:

Consentimiento informado. Derecho fundamental de los pacientes:¹¹

El consentimiento informado es consecuencia necesaria o explicitación de derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia, el cual consiste en el derecho del paciente de otorgar o no su consentimiento válidamente informado en la realización de tratamientos o procedimientos médicos. En tal sentido, para que se pueda intervenir al paciente, es necesario que se le den a conocer las características del procedimiento médico, así como los riesgos que implica tal intervención. A través de éste el paciente asume los riesgos y consecuencias inherentes o asociados a la intervención autorizada; pero no excluye la responsabilidad médica cuando exista una actuación negligente de los médicos o instituciones de salud involucrados.

Sin embargo, en el caso estudiado existieron una serie de anomalías en la integración de los documentos de consentimiento informado, situación que, además de no cumplir con la normatividad, se puede determinar que fue elaborada tratando de evitar una posible denuncia por mala práctica médica, a pesar de ello, los que los integraron no

actuaron negligentemente y es factible, incluso, decir que lo hicieron dolosamente, situación que se aparta completamente de los principios éticos que regulan el ejercicio de la medicina.

Sobre lo anterior, en la literatura médica de México,¹² se encuentra referido lo siguiente:

«Uno de cada tres expedientes no tenía el CI (consentimiento informado) y aún más, 20% de los que afirmaron haber signado el documento, éste no fue encontrado, así mismo y más grave aun, 13% de casos referidos como no firmados, contenía un documento con firmas apócrifas, no identificadas. El 63% de los expedientes tenían el CI, de éstos, llama la atención un alto número de documentos no signados que no corresponden, lo que orienta a falsificación de los mismos. De 30 expedientes que se signaron y no fueron encontrados, existe la posibilidad de que el informante haya mentado o se haya sustraído el documento. Aún más alarmante fue encontrar 18 formatos firmados cuando los pacientes o familiares no lo hicieron, lo que se traduciría en una falsificación del documento».

CONCLUSIÓN

La mala práctica médica es un tema complejo, en gran parte debido a que sus consecuencias son de gran alcance por sus efectos negativos en la salud y la vida de los pacientes; no sólo involucra las acciones que se llevan a cabo en el cuerpo y/o mente del paciente sino que, de igual forma, engloba toda la documentación que se elabora e integra sobre el manejo del paciente y que se debe cuidar y mantener intacta en un expediente clínico. La estructuración correcta de los expedientes clínicos puede dar lugar a la disminución de las reclamaciones médicas; es muy importante que el médico tratante documente y supervise su integración correcta, esta será la única forma para que demuestre que el tratamiento se realizó adecuadamente. Es desalentador observar que, a pesar de saber la importancia de mantener un expediente adecuado, todavía se observan deficiencias o actos ilegítimos en su integración.

Se debe insistir en que este documento será de gran ayuda para el médico acusado de mala práctica médica, porque siempre será un foco principal

de escrutinio en una denuncia o demanda penal o civil e, igualmente, la alteración de un expediente clínico puede afectar negativamente la credibilidad de los profesionales que lo integraron. Incluso una corrección o adición hecha correctamente podría, ante un mal resultado, poner en duda la credibilidad de todo el expediente. Un expediente alterado será más que una desventaja en defensa de un caso, además de que es viable descubrir fácilmente durante el curso de la investigación previo al juicio. Los abogados de los demandantes son conscientes de la tremenda ventaja que pueden obtener si ha habido una alteración subrepticia del historial médico del paciente. Saben que no hay nada mejor que un historial médico alterado para convertir un caso de descarte, o incluso un posible perdedor, en un ganador. Igualmente, los expedientes inexistentes significan que no hay defensa.

En otro orden de ideas, la buena práctica clínica y el consentimiento informado son inseparables. El respeto a la autonomía del paciente en la práctica clínica es de gran importancia moral en la sociedad. La moral y responsabilidad legal de obtener el consentimiento informado médico depende de la transmisión de información apropiada al paciente. La documentación clínica debe reflejar esta toma de decisiones informada entre el prestador de servicios de atención médica y el paciente.

Las decisiones de los pacientes deben hacerse independientemente y basadas en el espectro completo de conocimiento de su enfermedad y no realizando documentos de consentimiento informado que no son acordes a la norma, o que sean falsos porque no fueron suscritos por el paciente, el familiar responsable o por testigos; o hacerlos simplemente con la idea de aparentar haber cumplido con la normatividad y así tratar de ocultar evitar un procedimiento legal por no estar integrado al expediente clínico y que ello haya influido en malos resultados en el manejo del paciente.

Los médicos pueden legalmente delegar actos médicos de emergencias a otros médicos debidamente capacitados y calificados. Un tratante que desea delegar el manejo del paciente para realizar un acto médico a otro galeno no especialista, debe estar entendido de que un tratamiento realizado por médicos no capacitados o especializados, lo más previsible es que no se apegue al estándar de atención que se daría si un cirujano especialista

realizara el acto, por lo que, tanto él, como médico tratante y aquel al que le delega su manejo, son responsables de los resultados que se obtengan.

El perder el prestigio, por deshonestidad en el ejercicio de la medicina, representa la decadencia de esta carrera. Sin embargo, por valiosa que sea para los pacientes y los doctores, la honestidad no ha sido una preocupación importante en la ética médica ni un principio valioso para los galenos. Podría pensarse que es una exageración aseverar que la honestidad no se inculca en las escuelas y facultades de medicina, ni se reconoce en el conjunto de conocimientos médicos, pero no es producto de la imaginación, porque se observa en el caso que se analizó.

REFERENCIAS

1. Ramos Ramos A, Beas Nava JA, Suro Cedano G, Vázquez Cortés FJ, Machuca Martínez LF, De Alba Macías P et al. El conflicto en la práctica profesional de atención a la salud. México: Universidad de Guadalajara; 2008. pp. 276, 278, 281, 282.
2. Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Décima época. Num. Registro: 2015868. Tribunales Colegiados de Circuito. Tesis aislada. Libro 49, Diciembre 2017, Tomo IV. Materia Civil. Tesis I.4 °C. 58. Pág. 2261.
3. Field A, Haloob R. Complications of caesarean section. The Obstetrician & Gynaecologist. 2016; 18 (4): 265-272.
4. Asicioglu O, Gungorduk K, Asicioglu BB, Yildirim G, Gungorduk OC, Ark C. Unintended extension of the lower segment uterine incision at cesarean delivery: a randomized comparison of sharp versus blunt techniques. Am J Perinatol. 2014; 31 (10): 837-844.
5. Kwon JH, Kim GS. Obstetric iatrogenic arterial injuries of the uterus: diagnosis with US and treatment with transcatheter arterial embolization. Radiographics. 2002; 22 (1): 35-46.
6. Rafi J, Khalil H. Maternal morbidity and mortality associated with retroperitoneal haematomas in pregnancy. JRSM Open. 2018; 9 (1): 1-9.
7. Asturizaga P, Toledo Jaldin L. Hemorragia obstétrica. Rev Med La Paz. 2014; 20 (2): 57-68.
8. Rojas Giraldo EM, Aristizábal Agudelo L, Babilonia Negrete V. Alcance del concepto del médico tratante en las acciones de tutela para proteger el derecho al diagnóstico. Revista CES Derecho. 2014; 5 (2): 197-219.
9. Vázquez GAR, Ramírez BÉJ, Vázquez RJA, Cota GF, Gutiérrez MJA. Consentimiento informado. ¿Requisito legal o ético? Cir Gen. 2017; 39 (3): 175-182.
10. Berro Rovira G. Consentimiento informado. Rev Urug Cardiol. 2013; 28: 17-31.

11. Décima Época. Núm. de Registro: 2001271. Primera Sala. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Libro XI, Agosto de 2012, Tomo 1. Materia(s): Constitucional. 1a. XLIII/2012 (10a.). Página 478.
12. Vizcaya BDM, Zúñiga VFA, Pérez CP, Cobos AH. Conocimiento de los pacientes sobre el consentimiento informado en un hospital general. Rev Fac Med UNAM. 2014; 57 (5): 5-13.

www.medigraphic.org.mx



Calidad del cuidado enfermero. Úlcera por presión en paciente crítico

Quality of nursing care. Pressure ulcer in critical patient

Surya Moncada Heredia,* David Luna Pérez,† Miguel Ángel Lezana Fernández,†
María Susana González Velázquez,* Fernando Meneses González†

RESUMEN

Introducción: Una úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea que se produce por presión prolongada o fricción. En su formación participan tres tipos de fuerzas: presión, fricción y cizallamiento. **Presentación de caso:** Masculino de 56 años con diagnósticos de insuficiencia renal crónica agudizada (KDOQI V) y diabetes mellitus descontrolada, ingresó al Servicio de Urgencias, se colocó catéter Tenckhoff y permaneció 17 días en el servicio, de los cuales siete días estuvo bajo asistencia ventilatoria mecánica, y bajo sedación. En el Servicio de Medicina Interna se identificó una UPP sacra grado III con necrosis, UPP en pierna izquierda con tejido de granulación y UPP pretibial en pierna derecha.

Palabras clave: Cuidados de enfermería, intervenciones específicas, prevención, úlceras por presión.

ABSTRACT

Introduction: A pressure ulcer (PU) is a lesion of ischemic origin located in the skin and in the underlying tissues with skin loss that is produced by prolonged pressure or friction. Three types of forces participate in its formation: pressure, friction and shearing. **Case presentation:** A 56 year old male with a diagnosis of KDOQI V acute chronic kidney failure and uncontrolled diabetes mellitus, was admitted to the emergency department, a Tenckhoff catheter was placed and remained in the service for 17 days, he was intubated and sedated for seven days. The internal medicine department identified a grade III sacral PU with necrosis, a PU in the left leg with granulation tissue, and a pretibial PU in the right leg.

Keywords: Nursing care, specific interventions, prevention, pressure ulcer.

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

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

Correspondencia: SMH, sya.mh.sti@outlook.com

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

Citar como: Moncada HS, Luna PD, Lezana FMÁ, González VMS, Meneses GF. Calidad del cuidado enfermero. Úlcera por presión en paciente crítico. Rev CONAMED. 2021; 26(2): 82-88. <https://dx.doi.org/10.35366/100350>

Financiamiento: No se recibió financiamiento para realizar este artículo.

Recibido: 09/02/2021.

Aceptado: 21/04/2021.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

Una úlcera por presión (UPP) es cualquier lesión de la piel y los tejidos subyacentes originada por un proceso isquémico producido por la presión, la fricción, el cizallamiento o una combinación de los mismos. Cada uno de estos factores contribuyen a la necrosis del tejido, ya sea a través de la oclusión directa de los vasos y/o por retorcimiento/rotura de vasos (cizallamiento). Esta lesión es causada por una presión mecánica no aliviada en combinación de las fuerzas mencionadas. Los factores de riesgo incluyen: edad mayor a 65 años, alteración de la circulación y perfusión tisular, inmovilización, desnutrición, disminución de la sensibilidad e incontinencia. La gravedad varía desde un eritema cutáneo no blanqueable hasta pérdida tisular con necrosis extensa en tejidos blandos.^{1,2}

Las UPP se consideran un problema de salud pública debido a su incidencia y alta prevalencia que oscila entre 3-50% en pacientes hospitalizados en el Servicio de Cuidados Intensivos. En adultos mayores hospitalizados es alrededor de 40%.³ En el paciente se produce desgaste físico y emocional, lo cual afecta la calidad de vida y llega a ocasionar la muerte. En el entorno familiar se puede generar una carga económica por los insumos que se requieren para brindar el cuidado. Socialmente lleva a hospitalizaciones prolongadas con el consecuente consumo de recursos materiales y humanos, lo que se traduce en altos costos para los sistemas de salud.⁴

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un hombre de 56 años de edad que ingresó al Servicio de Urgencias Metabólicas de un hospital de tercer nivel. Con un peso de 60 kg, una talla de 1.65 cm y un índice de masa corporal de 22.22, con diabetes mellitus tipo 2 de dos años de diagnóstico sin apego al tratamiento.

Inició el padecimiento en su domicilio el día 17 de agosto, con ataque al estado general, astenia, adinamia, hiporexia, fiebre de 39 °C y poliuria. El día 19 de agosto el cuadro se exacerbó llegando a cursar con alteración del estado de alerta, su familiar lo encuentra con tendencia a la somnolencia y le realizó una toma de glucemia capilar, la cual reportó 550 mg/dL, razón por la cual se

decidió su traslado al Servicio de Urgencias Metabólicas donde fue valorado y diagnosticado con insuficiencia renal crónica agudizada (KDOQI V) [BUN 80.3 mg/dL, Cr 5.6 mg/dL] y diabetes mellitus descontrolada.

Se decidió su ingreso y se realizó colocación de catéter rígido para diálisis peritoneal. Cuatro días posteriores al ingreso se realizó cambio por disfunción de catéter rígido a catéter Tenckhoff y cambio de antimicrobiano a ceftriaxona por presencia de *E. coli* pansensible. El mismo día en que se trasladó al paciente al Servicio de Urgencias se recibió con apoyo ventilatorio mecánico y apoyo vasopresor con norepinefrina. Doce días después se realizó extubación sin complicaciones. Se realizó tomografía de cráneo cuatro días después por deterioro del estado de alerta, no se encontraron alteraciones y se concluyó la presencia de encefalopatía urémica.

Tras un total de 17 días de estancia en el Servicio de Urgencias, el paciente ingresó al Servicio de Medicina Interna. Durante su estancia se identificó una UPP sacra grado III con datos de necrosis con exudado moderado, 10% de fibrina, una UPP de pierna izquierda con tejido de granulación y una UPP pretibial en pierna derecha. Las intervenciones específicas que realizó enfermería fueron la curación de las úlceras con parches hidrocoloides y cambios posturales asistidos.

El paciente presentó adecuada respuesta al tratamiento médico indicado por dermatología con parches hidrocoloides con cambio cada 24 horas en cada UPP, así como movilización cada tres horas. Seis días posteriores al internamiento en el Servicio de Medicina Interna se suspendió la diálisis peritoneal por mejoría en los niveles de creatinina. Dos días después presentó mejoría y se ajustaron las indicaciones con cambio de parches hidrocoloides cada 48 horas.

El paciente egresó por mejoría tras cumplir 14 días de tratamiento. Se egresa con las indicaciones de movilización, ejercicios enseñados por rehabilitación, insulina NPH 8 unidades por día, enalapril 5 mg cada 12 horas, ácido acetilsalicílico 100 mg al día y atorvastatina 20 mg cada 24 horas. Se envió con catéter Tenckhoff.

Veintiún días después del egreso en su domicilio, el familiar observó la salida de material purulento a través de la UPP sacra aproximadamente de

300 cm³, además de fiebre de 39 °C acompañado de malestar general, diaforesis profusa y taquicardia, por lo que decidieron acudir al Servicio de Urgencias, a su llegada se encontró al paciente hipotenso (TA 80/50 mmHg). Fue valorado por el Servicio de Infectología en el que se sugirió manejo con ertapenem. Se decidió su ingreso a Medicina Interna, en el cual se encontró al paciente con UPP sacra de aproximadamente 4 × 8 cm grado III con salida de material purulento y aparentes conejeras en periferias, leucocitos de 19.1, neutrófilos totales de 16.5, linfocitos totales 1.5, hemoglobina 7.3 mg/dL, plaquetas 300,000, Cr 6.98 mg/dL, BUN 59.7 mg/dL, K 6.8 mEq y EGO con leucocituria y bacteriuria. Al día siguiente del ingreso se reanudó la diálisis peritoneal por el catéter Tenckhoff, se recaba proteína C reactiva (PCR) de 94 mg/L. Dos días después se realizó desbridamiento quirúrgico de UPP sacra sin complicaciones y recolocación de catéter Tenckhoff. Las intervenciones específicas de enfermería fueron: cambios posturales asistidos, cambio de ropa limpia para cama, lubricación de piel.

Cinco días después se reportó cultivo de UPP y de líquido de diálisis con *Acinetobacter baumannii* y *E. coli*, por parte de infectología se manejó con

vancomicina y ceftriaxona. Se mantuvo catéter Tenckhoff cerrado por encontrarse disfuncional y colonizado, fue retirado luego de 10 días de su recolocación. Intervenciones específicas de enfermería: cambios posturales asistidos y antibioticoterapia. Cumplió esquema microbiano y egresó 13 días después.

Acudió a consulta externa el mismo día de egreso y se encontró UPP limpia con tejido de granulación de 8 × 6 × 5 cm. Se reporta VSG 47, PCR 0.7 mg/L.

DISCUSIÓN

Se han desarrollado diversas escalas de valoración para identificar el grado de la úlcera, así como escalas que permiten predecir el riesgo de presentarlas, como son la escala de Braden y la escala de Norton.

Existen diversos sistemas para la estadificación, el sistema más utilizado es el panel asesor nacional de úlceras por presión (NPUAP) y con el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), en el cual se categorizan como se muestra en la *Tabla 1*.^{5,6}

La valoración de una UPP se debe realizar a través de una evaluación clínica, identificando

Tabla 1: Clasificación de úlceras por presión.

Estadio	Descripción
Estadio I (eritema no blanqueable)	Eritema cutáneo que no palidece, con piel intacta. La decoloración de la piel, el calor local, el edema y la induración se pueden utilizar también como indicadores, particularmente en las personas con piel oscura
Estadio II (úlceras de espesor parcial)	Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, a la dermis o a ambas. La úlcera es superficial y se presenta clínicamente como una abrasión o una flictena
Estadio III (pérdida total del grosor de la piel)	La úlcera es más profunda y afecta la totalidad de la dermis y al tejido subcutáneo, existe pérdida total del grosor de la piel con lesión o necrosis, y puede afectar también a la fascia muscular pero no más allá
Estadio IV (pérdida de espesor de los tejidos)	Destrucción extensa, necrosis de tejidos o lesión del músculo, del hueso o de las estructuras de soporte, con o sin pérdida total del grosor de la piel
No clasificable	Pérdida total del tejido y el tejido necrótico presente en la base de la úlcera no permite valorar la profundidad de la misma. La lesión puede categorizarse una vez que se haya retirado el tejido necrótico

NPUAP = National Pressure Advisory Panel; EPAUP = European Pressure Advisory Ulcer Advisory Panel.

Modificado de: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/09/spanish-translation-qrg.pdf>.⁵

Tabla 2: Zonas susceptibles de desarrollar úlcera por presión de acuerdo con la posición anatómica del paciente.

Posición anatómica	Zona susceptible
Decúbito supino	Occipital, omóplato, codos, sacro, coxis, talones, dedos de los pies
Decúbito lateral	Pabellón auricular, acromion, costillas, trocánter, crestas iliacas, cóndilos (rodilla), tibias, maléolos tibiales, dedos/lateral de pie
Decúbito prono	Frente, pómulos, pabellón auricular, pechos, crestas iliacas, pubis, genitales (en hombre), rodillas, dedos de los pies
Sedestación	Occipital, escápulas, codos, sacro, tuberosidades isquiáticas, subglúteos, huecos poplíteos, talones
Sujeción mecánica y otros dispositivos	Tubos endotraqueales, fosas nasales (con sondajes), meato urinario (sonda vesical), muñecas y tobillos por sujeciones

Tomado de: Práctica Clínica. Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión en el Adulto Mayor. Guía de Referencia Rápida. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.³

aparición, característica y zonas susceptibles anatómicas en donde se pueden presentar (Tabla 2), así como ser abordadas de manera multidisciplinaria con médicos dermatólogos, infectólogos, especialistas en rehabilitación, enfermería.

Los pacientes con UPP padecen una mayor incidencia de infección por enterobacterias, la *Escherichia coli* es una de las principales, con una prevalencia de 21%; en las infecciones producidas por Gram negativos no fermentadores se encuentra *Acinetobacter baumannii* con una prevalencia de 2% en úlceras vasculares.⁷ La prevalencia de presentar UPP siendo adulto mayor es de 11.6%,⁸ esta prevalencia aumenta con las enfermedades concomitantes que el paciente presenta como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, accidentes cerebrovasculares, entre otras; y factores externos como estancia hospitalaria prolongada, deterioro cognitivo, incontinencia fecal y urinaria son determinantes para la presencia de este tipo de agentes.

Zonas susceptibles para desarrollar UPP

En el tratamiento para lograr una mejoría y recuperación tisular eficaz se necesita realizar la reducción de presión con la ayuda de cambios posturales, cuidado de la herida, manejo del dolor, control de infección, evaluación de necesidades nutricionales y terapia o cirugía complementaria.¹

Cambios posturales

Ante una valoración que indique riesgo de desarrollar una UPP la movilización y los cambios posturales permiten reducir la duración y magnitud de la presión sobre las zonas susceptibles del cuerpo. La efectividad de los cambios posturales para prevenir la aparición de UPP y ayudar a una favorable evolución está condicionada, entre otros aspectos, a la dificultad para su realización periódica, la utilización de posiciones posiblemente iatrogénicas, su realización de manera inadecuada y la imposibilidad de efectuarlos en pacientes secundario a patologías que dificultan su realización (cirugía cardíaca, obesidad mórbida, compromiso respiratorio, politraumatizados).⁵⁻⁹

En el manejo de los cambios posturales, el personal de enfermería tiene un papel importante, ya que esa movilidad debe realizarse cada dos a tres horas siguiendo un programa rotatorio como el descrito en la (Figura 1).

Cuando se presenta una UPP la taxonomía de enfermería de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) establece el diagnóstico de deterioro de la integridad cutánea con interrelación de las taxonomías *Nursing Outcomes Classification* (NOC), *Nursing Interventions Classification* (NIC) en el que el resultado esperado es la curación de la herida por segunda intención mediante las intervenciones en cuidado de las heridas y cuidado de las úlceras por presión, en las cuales se describen las

características de la úlcera, la limpieza de la piel alrededor de ésta, la desbridación —de ser necesario—, la administración de medicamentos para el control del dolor y la realización de cambios posturales cada dos o tres horas para evitar la presión sobre zonas con úlceras.¹⁰⁻¹²

El realizar los cambios posturales requiere de medios materiales y humanos adecuados. Por tanto, en la elección de frecuencia de cambios posturales deberá considerarse:

El paciente y su situación

En este caso se tiene que valorar la tolerancia al tejido, su grado de actividad y movilidad, su estado de salud general, los objetivos globales del tratamiento, la evaluación del estado de la piel y su comodidad general. Si el paciente no está respondiendo como se esperaba en el régimen de los cambios posturales, hay que reconsiderar la frecuencia y el método empleado.

La superficie de apoyo que se esté utilizando: la frecuencia de los cambios debe ser mayor en pacientes que están en un colchón convencional a diferencia de aquellos que están sobre

unas superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) que redistribuye la presión o de alivio esta última.²

Cuidado de la UPP

El cuidado apropiado de las heridas implica limpieza, desbridamiento y vendajes, para realizar una adecuada intervención en el cuidado de la UPP y lograr su recuperación se debe hacer uso de la escala visual análoga (EVA), la cual permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente. Esta información es útil para la adecuada elección de los medicamentos que se administrarán en el manejo del dolor, como pueden ser analgésicos no opioides tipo AINE o paracetamol, analgésicos opioides a dosis individualizadas (tramadol, buprenorfina, nalbupina) con AINE, opioides potentes (morfina, citrato de fentanilo en infusión continua o controlada por el paciente).³

La limpieza es un primer paso importante en la preparación del lecho de la herida en las UPP para cicatrizar mediante la eliminación de los residuos de la superficie y restos de productos, lo que permite una mejor visualización de la herida para la valoración, a menudo implica irrigación a presiones suficientes para eliminar las bacterias sin traumatizar el tejido, los antisépticos como yodo, peróxido de hidrógeno y los lavados antisépticos pueden destruir el tejido de granulación sano, por cual se deben evitar.^{1,2}

Para realizar la curación con el uso de medicamentos para tratamiento de la UPP se deben tomar en cuenta el tejido del lecho y el tratamiento local que se empleará. Los cuales pueden ser apósitos de hidrogel + carbón, hidrocoloides, alginato, apósito de plata, nitrato de plata, pomada corticoide, alginato, hidrofibra o desbridamiento.¹³

El desbridamiento quirúrgico se recomienda en presencia de necrosis extensa, celulitis avanzada, crepitación, fluctuación y/o sepsis secundaria a una infección relacionada con la úlcera. Además, éste es necesario para la eliminación del tejido necrótico que se encuentre presente, pues sirve como medio para el crecimiento bacteriano bloqueando la cicatrización. Los tipos de desbridamiento que se pueden aplicar son:

Desbridamiento mecánico: el cual se realiza a través de hidroterapia, este tipo de desbridamiento

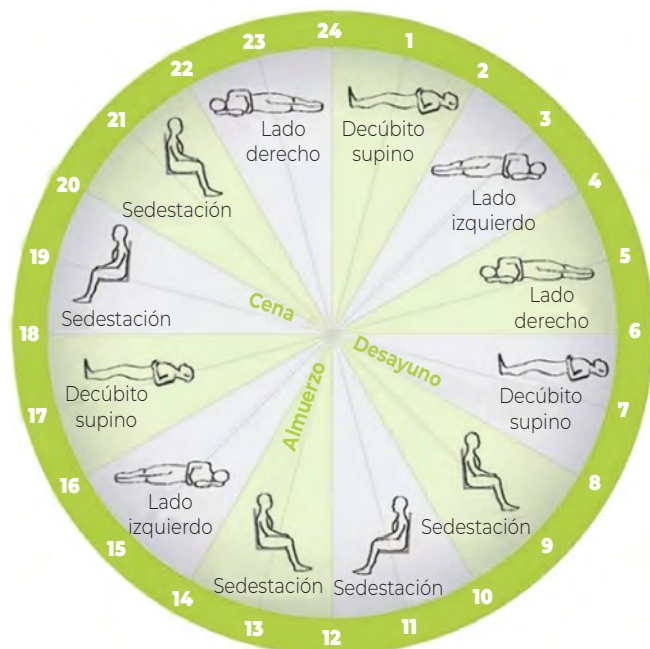


Figura 1: Reloj de cambios posturales para pacientes encamados. Modificada de: Barón Burgos MM.⁴

elimina los residuos necróticos de la superficie de la herida y se deben realizar cuando se tiene un exudado muy suelto; este método debe realizarse con precaución debido a que los cambios de apósitos pueden ser dolorosos y pueden eliminar el tejido de granulación sano.

Desbridamiento quirúrgico: se emplea bisturí o tijeras estériles para poder retirar la escara y la necrosis gruesa.

Desbridamiento autolítico: se realiza con el uso de apósitos hidrocoloides/hidrogel para facilitar la eliminación de tejidos muertos por medio de las enzimas que ya se encuentran presentes en la herida.¹

Para evaluar el proceso de cicatrización de la UPP y los resultados de las intervenciones que se realizan se recomienda el uso de la escala *Pressure Ulcer Scale for Healing Tool* (PUSH), la cual evalúa tres dimensiones: longitud por anchura, cantidad de exudado y tipo de tejido visible, esta escala ha sido diseñada como complemento de la escala de estadificación NPUAP.

CONCLUSIONES

En el presente caso se muestran las diversas acciones a emplear ante la aparición de una UPP, cabe recordar que la falta de atención, retraso y omisión en la notificación de manera oportuna sobre cualquier cambio o apariencia en las UPP son factores que pueden enmascarar o agravar el problema.

Por parte del personal de enfermería se puede observar que hubo una falta de atención, pues durante los días de estancia en el Servicio de Urgencias se desarrolló la úlcera encontrándose en grado III al momento de ser ingresado en el Servicio de Medicina Interna. De acuerdo con el Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente¹⁴ se señala que el presente caso tuvo detección, factores atenuantes, medidas de mejora y medidas adoptadas para reducir el riesgo, el cual es definido como las medidas de mejora que se adoptan o las circunstancias que se modifican para mejorar o compensar el daño tras un incidente, utilizadas en la fase de rescate de la recuperación del incidente, es decir, la prevención terciaria.

En este caso se realizó de manera correcta el desbridamiento quirúrgico ante una UPP grado

III tal como se menciona en la Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas; con relación a las ocho acciones esenciales para la seguridad del paciente, se cumplió en la acción número cuatro «seguridad en los procedimientos».¹⁵

El paciente presentó una UPP grado III a pesar de que el personal de enfermería actuó con el sistema de calidad SISTEMA INDICAS II (INDICAS).⁹ En la Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas se menciona que una de las medidas preventivas en las UPP es que se debe tomar en cuenta las superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) con apoyo de colchón de presiones alternas, en el presente caso esta medida no fue llevada a cabo.

En la interrelación de las taxonomías de enfermería NANDA, NOC, NIC, establece el diagnóstico de riesgo de infección, en el que el resultado esperado es el control de riesgo mediante las intervenciones de protección contra las infecciones e identificación de riesgo en las cuales se deben implementar las precauciones universales enseñadas al paciente y a los familiares, monitorizar el estado y las condiciones de la úlcera para detectar y prevenir oportunamente signos y síntomas de infección, valorar la úlcera como la presencia de enrojecimiento, drenaje de ésta o membranas mucosas, así como dar cumplimiento preciso a la prescripción médica en la administración de antibióticos y otros medicamentos, mantener la herida limpia y seca, y la movilización continua cada dos a tres horas.¹⁰⁻¹²

Cabe recordar aquellos factores externos que resultan favorecedores al desarrollo de las UPP como las enfermedades concomitantes que el paciente padece; los cuidados que se brindan en el hospital y la orientación en el plan de alta del paciente hacia los familiares pueden resultar favorables para mejorar la herida minimizando aquellas complicaciones que se puedan presentar retrasando o comprometiendo la recuperación del estado de salud del paciente, así como puede ser desfavorable la no comprensión de cuidados en la orientación del plan de alta del paciente derivando complicaciones que generen un reingreso hospitalario, con relación a las ocho acciones esenciales para la seguridad del paciente. En este caso se presentó una irregularidad en la acción número dos «comunicación efectiva»,¹⁵ por tal motivo, se tuvo un reingreso hospitalario del paciente.

REFERENCIAS

1. Grada A, Phillips TJ. Úlceras por presión [Internet]. Boston, Massachusetts: 2019 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/professional/dermatologic-disorders/pressure-ulcers/pressure-ulcers#>
2. Manual clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento a pacientes con heridas agudas y crónicas [Internet]. México, DF: Secretaría de Salud; 2017 [citado 16 noviembre 2020]. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/Manual_Clinico_Heridas.pdf
3. Práctica Clínica. Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión en el Adulto Mayor. Guía de Referencia Rápida. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2015 [citado 16 febrero 2020]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMastroGPC.html>
4. Barón Burgos MM. Guía para la prevención y manejo de las UPP y heridas crónicas [Internet]. Madrid, Alcalá: Instituto Nacional Sanitaria; 2015 [citado 15 noviembre 2020]. Disponible en: https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2015/10/Guia_Prevencion_UPP.pdf
5. National Pressure Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Advisory Ulcer Advisory Panel (EPAUP). Prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida [Internet]. 2ª ed. Australia, Perth: Emily Haesler; 2014 [citado 14 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/09/spanish-translation-qrg.pdf>
6. European Wound Management Association (EWMA). Identificación de los criterios de infección en heridas [Internet]. London: MEP Ltd; 2005 [citado 16 noviembre 2020]. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/identificacion-de-los-criterios-de-infeccion-en-heridas.pdf>
7. Ortiz Balbuena J, García Madero R, Segovia Gómez T, Cantero Caballero M, Sánchez Romero I, Ramos Martínez A. Microbiología de las infecciones de úlceras por presión y de origen vascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [citado 4 febrero 2021]; 50 (1): 5-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-microbiologia-las-infecciones-ulceras-por-S0211139X14001747>
8. Barrera Arenas JE, Pedraza Castañeda M del C, Pérez Jiménez G, Hernández Jiménez P, Reyes Rodríguez JA, Padilla Zárate MP. Prevalencia de úlceras por presión en un hospital de tercer nivel, en México DF. *Gerokomos* [Internet]. 2016 [citado 5 febrero 2021]; 27 (4): 176-181. Disponible en: <https://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2017/01/27-4-2016-176.pdf>
9. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Tres indicadores para la prevención de infecciones y seguridad del paciente [Internet]. 2a ed. México, DF: Comisión Interinstitucional de Enfermería; 2006 [citado 14 marzo 2020]. Disponible en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/indicadores__infecciones_seguridad.pdf
10. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2018-2020. 11 ed. Barcelona: Editorial Elsevier; 2018.
11. Bulechek K. Howard, clasificación de intervenciones de enfermería NIC. 7a ed. Barcelona: Editorial Elsevier; 2019.
12. Moorhead Sue. Clasificación de resultados de enfermería NOC. 6a ed. Barcelona: Editorial Elsevier; 2019.
13. Prevención, diagnóstico y manejo de las úlceras por presión en el adulto mayor. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015 [citado 16 febrero 2020]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/104_GPC_ULcpresionintrahosp/ULCERAS_INTRAHOSP_EVR_CENETEC.pdf
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco conceptual de clasificación para la seguridad del paciente [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [citado 02 diciembre 2020], pagina 12. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
15. Secretaría de Salud. Las acciones esenciales para la seguridad del paciente dentro del modelo de seguridad del paciente del CSG. Edición 2017 [citado 16 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-las-acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente?idiom=es>

El derecho a la salud es un derecho humano

The right to health is a human right

Esther Illán Marcos,* César Hernández Mier†



RESUMEN

En este artículo se formula una presentación del derecho a la salud con perspectiva de derechos humanos. Se considera importante que se realicen modificaciones en el Sistema Nacional de Salud mexicano a fin de ampliar el acceso a los servicios sanitarios. El Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) se ostenta como un avance en protección social pero no mejora la condición de sanidad de la población, debido a que el Sistema Nacional de Salud se encuentra fragmentado y debería modificarse la estructura. También es fundamental que se atienda a factores socioeconómicos y otras aristas que presentan vinculación directa con la sanidad, debido a que los derechos de la humanidad son una unidad y si se atienden individualmente se produce la deficiencia de todos, tanto en su protección como en su desarrollo efectivo.

Palabras clave: Derecho a la salud, derecho a la protección de la salud, derechos humanos.

ABSTRACT

This article formulates the right to health from a human rights perspective. It is considered important that modifications be made to the Mexican National Health System to expand access to health services. INSABI is boasted as an advance in social protection but it does not improve the health condition of the people, because the National Health System is fragmented and the structure must be modified. It is also essential that socio-economic factors and other rights that are directly linked to health be addressed, since human rights are a unit.

Keywords: Right to health, right to health protection, human rights.

* Maestra en Derechos Humanos.

† Profesor Investigador.

Facultad de Derecho
«Abogado Ponciano
Arriaga Leija» de la
Universidad Autónoma de
San Luis Potosí, México.

Correspondencia: EIM,
esther.yllan.marcos@
gmail.com

Conflicto de intereses:
No existe conflicto de
intereses. (No pertenezco
a ningún partido político o
sindicato).

Citar como: Illán ME,
Hernández MC. El derecho
a la salud es un derecho
humano. Rev CONAMED.
2021; 26(2): 89-94. [https://
dx.doi.org/10.35366/100351](https://dx.doi.org/10.35366/100351)

Financiamiento: No tuvo
financiación.

Recibido: 09/10/2020.

Aceptado: 03/06/2021.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

El cumplimiento del derecho a la salud es un elemento fundamental que persigue el bienestar de las personas. La desatención de esta facultad tiene una repercusión negativa en otros derechos humanos debido a los principios de indivisibilidad e interdependencia. Con la meta de comprender mejor las vulneraciones que suceden en el derecho a la sanidad, se ha considerado relevante escribir este trabajo, de manera sucinta, en él se pretende exponer esta facultad como un derecho humano y señalar la trascendencia que tiene su correcta comprensión para mejorar las carencias que han quedado demostradas en el Sistema Nacional de Salud en México. Se reivindica que es de gran relevancia que se formulen nuevas reformas en el Sistema Nacional de Salud y así poder ampliar el acceso a los servicios de salud. También se mencionan de manera concisa las transgresiones a los derechos humanos durante la gestión de la pandemia en Latinoamérica. El desarrollo de la presente investigación se realizó a través de un diseño de tipo exploratorio, mediante la hermenéutica jurídica.

EL DERECHO A LA SALUD Y SUS ELEMENTOS

La constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) entró en vigor el 7 de abril de 1948. En su preámbulo, se puede encontrar que la salud es «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».¹ Al tomar como base esta definición, la OMS ha considerado dicha normativa como «el goce del grado máximo de salud que se puede lograr» y debe ser entendido como «uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social». Tal facultad no debería ser interpretada como la exigencia del pueblo hacia el gobierno de estar siempre «sano», lo cual sería inalcanzable, nunca habría de olvidarse que el ser humano es perecedero. Por tanto, en la situación actual de pandemia, no se podría exigir que tras la enfermedad COVID-19 los individuos no tengan secuelas. Lo que sí se puede reivindicar es la garantía de recibir una vacuna y a ser atendido respetando la dignidad y sin discriminación alguna.

Es importante conocer que la mencionada potestad abarca cuatro piezas, que son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Cada una de ellas definida por la Comisión Nacional de Derechos Humanos del siguiente modo:

1. La disponibilidad contempla el contar con el número suficiente de establecimientos, bienes, insumos y servicios.
2. La accesibilidad es definida como la obligación de que los establecimientos de atención médica estén al alcance de todos y la no discriminación.
3. La aceptabilidad significa que los servicios deben proporcionar una atención con enfoque diferencial y especializado, respetando los aspectos culturales y sensibles de los requisitos de cada grupo y cada paciente.
4. La calidad ha de encontrarse tanto en la educación y formación de profesionales de salud al igual que en las instalaciones y materiales empleados.

Por lo anterior, cada gobierno debe establecer acciones encaminadas a permitir que sus ciudadanos cuenten con acceso al sistema de salud con todos sus elementos mencionados. Lo hacen a través de la positivización de esta garantía. El derecho humano a la salud es internacional y universal; cuando cada país lo incluye en su propio ordenamiento jurídico lo nacionaliza y lo convierte en derecho positivo de su estado. A nivel internacional, esa facultad se encuentra protegida por diversos instrumentos, por ejemplo la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) en su artículo 25. Mientras que en América Latina lo está por la Convención Americana de Derechos Humanos, entre otros textos. En particular, en México se encuentra resguardado por el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,² estableciendo que «Toda persona tiene derecho a la protección de la salud», sin embargo, es la Ley General de Salud la que establece las bases y modalidades de este acercamiento.

Lo anterior muestra que, en materia del derecho humano a la salud, existe una fortaleza legislativa que positiviza la prerrogativa y la protege, aunque en la práctica se identifiquen deficiencias en el cumplimiento. Tras percatarse de esta situación, el Comité de Derechos Económicos,

Sociales y Culturales decidió emitir su Observación N° 14³ donde señala que la mencionada garantía incluye: los derechos a un sistema de protección de la salud, a la prevención, a recibir diagnóstico y tratamiento, el ingreso a la educación que permita formar a los profesionales y también poder educar a la población a modo de que disponga de conocimientos básicos para saber los derechos que les asisten.

EL DERECHO A LA SALUD Y LOS PRINCIPIOS GENERALES DE LOS DERECHOS HUMANOS

La Corte Interamericana, en su Cuaderno N° 28 de Jurisprudencia, ha querido reseñar algunos pronunciamientos en relación con los principios de derechos humanos que están vinculados con el derecho a la salud y ha determinado que éstos son tres: de progresividad, de indivisibilidad y de interdependencia.

El principio de progresividad

El derecho humano a la salud es considerado de la segunda generación, es decir, forma parte de la categoría de los conocidos como Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA). Pertenecer a esta categoría tiene el inconveniente de estar condicionado a las posibilidades económicas de cada nación para poder proporcionar su efectivo cumplimiento. Desafortunadamente ese derecho a la salud, y en consecuencia a la vida, resulta condicionado a la economía del paciente y del país donde resida. Esta afirmación ha quedado reflejada en el creciente turismo sanitario, que consiste en incluir la posibilidad de vacunarse contra la COVID-19 al viajar a otro territorio. Esta práctica se está llevando a cabo por ejemplo en Maldivas, Alaska, Rusia y Serbia, donde ofrecen a los turistas la posibilidad de vacunarse, todo organizado por las agencias de viajes. Cada vez se suman más naciones a esta nueva iniciativa y la salud se está mercantilizando a nivel global de un modo que nunca antes lo había hecho.

El principio de progresividad reconoce una cierta gradualidad hacia su realización, pero nunca se le debería utilizar como argumento de retrocesos en el desarrollo y protección de derechos humanos.⁴ Siempre se habría de tender a ir hacia el

progreso, dentro de las posibilidades económicas. Se requiere la mejora efectiva de las condiciones hacia el goce y el ejercicio del derecho a la salud. Conviene poner especial atención a corregir las desigualdades sociales y a que se facilite la inclusión de los grupos vulnerados en los sistemas nacionales en esa materia; de manera que queda totalmente prohibida la inactividad de los estados ante su tarea de ir implementando acciones que protejan esta normatividad.

El precepto expuesto se podría apreciar, por ejemplo, cuando en la compra de material hospitalario durante la pandemia; las cifras varían mucho de un país a otro y eso se debe a la economía de que dispone cada región. De tal manera, al gobierno mexicano no se le puede recriminar que no haya invertido o comprado las mismas cifras que, por ejemplo, Francia. Siempre y cuando el gobierno mexicano pueda demostrar que ha actuado acorde a su posibilidad económica, no se considerará que ha transgredido este precepto.

Los principios de indivisibilidad e interdependencia

Los derechos humanos son un todo, una unidad que se encuentra formada por diversas normas. Tales normas se dividen en generaciones para facilitar su estudio y enseñanza, pero en realidad no existe jerarquía entre ellos, todos tendrían que ser respetados y atendidos por igual. Ahí radicaría el problema de los gobiernos que normalmente, cuando realizan una distribución presupuestaria, dan preferencia a unos derechos frente a otros. De esta forma, en la práctica ningún derecho de los individuos es atendido de manera eficiente, porque al ser desatendidos unos, se causa deficiencias en los demás.

RELACIÓN ENTRE EL DERECHO A LA SALUD Y OTROS DERECHOS HUMANOS DURANTE LA PANDEMIA

Al tener en cuenta los principios de indivisibilidad e interdependencia se puede comprender mejor la situación actual que se está viviendo a nivel mundial. Se han visto afectados múltiples derechos y no únicamente el de la salud. De manera breve, a continuación se procede a exponer algunas

vulneraciones a los derechos humanos durante la gestión de la pandemia en Latinoamérica.

En 2021 los países empezaron a analizar con detalle y a enfrentar los daños económicos causados por la pandemia y se han creado tensiones sociales cada vez mayores tanto a nivel nacional como internacional.

En abril de 2021, en la Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado, celebrada en Andorra, estos líderes partieron de la preocupación de la caída del producto interno bruto (PIB) superior al 7% en Latinoamérica. Una de las consecuencias de la pandemia está siendo la pobreza económica y el desempleo. En definitiva, se está quebrantando el derecho a un trabajo digno. Con el aumento del desempleo y debido a las medidas de distanciamiento social, los primeros afectados fueron los miembros de las poblaciones más inermes. La pandemia sigue agravando la inopia de muchas familias y, de manera recíproca, la miseria repercute en el aumento de los casos de contagio y fallecimientos. Esto es así debido a que la pobreza es un factor que transgrede la posibilidad del acceso a la salud. Ya que, si bien existe una cobertura garantizada y respaldada en las legislaciones locales y tratados internacionales, se continúa identificando cómo los ciudadanos con menos recursos económicos no acceden a una educación para la sanidad, presentan limitaciones al realizar traslados a los establecimientos de atención hospitalaria, y no cuentan con los recursos necesarios a fin de acceder al tratamiento y medicamentos no cubiertos. Es por ello que la Organización Mundial de la Salud ha formulado estudios importantes que relacionan la pobreza con la salud determinando que «la pobreza ha sido y seguirá siendo el mayor obstáculo al desarrollo de la salud».

Tras partir de esta afirmación, preocupa la situación postpandémica en Latinoamérica. La Comisión Económica para la América Latina y el Caribe ha señalado que la cantidad de gente que vive en situación de pobreza extrema ha aumentado y está alcanzando un nivel que no se veía desde hacía aproximadamente 20 años. Por lo tanto, en América Latina se ha retrocedido en bienestar y calidad de vida. Se contempla que disminuir la pobreza va a ser difícil en los próximos años, debido a que los países más ricos se muestran velando por sus intereses buscando recuperarse de las pérdidas

económicas y de personas. En estos momentos, la solidaridad internacional está quedando rezagada. Un ejemplo es el caso de España, que se ha comprometido a enviar siete millones de vacunas a América Latina a través del mecanismo multilateral Covax y en colaboración con la Organización Panamericana para la Salud. Pero esto sucederá cuando alcance el 50% de su población vacunada, y en España, en la actualidad, se tiene alrededor de 38%. Todavía habrán de pasar meses hasta que envíen las vacunas, y mientras, los niveles de fallecidos continúan subiendo.

Además de las infracciones al derecho a la salud, al trabajo y a la vida, se ha detectado un incremento de la violencia. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha publicado un informe que indica que la violencia de género y doméstica ha aumentado en América Latina y el Caribe durante la pandemia. Las estrictas medidas de permanecer en el hogar, la falta de empleo y el no poder asistir a los centros educativos, han generado dificultades en la convivencia de los hogares, obligando a las víctimas a vivir con sus agresores.

En la conclusión de este apartado se desea reflexionar sobre el derecho a la información, que también se está viendo afectado durante la pandemia. Es primordial informar a la ciudadanía acerca de los riesgos para la salud que representa la COVID-19, al igual que las medidas preventivas. El respeto a la libertad de expresión implica el derecho a dar a conocer opiniones e ideas, y deliberar abiertamente permite el acceso a la información. La cuestión es que una gran cantidad de personas acepta como veraz todo lo que circula en redes sociales e internet, y esto fomenta que muchas de ellas, por ejemplo, no quieran vacunarse. Los medios de comunicación tienen un papel fundamental en la prevención del pánico en la ciudadanía y ayudar a concientizar y generar mayor responsabilidad por parte de los ciudadanos en cumplir con las medidas preventivas.

En este texto se quiere pedir prudencia ante los datos a los que se podría llegar a tener acceso, con relación al número de contagios y fallecimientos de cada país, porque se ha detectado que los países que muestran las cifras más altas en Latinoamérica, son aquellos con mayor nivel de capacidad estadística, es decir, con más avance tecnológico y experiencia en el estudio de los datos; tienen

mejores mecanismos que logran procesar y almacenar información sobre la población. Los estados más pobres en Latinoamérica, por ejemplo Guatemala, Bolivia y Honduras, en la clasificación de afectados se encuentran por debajo de Brasil, México y Chile. ¿Cómo puede ser posible que un factor como la pobreza no se haya visto reflejado en el número de afectados de los países más pobres de Latinoamérica? La conjetura propuesta es que no se sabe la realidad de los países más pobres porque no tienen los medios económicos ni tecnológicos a fin de reportar a nivel global sus datos en relación con la pandemia. No se sabe con exactitud cuántas personas han podido contagiarse y fallecer, de manera que el derecho a la información está siendo vulnerado por los diversos aspectos ya mencionados.

Todos las facultades listadas son ejemplos de cómo, al verse afectado un derecho humano, el derecho a la salud, han comenzado a resultar afectados otros. Existen muchos otros derechos que, aunque no han sido mencionados, no significa que no se estén viendo afectados también.

EL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO

Actualmente, en México se reconoce la salud como un derecho humano, fundamental y social. El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos dice así «Toda persona tiene derecho a la protección de la salud».⁵ El artículo fue creado de acuerdo con lo establecido en el artículo 25 de la DUDH. Es importante subrayar que dicha declaración no es vinculante para los estados, porque es una resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas y los derechos humanos se encuentran limitados a que los países los incluyan en sus derechos vigentes.

En México, para hacer efectivo el artículo 4º de la Constitución fue necesario desarrollarlo a través de la Ley General de Salud, la cual creó el Sistema Nacional de Salud, que se encuentra fragmentado atendiendo a la condición laboral y así atribuir unas prestaciones u otras. En 2019 se presentó una reforma al contenido de la Ley General de Salud,⁶ la cual consistía en proponer la disponibilidad universal en el sistema sanitario público mexicano, así se incluiría a todos aquellos que no estuvieran inscritos en la seguridad social

y se crearía el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI); así, fue a inicios de 2020 cuando se produjeron los cambios en el Sistema Nacional de Salud. El INSABI es descrito como una institución que brindará atención médica «sin restricciones» al contemplar el acceso universal, mas no es lo mismo acceso que cobertura.

No se puede hablar de cobertura universal con relación al INSABI, porque está destinado a ofrecer solamente tratamientos de primer y segundo nivel, dejando el tercer nivel descubierto y correspondiendo al gasto personal y familiar. Respecto a la accesibilidad, tampoco se podría afirmar que el INSABI haya supuesto un cambio significativo, porque la accesibilidad implica igualmente vencer las dificultades geográficas que la población enfrenta intentando desplazarse desde su hogar hasta los hospitales y continúa existiendo escasez de ambulancias. De igual modo, las barreras para disponer de información son un impedimento a la accesibilidad, aún se necesita trabajar en crear folletos y documentación, por ejemplo, en Braille o en lenguas indígenas. Todo lo mencionado son ejemplos de motivos por los cuales debe considerarse que no es cierto que el INSABI cumpla con ser un mecanismo que brinda la universalidad en la disponibilidad a los servicios de sanidad, aunque se ostente como tal, si bien sí ha supuesto una ampliación de la población que logra tenerlo.

CONCLUSIONES

En opinión de los autores, la Agenda 2030 y otros pactos internacionales no verán cumplidos sus metas debido a que no se pudo prever la pandemia de COVID-19. La propagación del virus ha afectado la esfera de los derechos humanos a nivel planetario, dificultando la solidaridad internacional y los compromisos acordados.

A nivel nacional, los autores consideran que es recomendable un sistema nacional de salud unificado que permita optimizar los recursos existentes, y que del mismo modo permita a la ciudadanía poder acudir a cualquier hospital de la red de instituciones gubernamentales, es decir, que no exista distinción entre personas con seguridad social y aquellas sin ella, y puedan acceder en igualdad de condiciones a los mismos tratamientos y servicios.

La organización actual genera la inexistencia de igualdad en el acceso y cobertura y la imposibilidad de lograr una disponibilidad universal.

A pesar de existir una normatividad robusta, siguen identificándose deficiencias en la atención médica y en el cumplimiento de esta atribución, siendo la pobreza uno de los mayores obstáculos hacia el desarrollo de la salud, y poniendo en peligro el bienestar, la vida de las personas, e incluso el crecimiento económico de una nación al debilitar su productividad e impactando en la pobreza, resultando esta última un factor que a su vez también impacta en la sanidad.

El citado derecho contempla elementos como la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, por lo que cada gobierno se encuentra obligado a establecer acciones que permitan dar cumplimiento a éstos.

De la misma manera, se identifica claramente que los ciudadanos con menos recursos económicos enfrentan limitaciones para acceder a acciones encaminadas a la educación y promoción de la salud, buscando acudir a los establecimientos de atención hospitalaria, y en su intento de acceder a tratamientos y medicamentos no cubiertos, por lo que la pobreza es el mayor obstáculo frente al desarrollo de la salud, con tal antecedente, se debe tener en cuenta el principio de progresividad en salud.

Se requiere reforzar los sistemas nacionales de salud mexicanos respetando el precepto de progresividad, y procurando asegurar el acceso de todas las personas a los servicios de salud, se recomienda fomentar la perspectiva de derechos humanos durante la formación de los profesionales

del sector y realizar capacitaciones persiguiendo mejorar la relación médico-paciente. Es imperativo evaluar y reformar continuamente las estrategias y planes de política pública de sanidad a fin de dar respuestas a las situaciones sanitarias del presente y futuro cercano.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas e instituciones que hayan contribuido en la realización de este artículo.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. Suplemento de la 45ª edición. 2006. Disponible en: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
2. Cámara de Diputados. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. 2020. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf
3. Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General Número 14, E/C.12/2000/4.
4. De Lora P, Zúñiga F. El derecho a la asistencia sanitaria. Un análisis desde las teorías de la justicia distributiva. Madrid: Iustel; 2009. p. 19.
5. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; DOF 08-05-2020. Texto vigente; [Acceso Agosto de 2020]. Disponible en: www.diputados.gob.mx
6. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley general de salud; DOF 24-01-2020. Texto vigente; [Acceso Agosto de 2020]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>

Ser médico en la pandemia

Being a physician during the pandemic

Eduardo García Solís*



RESUMEN

Hace algunos días un médico me comentó: «debido al COVID-19, 30% del personal del hospital donde trabajo se fue por permiso sindical debido a comorbilidades, otro 5% por licencias sin goce de sueldo, otras tantas por vacaciones programadas, y otros porque están infectados por el SARS-CoV-2, finalmente 50% se fue». Éstas son palabras de un médico que está atendiendo pacientes. Al sentirse solo recuerda su ingreso a la Facultad de Medicina «¿por qué estudié medicina?» recuerda «me gusta ayudar a las personas, hacer el bien a los demás, cuidar a los enfermos». Actualmente, ante la pandemia del SARS-CoV-2, su vida está en riesgo. Es en esta pandemia donde el médico se encontrará frente a un juez implacable: su conciencia, la cual es imposible eludir. El deber del médico es proteger al enfermo. Pero ¿qué sucede si tiene miedo de enfermarse o contagiar a su familia, si no cuenta con el equipo de seguridad personal idóneo? En él recaen todas las responsabilidades y siente su compromiso con el enfermo. Los médicos están obligados a cumplir tal compromiso. El médico acompañará al enfermo, será su guía, su mensajero, intérprete, un apoyo en medio de todos los que luchan por curarle. Los doctores deben considerar al paciente en su totalidad, conocer su complejidad y su personalidad para llegar con éxito a la recuperación de su destino existencial.

Palabras clave: Médico, pandemia, coronavirus.

ABSTRACT

A few days ago a physician told me: due to COVID-19, 50% of the people that works in my hospital left due to union leave because comorbidities, another 5% due to license without pay, a few others left because of vacations and a few others because they are infected with SARS-CoV-2, at the end, 50% left. These are words of a physician who is seeing patients. Feeling alone, he remembers when he went to medical school. Why did I study medicine? and remembers: «I enjoy helping people», «Doing good to others» «Taking care of sick people». Nowadays due to the pandemic of SARS-CoV-2 that his life is at risk, it is in this pandemic where the physician finds himself before an implacable judge: his consciousness, which is impossible to evade. The medical duty is to protect the sick, but what happens if the physicians have a fear of getting sick or spread the illness to their family? If they don't have the ideal protective equipment? In them for all the responsibilities and they feel a commitment with the ill.

Keywords: Physician, pandemic, coronavirus.

* Secretaría de Salud del Estado de Campeche. Comisión de Bioética del Estado de Campeche. Médico Cirujano, Especialidad Patología Clínica.

Correspondencia: EGS, eduardogarsol@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno.

Citar como: García SE. Ser médico en la pandemia. Rev CONAMED. 2021; 26(2): 95-97. <https://dx.doi.org/10.35366/100352>

Financiamiento: Ninguno.

Recibido: 05/03/2021.

Aceptado: 16/06/2021.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

Hace algunos días un médico me comentó: «debido al COVID-19, 30% del personal del hospital donde trabajo se fue por permiso sindical debido a comorbilidades, otro 5% por licencias sin goce de sueldo, otras tantas por vacaciones programadas, y otros porque están infectados por el SARS-CoV-2, finalmente 50% se fue». Éstas son palabras de un médico que está atendiendo pacientes. Al sentirse solo recuerda su ingreso a la Facultad de Medicina «¿por qué estudié medicina?» recuerda «me gusta ayudar a las personas, hacer el bien a los demás, cuidar a los enfermos». Un médico ya experimentado le dice que estudiar medicina es una carrera de sacrificios, que se acabaron las fiestas, no hay tiempo para novias, que cuando termine sus estudios, la mayoría de sus compañeros ya estarán casados, con familia y establecidos. En cambio, el médico se establecerá aproximadamente a los 30 años; no disfrutará ver crecer a sus hijos; no todas las noches estará en su hogar porque el deber lo llama, ya sea para hacer guardias en el hospital o para dar atención al enfermo que así lo requiera. Y actualmente, ante la pandemia del SARS-CoV-2, su vida está en riesgo. Después de la entrevista con el aspirante a ser médico, su respuesta es invariable: «no importa, deseo estudiar medicina porque quiero ayudar». Al recordar al Dr. Ignacio Chávez¹ que en su ideario nos dice «es recomendable que quien inicie la carrera de medicina, sepa que obtiene en realidad una matrícula de estudiante de un curso que no termina. Esclavos de un deber que la conciencia impone y que todo mundo reclama. Y ninguna libertad arrebatada más libertades ni impide más el descanso ni aparta más de las legítimas expansiones del cuerpo y del espíritu que ésta, en la que todo mundo exige y ninguno concede, nadie piensa en los derechos del médico-hombre y todos reclaman la abnegación del médico-sacerdote».

Es en esta pandemia donde el médico se encontrará frente a un juez implacable, su conciencia, imposible eludirla, ni siquiera cuando ha tratado de esquivar todo riesgo con abstenciones culpables. Su deber es proteger al enfermo, pero ¿qué sucede si tiene miedo de enfermarse o contagiar a su familia, si no cuenta con el equipo de seguridad personal idóneo? Y en él recaen todas las responsabilidades y siente su compromiso

con el enfermo. Está obligado a hacerlo. Por ello, se han publicado guías que ayudan a los médicos ante los desafíos de tomar una decisión en ocasiones de vida o muerte como el documento del Consejo de Salubridad General, «Guía bioética para la asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia»,² «Guía COVID-19 para la atención del paciente crítico con infección por SARS-CoV-2», Colegio Mexicano de Medicina Crítica³ que destacan que la medicina asertiva, la *lex artis*, los principios hipocráticos como el «primero no hacer daño», los principios éticos y los valores morales deben prevalecer en el médico. El enfermo espera que el médico sea un ancla, un puente entre paciente, enfermedad y familia. En ocasiones el enfermo se siente desolado debido a la enfermedad como es la infección por el SARS 2 COVID-19, y llegado el último suspiro de vida no puede despedirse de sus seres queridos. Antonio Corral Castaneda⁴ refiere que el enfermo se encuentra en una isla con el mínimo contacto con su familia, debido a la burocracia que impera en algunos sistemas de salud. Y es que el enfermo cuando entra en el hospital es sometido a máquinas, aparatos que no le dan ninguna explicación, entre análisis y radiografías, exploraciones que no sabe para qué son ni lo que buscan, que lo aturden y que nadie le aclara nada, en medio de los cuales escucha pocos alientos, pocas palabras; se encuentra perdido. Es ahí donde el médico como un faro señala la luz al enfermo, ya que éste ansía que alguien le contemple, analice su estado de ánimo, sus sobresaltos, sus miedos, su soledad. El enfermo, física y en consecuencia psíquicamente mutilado, perturbado y disminuido, busca un asidero, busca a alguien que lo ayude a soportar y que comparta esa angustia engendrada por la enfermedad; alguien que cure su dolencia concreta, la suya. El médico, como una tabla de salvación, debe emitir la palabra amable, consolar al enfermo, su familia, y muchas veces dar una noticia fatal a una familia que pasa horas enteras en la sala de espera, sin saber nada, con la angustia por la suerte de su ser querido. El enfermo desea que se le diagnostique y trate, que se le ayude a atravesar las calles de las dolencias, los trámites imprescindibles, los días de internamiento, que el médico tome fuerte esa mano niña, esa existencia niña en que se convierte la vida de cualquier enfermo por muy adulta y

experimentada que sea. Así, el enfermo en medio de la pandemia, el alma del hombre enfermo que busca la salud, que solicita por encima de todo una ayuda cálida, un consuelo, una aclaración para sus males, sus dolencias que, aunque sean físicas, le afectan el espíritu, en ocasiones se siente, aun atendido, trágica y dolorosamente ignorado y abandonado sabiendo que ya no volverá a ver a sus seres queridos en estos difíciles días por la pandemia del SARS-CoV-2. El médico le pide a Dios, como lo hizo el médico judío Maimónides, que sólo desea conocimiento para ayudar a sus semejantes. El médico acompañará al enfermo, será su guía, su mensajero, intérprete, un apoyo en medio de todos los que luchan por curarle, deberá considerarlo en su totalidad, conocer su complejidad y su personalidad para llegar con éxito a la recuperación de su destino existencial. Y que el médico como el enfermo no se sientan solos como en una isla en medio de la desolación. Llegando a la conclusión de que el éxito convencional no es un éxito real ni

siquiera por las razones que marca la tradición. El éxito es haber servido y hacer el bien.

AGRADECIMIENTOS

A la Comisión de Bioética del Estado de Campeche.

REFERENCIAS

1. Chávez I. Ideario. Colegio Nacional, 1997.
2. Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriage_30_Abril_2020_7pm.pdf
3. Guía COVID-19 para la atención del paciente crítico con infección por SARS-CoV-2 Colegio Mexicano de Medicina Crítica. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2020/ti201b.pdf
4. Corral CA. Elogio y nostalgia del médico de cabecera. Año Conmemorativo del 250 Aniversario de la Fundación de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. 1981.

www.medigraphic.org.mx



Servicio social en medicina ¿debe continuar?

Social service in medicine must continue?

Eduardo García-Solís*

RESUMEN

Una pregunta que se hace la sociedad, principalmente la médica, a raíz de los acontecimientos recientes durante los que ha perdido la vida de la forma más injusta una pasante de medicina, no obstante haber alertado de las amenazas recibidas sin que hubiese una respuesta satisfactoria. Razón por la que es necesario revisar la permanencia del servicio social en medicina. Existe una Norma Oficial Mexicana, NOM-009-SSA3-2013, que establece los criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina. El médico pasante en servicio social se debe sentir seguro, y no en indefensión cuando no tiene el apoyo que en teoría debería recibir de las autoridades sanitarias y de educación. Por ningún motivo el médico pasante debe estar solo en una unidad médica sin la supervisión y asesoría de médicos titulados, que aseguren su integridad física y psicológica. Sólo así el servicio social realizado por el pasante en medicina tiene su razón de ser. El médico pasante en servicio social es un alumno en formación.

Palabras clave: Servicio, social, medicina, continúa.

ABSTRACT

A question that society asks itself, mainly the medical, as a result of recent events in which a medical student her life in the most unjust way. However, she had warned of the threats she had had without there being a satisfactory answer. It is necessary to review the permanence of social service in medicine. There is an Official Mexican Standard, NOM-009-SSA3-2013. That establishes the criteria for the use of establishments for medical care as clinical fields for the provision of social service of medicine. The medical student in social service must feel safe, and not feel defenseless. When they do not receive the support that in theory he should receive from the health and education authorities that feeling of insecurity gets worse. Under no circumstances should the medical student be alone in a medical unit, without the supervision and advice of qualified doctors, ensuring their physical and psychological safety. Only then, the social service performed by the medical student has its reason for being. The medical student in social service is a student in training.

Keywords: Social, service, medicine, keep going.

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

Correspondencia: EGS, eduardogarsol@gmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno.

Citar como: García-Solís E. Servicio social en medicina ¿debe continuar? Rev CONAMED. 2021; 26(2): 98-100. <https://dx.doi.org/10.35366/100353>

Financiamiento: Ninguno.

Recibido: 22/02/2021.

Aceptado: 16/06/2021.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

Una pregunta que se hace la sociedad, principalmente la médica, a raíz de los acontecimientos recientes durante los cuales ha perdido la vida de la forma más injusta una pasante de medicina, no obstante haber alertado de las amenazas recibidas sin que hubiese una respuesta satisfactoria. Para referir al servicio social es necesario recordar al Dr. Gustavo Baz Prada que organiza la primera brigada médica para ofrecer servicios de salud a la comunidad de Atlixco, Puebla. Siendo Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) instaura el servicio social con carácter de obligatorio para todos los pasantes de la UNAM. En el año 1936 la primera generación iría a lugares donde no hubiera médicos, con un maletín de diversos productos biológicos y una remuneración de 90 pesos.¹

Y unas palabras de aliento del Dr. Baz² que en aquellos tiempos decía «tienen ustedes ya seis años de estudio, lo normal sería que dentro de unos meses reciban el título. En lugar de eso, les vengo a pedir que se presten patrióticamente a uno de los experimentos más singulares que habrá de registrar la historia de la medicina: cada uno de ustedes irá a un lugar donde no haya médico y pasará allí seis meses ejerciendo las funciones de inspector sanitario y de facultativo. Las medicinas que necesiten las mandaremos nosotros, no cobrarán ustedes por sus servicios, el Gobierno les asignará un sueldo mensual de 90 pesos; a la mayoría les tocará en suerte ejercer su ministerio entre personas primitivas y rudísimas, hijos incultos de la sierra, del bosque y del páramo que no tienen la más leve noticia de lo que es el moderno arte de curar.

El deber de ustedes será introducir aunque sea los rudimentos de higiene y recoger hechos, datos, estadísticas sobre el modo de vida de cada lugar, cada uno de ustedes remitirá un informe mensual y al cabo de seis meses escribirá una tesis con la historia del lugar, el tipo de población, el clima, el régimen alimenticio usual, los medios económicos de vida, estado sanitario y las causas de la morbilidad...»

Palabras llenas de emoción que en su época estuvieron justificadas, hace 85 años, cuando se aplicaban los conocimientos y habilidades aprendidas en las aulas y hospitales, reforzando su ánimo y templanza al atender y decidir qué tratamiento es el

mejor para el paciente que acudía con confianza en búsqueda de la salud. Una oportunidad de regresar a quien más lo necesita, un tributo a la ciudadanía que ha contribuido a la educación médica. Éste es en esencia el objetivo del servicio social.

En la actualidad es necesario revisar la permanencia del servicio social en medicina. Existe una Norma Oficial Mexicana, NOM-009-SSA3-2013, que establece los criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología,³ y la Secretaría de Salud, como instancia rectora, tiene la atribución para establecer las bases con el fin de implementar y conducir la política nacional que eleve la calidad de los servicios y, de manera simultánea, apoyar la formación de recursos humanos para la salud que den respuesta efectiva a las necesidades de la población en materia.

Entre sus apartados se señala:

- 6.13 Atender de inmediato, en coordinación con las instituciones de educación superior y la participación que corresponda a las autoridades competentes de la localidad, las denuncias o quejas, tanto del pasante como de la comunidad, por actos u omisiones que afecten la prestación del servicio social o pongan en riesgo la integridad física del pasante en el campo clínico, a fin de implementar las medidas oportunas para su solución.
- 8.3 Denunciar ante las autoridades competentes de la localidad e informar a las instituciones de salud y de educación superior cuando se presente algún incidente que afecte la prestación del servicio social o se considere que pone en riesgo su integridad física, para que las mismas procedan a atenderlo en el ámbito de su competencia.
- 9.2 Área exclusiva para habitación, descanso, alimentación y aseo de los pasantes en condiciones de privacidad y seguridad en el campo clínico o en su defecto, un lugar en la localidad que cumpla con lo referido, sin costo para el pasante cuando deba permanecer disponible después del horario de atención que corresponde al campo clínico.

La Norma Oficial Mexicana del servicio social en medicina es de carácter obligatorio; no obstante,

en ocasiones no se cumple, tan es así que en 2013⁴ se señalaba una importante inequidad desde la creación del servicio social en medicina, y es que los pasantes en su gran mayoría son asignados a unidades rurales donde atienden a las poblaciones más pobres y marginadas del país. En su condición de estudiantes (no titulados), sin licencia, deben llevar a cabo funciones formalmente autorizadas sólo a médicos que han recibido dicha licencia. Los estudiantes pasan entre seis meses y un año en la unidad asignada y después pueden recibir su título. A lo anterior se suma el hecho de que en los últimos años las condiciones de violencia social en algunas regiones del país han convertido la práctica del servicio social en una actividad sumamente riesgosa.

No hay que olvidar que el médico pasante en servicio social es un alumno, por lo que es indispensable que se formen buenos médicos con programas educativos supervisados, con evaluaciones precisas de la enseñanza. Por tal motivo es necesario el compromiso de las instituciones de salud y educativas en que el servicio social sea una herramienta mediante la cual el alumno sea un médico con conocimientos, habilidades y humanismo que ayude al enfermo.⁵

El médico pasante en servicio social se debe sentir seguro, y no en indefensión cuando no tiene el apoyo que en teoría debería recibir de las autoridades sanitarias y de educación. Esto sucede cuando un pasante es designado para acudir a una unidad médica y está solo con su enfermera, situación que se daba años atrás con un gran dilema cuando al médico pasante se le presentaba una urgencia médica como una tromboembolia pulmonar. ¿Qué hacer? con el consecuente estrés para el pasante y el riesgo para el enfermo.

Aunque actualmente se procura que el médico pasante no esté solo, en ocasiones no es así. De ahí la importancia de que se revise el beneficio del servicio social en medicina. El caso que se presentó en Chiapas es sólo una muestra de otros tantos casos. Por ningún motivo el médico pasante debe estar solo en una unidad médica sin la supervisión y asesoría de médicos titulados, que aseguren su integridad física y psicológica. Sólo así el servicio social realizado por el pasante en medicina tiene su razón de ser. El médico pasante en servicio social es un alumno en formación.

AGRADECIMIENTOS

A la Comisión de Bioética del estado de Campeche.

REFERENCIAS

1. Mazón RJ, Delgado FA, Sánchez RG. <https://facmed.unam.mx/deptos/ss/wp-content/uploads/2018/10/El-Servicio-Social-Medico.pdf>
2. El Servicio Social en Medicina. Disponible en: www.gob.mx/salud/articulos/el-servicio-social-en-medicina-en-mexico
3. Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/hota_detalle.php?codigo=5354092&fecha=28/07/2014#:~:text=NORMA%20Oficial%20Mexicana%20NOM%20009,social%20de%20medicina%20y%20estomatolog%C3%ADa
4. Nigenda G. Servicio social en medicina en México. Una reforma urgente y posible. *Salud Publica Mex.* 2013; 55 (5): 519-527.
5. Rivero O. Consideraciones sobre problemas actuales de la enseñanza de la medicina en México. Disponible en: http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista22_SIAIES.pdf

COVID-19 en un país sin justicia social

COVID-19 in a country without social justice

Ricardo Páez Moreno*



Estimado editor:

Me permito poner a su consideración las siguientes reflexiones en relación al COVID y la ausencia de justicia social en nuestro país.

Según el estudio de Alejandro Celis y Darío Nava titulado *Patología de la pobreza* publicado desde 1970 en la *Revista del Hospital General de México*,¹ las enfermedades de la pobreza continúan y son las que generan una alta mortalidad en este sector de la población, tales como diarreas, desnutrición, neumonías o diabetes. Este dato contrasta con quienes tienen posibilidades de una mejor calidad de vida y de atenderse por otros medios, como es el caso de pacientes que recurren a la medicina privada o que se pueden pagar un seguro de vida.

Los desniveles de atención médica en México son graves entre la medicina pública y privada, y se dan aun entre quienes tienen acceso a los servicios de salud por su condición de contar con un empleo formal, es decir, los asegurados por la medicina pública frente a quienes están en el desamparo y son atendidos por los servicios para la población abierta. Una de las causas importantes, entre otras, estriba en que el Gobierno invierte muy poco en salud: 2.8% del PIB en gasto público, como consecuencia se genera que la proporción de gasto de bolsillo sea de 45% y que el sistema opere con un enorme déficit de personal.²

El nivel socioeconómico influye considerablemente en la salud de una población. Los sectores más desprotegidos y pobres son los que han aportado más de 84% de los decesos por COVID.³ Incluso en los Estados Unidos, 76% de los pacientes con necesidad de intubación no llegaron al hospital, y 50% han muerto sin diagnóstico en vida por probable COVID por falta de pruebas.⁴ Según Héctor Hernández Bringas, investigador titular del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la UNAM, a partir de información de certificados de defunción en México: 70% tienen escolaridad de primaria o inferior; y 30% de las defunciones lo explican los no remunerados, los jubilados, los pensionados, las amas de casa y los estudiantes. En los hospitales del Sector Salud han ocurrido 40% del total de las defunciones. Esto tiene que ver con un mal estado de salud preexistente y a su vez con el escaso acceso a servicios de salud de calidad, pero además refleja a los sectores que han tenido que seguir saliendo a trabajar en la contingencia por necesidad económica.⁵

Ante ello, el discurso oficial del Gobierno sobre la pandemia ha sido contradictorio y confuso, y en el mejor de los casos ha tendido a enfocarse en la escasez de recursos y en la protección de libertades civiles, por ejemplo, las medidas de

* Doctor en Ciencias.
Profesor y tutor del
Programa de Maestría y
Doctorado en Bioética,
UNAM.

Correspondencia: RPM,
ricardomsp@gmail.com

Conflicto de intereses:
Ninguno.

Citar como: Páez MR.
COVID-19 en un país
sin justicia social. Rev
CONAMED. 2021; 26(2):
101-103. <https://dx.doi.org/10.35366/100354>

Financiamiento: Con
recursos propios.

Recibido: 01/03/2021.

Aceptado: 16/06/2021.

distanciamiento. Del mismo modo, los mensajes contradictorios sobre el uso masivo del cubrebocas, o las medidas de contención que han sido muy relativas, y la eliminación de la jornada de sana distancia en el pico de la pandemia. Tampoco se han establecido programas integrales de apoyo a los que tienen que salir a la calle a trabajar para que puedan permanecer en casa, quedarse en casa para las mujeres representa en muchos casos un riesgo. Ante un sistema sanitario insuficiente y pauperizado, la tendencia obvia será olvidarse de quienes pueden ser presa fácil de contagios y cuya pérdida nos importe poco.⁶

Rescatando lo mejor de tales pronunciamientos, es decir, la insistencia en las medidas de aislamiento y contención, desde el punto de vista ético reflejan un imaginario establecido de desastre que orienta la respuesta por el camino del utilitarismo y de la autonomía. La historia de tales desastres y este tipo de respuesta tienen como consecuencia un agravamiento de la inequidad existente en la sociedad y en la salud. La respuesta utilitarista pide sacrificar a algunos para salvar más vidas, por ejemplo, los ancianos o quienes tienen baja esperanza de vida deben dejar los ventiladores a quienes los aprovecharán mejor. Se trata de problemas complejos que no tienen soluciones ideales y en los que habrá pérdidas, pero sin una revisión crítica, pueden sumarse al *statu quo* de confort donde el más privilegiado sobrevive a costa del más vulnerable.

Un asunto de fondo radica en la necesidad de un modelo ético explicativo alternativo que vaya más allá del *individualismo biomédico*, que entiende y maneja la pandemia desde el ámbito médico como si el COVID estuviera al margen de lo que sucede en la sociedad, la cultura o la economía, un *modelo del bienestar* que tome en cuenta la necesidad de cambiar los contextos y las redes de soporte de las poblaciones para atender y prevenir de fondo el COVID.⁷

La ética en torno a la pandemia debería orientarse por un modelo que dé cuenta de la naturaleza relacional de las personas como seres vulnerables insertos en redes existentes de cuidado. Un nuevo imaginario de desastre que ayude a comprender las interrelaciones de las privaciones sociales, políticas y económicas bajo las condiciones de distanciamiento social. Así por ejemplo, recomendar que es necesario llevar una

vida sana, alimentarse de forma adecuada, dormir bien, no estresarse... sin atender los determinantes sociales de la salud es prácticamente inútil porque las personas no pueden salir de aquello que las obliga a permanecer en círculos viciosos que merman su salud.

Es necesario implementar un modelo de interconexión donde «todos nos salvamos juntos» o redes de soporte para detectar vulnerabilidades y fuentes de resiliencia, y ayudar a protegernos juntos desde una ética del cuidado. El confinamiento puede sacar lo mejor de nosotros mismos que significa desarrollar la capacidad de ver por los demás y es la clave de la solidaridad. Implica pensar la ayuda no como algo heroico, sino propio de nuestra naturaleza entendida como «cuidadores unos de otros».⁸

La vacuna contra la COVID promete ser una solución, pero desde la ética del cuidado y la solidaridad estará el reto de investigar y distribuirla con justicia y equidad,⁸ comenzando por los sectores más vulnerables y los trabajadores de la salud, evitando caer en la trampa de la comercialización de un producto más de la Industria Farmacéutica o de modelos utilitaristas o basados en el individualismo.

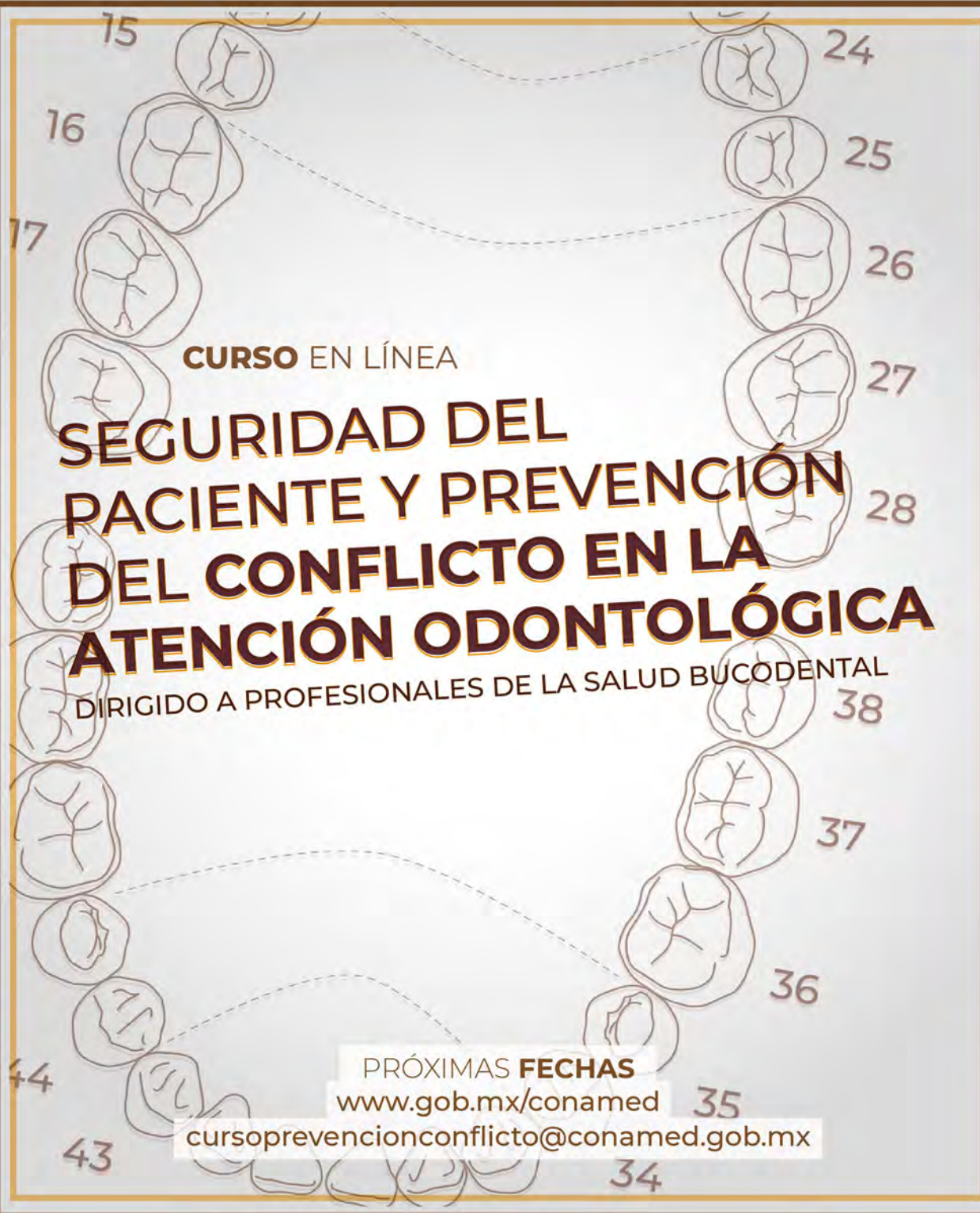
La salud es una valiosa meta para individuos y comunidades. Hay buenas razones para mejorarla: es un medio para que los individuos disfruten vidas florecientes y productivas; una población más sana es crucial para la economía de un país. Pero lo más importante es que la salud es un medio para otro fin más alto: el bienestar humano.⁹

REFERENCIAS

1. Pérez-Tamayo R. Patología de la pobreza. Nexos [serie en internet] 1983 [Consultado 2020, 09, 15]; [aprox. 3pp]. Disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=4215>
2. Flamand L. Salud: la frágil protección social. Nexos [serie en internet] 2020 [Consultado 2020, 08, 28]; [aprox. 1pp]. Disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=48605>
3. Lemús J. El rostro de la pandemia en México: los pobres son los más afectados. Los Angeles Times. 2020; 13.
4. Ruger JP. The injustice of COVID-19: we need a moral constitution for our planet's health. The Lancet Planetary Health [series on the internet] 2020 [Consulted 2020, 09, 05]; 4 (7): E264-E265. Available in: www.thelancet.com/planetary-health
5. El Financiero Bloomberg TV [sitio de internet]. México: 2018© Copyright, Grupo Multimedia Lauman, SAPI de CV

- [actualizado 2020, 09, 05; consultado: 2020, 08, 15]. Disponible en: <https://www.elfinanciero.com.mx/tv/cobertura-especial-coronavirus-en-mexico/71-de-mexicanos-fallecidos-por-covid-19-tenian-escolaridad-primaria-o-menor-estudio>)
6. Vela BE. El virus y la discriminación. Nexos [serie en internet]. 2020 [consultado 2020, 08, 28]; [aprox. 2pp]. Disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=47869>
 7. Pascoe J, Stripling M. Surging solidarity: reorienting ethics for pandemics. KIEJ's special double issue on ethics, pandemics, and COVID-19 [series on the internet] 2020 [Consulted 2020, 10, 05]; [uncategorized aprox. 10 pp]. Available in: <https://kiej.georgetown.edu/surging-solidarity-special-issue/>
 8. Coleman CH. Equitably sharing the benefits and burdens of research: Covid-19 raises the stakes. Ethics Hum Res. 2020; 42 (5): 38-40.
 9. Marmot M. Just societies, health equity and dignified lifes: the PAHO equity commission. Lancet 2018; 392.

www.medigraphic.org.mx



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

Curso en línea

PREVENCIÓN DEL CONFLICTO CONTRA LAS Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD



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

[f](#) [t](#) [i](#) [v](#) [y](#) [t](#) [w](#) [h](#) [e](#) [g](#) [o](#) [b](#) [m](#) [x](#) [c](#) [o](#) [n](#) [a](#) [m](#) [e](#) [d](#)

25°

ANIVERSARIO
1996-2021



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

de claridad, imparcialidad y confidencialidad



Objetividad

sin sesgos, prejuicios
o tratos diferenciados
de ningún tipo hacia
ninguna de las partes

Gratuito



asesoría sin costo
para usuarios y
profesionales
de la Salud

**¡Estamos
para ayudarte!**

Expertos

orientación por
personal altamente
calificado



Recomendaciones

material descargable
a través de nuestra
página oficial en apoyo a
profesionales de la Salud



Estamos para ayudarte



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO