



TLX

CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS
GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA 2017-2021

CEAM

COMISIÓN ESTATAL
DE ARBITRAJE MÉDICO



REVISTA DIGITAL DE
**CONCILIACIÓN
Y ARBITRAJE**

CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE

Revista de Divulgación Científica Multidisciplinaria

DIRECTOR

DR. CARLOS SANTIAGO ALONSO
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MEDICO DE TLAXCALA

EDITOR

DR. MARCOS FABIÁN LUNA ÁLVAREZ

COMITÉ EDITORIAL

LIC. EDMUNDO PÉREZ GARCÍA
LAE. MARITZA ISUNZA DGUEZ.
DR. SERGIO CARMONA ISLAS

La revista CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE es un órgano de difusión de carácter multidisciplinario, generado en el seno de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Tlaxcala, es de distribución gratuita al personal médico y paramédico. Los conceptos en los artículos son responsabilidad de los autores. Se permite la reproducción total o parcial de los artículos solo citando a la revista. Derechos de autor y permiso de Gobernación en trámite. Toda correspondencia debe dirigirse a: Departamento de Difusión y Capacitación, de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Tlaxcala. Teléfono 246 466 4436 correo electrónico: ceamtlaxluna@hotmail.com

Contenido

Volumen: 1

Número: 4

Meses: Enero - Julio

Año: 2021

EDITORIAL

EL VIVIR EN EL PREVENIR, CUIDAR, TRABAJAR Y ENSEÑAR EN ENFERMERÍA DE LA ACTUALIDAD

CALIDAD DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DURANTE EL EMBARAZO

LA IMPORTANCIA DE UNA COMUNICACIÓN ASERTIVA

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LA NEUROPATÍA DIABÉTICA PERIFÉRICA EN EL ESTADO DE TLAXCALA

¿PORQUE HABLAR DE BIOÉTICA EN SALUD?

EL EXPEDIENTE CLÍNICO COMO PRUEBA EN UN PROCEDIMIENTO JUDICIAL Y/O ADMINISTRATIVO

Editorial



Sigmund Freud hablando de la teoría de la neurosis, afirmo:

“Cada vez que un ser humano informa sobre hechos pasados, aunque se trate de un historiador debemos tener en cuenta, aquello que traslada del pasado, de manera inadvertida, desde el presente o desde los tiempos que median entre la actualidad y el pasado, con lo que falsea la imagen de la historia”.

Visto así, ¿qué tanto valor dar a la historia de la medicina?; yo diría que las fuentes primarias son primordiales, sin embargo no son accesibles para la mayoría, de ahí que se tengan que estudiar a muchos autores y sacar conclusiones.

Desde que aparece el ser humano, no llega libre de enfermedades, dentro de los reportes más antiguos, están las caries, artrosis y fracturas.

Podemos decir que en todas las épocas, el ser humano ha tenido que enfrentar el dolor, la enfermedad y la muerte, al inicio dando un enfoque divino, surgiendo así el chamán, brujo o médico, de ahí la influencia religiosa, mágica y política, así llega a nuestros días, ahora con una base científica, tecnológica y económica, que a sido un pilar muy importante en el desarrollo de la humanidad, como todo tiene un costo en esta vida, la industria farmacéutica con un enfoque capitalista, se ha apoderado en gran medida del quehacer médico, lo que limita el acceso a los grupos sociales más necesitados, la está haciendo elitista, y con esto se pierde un principio bioético, el de justicia (dar a todos los mismos recursos para recuperar su salud).

Ante esta realidad, ¿qué nos toca aportar en nuestro ejercicio profesional? ser más humanos, poner todo nuestro conocimiento al alcance de nuestro paciente y sobre todo, no lucrar con el dolor.

Dr. Carlos Santiago Alonso.
Presidente de la CEAM



*Dr. Carlos
Santiago A.*

*Presidente de
Comisión
Estatad de
Arbitraje
Médico.*

El Vivir en el Prevenir, Cuidar, Trabajar, y Enseñar en Enfermería de la Actualidad

LEO María Irma Guadalupe Barrientos Benítez
Presidenta del Colegio de Profesionales de Enfermería del Estado de Tlaxcala.
Subdirectora de la Escuela de Enfermería "Isabel de Hungría"
Jubilada del IMSS-OPD Salud de Tlaxcala.

En las últimas décadas, las y los profesionales en enfermería se han preocupado por su crecimiento en las diferentes especialidades ante la demanda de la población Tlaxcalteca derivado de la morbi-mortalidad de salud, así mismo como la oportunidad del ingreso a las instituciones del sector salud.

Cada día se tienen más enfermeras especialistas y con maestría en áreas: como lo son cardiovascular, cuidados intensivos, cuidados paliativos, gerontología y geriatría, pediatría, salud pública, neonatal, perinatología, oncológica y quirúrgica. Pero aun no recibe el reconocimiento esperado el profesional de enfermería, sin embargo, el compromiso es alto y se ha demostrado ampliamente en los tiempos de pandemia que estamos viviendo.

Ya que son las primeras en estar en la línea de atención del paciente COVID a pesar del desconocimiento de las variantes de una pandemia que ha registrado una alta mortalidad y que sigue cambiando. La falta de equipo de protección personal, el vivir con incertidumbre, la angustia, y el temor de contagiarse ella y su familia y más aún es de morir, así como lo es el sentimiento que se queda al ver la pérdida de compañeros caídos y que cualquiera que está en un campo de batalla tiene sus momentos de debilidad y quisiera retirarse.

Sin embargo, se mantienen los principios que hacen admirar a estos profesionales prueba ineludible de su fortaleza, y características innatas de su gran humanidad por ayudar y apoyar al necesitado de atención y su trabajo se ve en sector salud público y privado, dando una atención de calidad acompañados de medidas implacables en cualquier punto de atención. Desde las brigadas de detección de COVID, como en la prevención y promoción a toda la población sin importar, estatus social, nivel socioeconómico y sentimental.

Ante la problemática de salud universal los profesionales de enfermería han buscado aumentar su preparación, sin descuidar los programas prioritarios de primera línea de acción como son la vacunación universal, programas de atención a las embarazadas, el cuidado a los menores de 5 años.

Si bien es cierto que el 2020 la Asamblea Mundial de Salud lo designo como el **año internacional de los profesionales de enfermería**, y de qué manera tan intensa lo demostraron.

Un punto importante es que las profesiones de enfermería se están certificando en licenciados en enfermería, docentes en enfermería y licenciados en enfermería en primer nivel de atención.

Identificando las competencias y que demuestran públicamente que se poseen conocimientos habilidades y valores necesarios para el ejercicio de la profesión a través del Colegio de profesionales de enfermería del estado y avalada por el **CONSEJO MEXICANO DE CERTIFICACIÓN** y reconocido por Profesiones.

Los profesionales de enfermería que incursionan en la docencia para la formación de los futuros enfermeros deben ser dotarlos de conocimientos teóricos y prácticos, pero sobre todo basados en principios fundamentales de la enfermería como son promover la salud, prevenir las enfermedades, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. Con estándares morales donde la ética no puede ser separar de los hechos biológicos generando en las nuevas generaciones de enfermería conductas de transformación que a través del tiempo tengan el compromiso moral de preservar la vida y la autodeterminación de la persona.

Actualmente las enfermeras buscan ser reconocidas y remuneradas como profesionales ante los diferentes puntos de vista social, laboral, sindical, y que esto permita mayores fuentes de trabajo en los diferentes ámbitos ya que se poseen los conocimientos gerenciales, de investigación que se denotan incluso incursionando en las guías de práctica clínica y en la enfermería basada en evidencias, esto nos permite fortalecer el crecimiento con calidad y calidez al entorno individual y sobre todo comunitario.

Enfermería ha trabajado en el desarrollo de habilidades de tipo preventivo reforzado, la prevención y limitando el daño, en el paciente siendo liderado y teniendo el control como lo es en las unidades de heridas y estomas, clínicas de catéter que han logrado la disminución de infecciones asociadas a la atención del paciente. Se tiene un rol importante desde el punto de vista epidemiológico al monitorizar las acciones esenciales bajo las normas oficiales mexicanas.

El empoderamiento de la enfermería y ha generado un papel primordial en el ámbito de salud a nivel nacional e internacional por lo que hago alusión a la siguiente reflexión:

“La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica que hay que hacer, la destreza practica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y que observar; como pensar y que pensar”

(Florence Nightingale 1820 a 1910)



CALIDAD DE LA ATENCION HOSPITALARIA DURANTE EL EMBARAZO



*Dr. Carlos
Santiago A.*

*Presidente de
Comisión
Estatad de
Arbitraje
Médico.*

Es importante resaltar que el embarazo no es una enfermedad, sin embargo, este proceso fisiológico se puede modificar en cualquier momento, sobre todo, si no hay una vigilancia adecuada por el personal calificado, la palabra obstetricia deriva del latín obstare (permanecer en espera), nos indica que hay que observar el trabajo de parto y el estado de la madre y el producto. Todas las muertes guardan relación estrecha con la falta de atención materna y neonatal adecuada durante el embarazo, parto y puerperio.

Tomando en consideración que el 50% de las complicaciones Obstétricas no pueden prevenirse, ya que no presentan síntomas o signos de alarma, es necesario hacer énfasis en la atención oportuna.

La primera falla asociada a la mortalidad materna, es la calidad de la calidad de la atención del parto o de la emergencia obstétrica, en especial en unidades hospitalarias con un 40% de los casos, en segundo lugar están los programas preventivos en el primer nivel de atención con el 36.6%, en tercer lugar las muertes que se asocian en deficiencias con atención prenatal en un 20%.

En relación al manejo hospitalario, existe procedimientos inapropiados y en ocasiones innecesarios tales como exámenes vaginales múltiples, episiotomías de rutina, administración de líquidos intravenosos, o evitar que la madre ingiera líquidos y nutrientes, que en realidad pueden ocasionar problemas o complicaciones para la madre y el recién nacido.

También la ineficiencia para monitorear a la madre, al bebé y el desarrollo del trabajo de parto de forma cuidadosa y permanente, impide detectar problemas a tiempo para iniciar un tratamiento adecuado y oportuno, que puede conducir al incremento de la morbilidad y mortalidad materno-fetal.

Es importante el monitoreo del ritmo cardiaco fetal, el cual se recomienda cada 30 minutos durante la etapa activa del parto y cada 5 minutos durante la segunda etapa (expulsiva) mientras la mujer puja.

Si se detectan anomalías en el ritmo cardiaco del feto, hacer cambios de posición, administrar oxígeno, hacer que la madre tome un breve descanso, si las anomalías persisten, realizar parto asistido o bien cesárea.

Se debe evitar la restricción del movimiento durante el trabajo de parto, posición supina la cual se considera anti fisiológica, pujar ininterrumpidamente durante la segunda etapa y el uso sin control de oxitocina.

Se debe promover para reducir las complicaciones neonatales:

- La asistencia por personal capacitado en cada parto
- Usar el partograma
- Compañía durante el trabajo de parto y el parto
- Descanso entre cada pujada en la segunda etapa
- Proveer de alimento y líquidos durante el trabajo de parto
- Manejo apropiado de pre eclampsia
- Criterio apropiado de cesáreas

Además, se requiere de coordinación en los diferentes niveles de atención médica para contar con equipo de traslado del primero al segundo nivel de atención médica, y en el segundo nivel de atención promover las unidades de cuidados intensivos en relación a la urgencia obstétrica.

Dr. Carlos Santiago Alonso.
Presidente de la CEAM



LA IMPORTANCIA DE UNA COMUNICACIÓN ASERTIVA

L.A.E. Maritza Isunza Domínguez
Titular de la Unidad de Igualdad de Género
de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico

Al hablar de comunicación asertiva, primeramente, tenemos que entender a qué se refiere cada uno de los términos, por lo que podemos decir que la comunicación es el proceso por medio del cual compartimos información, ideas y sentimientos, y para establecerla hacemos uso de símbolos, palabras o gestos.

Siendo que, la comunicación es esencial en cualquier tipo de actividad y es primordial entender que es un elemento imprescindible para que ésta funcione correctamente. Ya que una comunicación es exitosa cuando el mensaje que quiso transmitir el emisor fue entendido por el receptor.

El concepto de asertividad hace referencia a la capacidad de comunicar a las personas que nos rodean, nuestros sentimientos y necesidades, pero evitando herir y ofender a los demás.

Entonces al tener más claros ambos términos, así como la comprensión de sus objetivos, determinamos que la comunicación asertiva es aquella que se establece sobre las bases de la interlocución constante, negociación y cooperación, con una conducta de respeto por los demás y sobre todo con autoconfianza; en donde esa comunicación se sienta libre y segura cuando se expresan las ideas, sin hacer sentir que alguna de ellas es menospreciada; con honestidad, actuando como persona ética y moral, desde la verdad; con interés en transmitir y escuchar las ideas, manteniendo una retroalimentación correcta; sin menospreciar cualquier idea expresada o compartida por los interactuantes.

La comunicación asertiva es fundamental para ser un buen líder o negociador, entonces es importante profundizar un poco más y tomar en cuenta diversos aspectos: Se deben expresar con claridad sus ideas, exponiéndolas con respeto y ecuanimidad, sin utilizar palabras que enturbien el mensaje y generen en la otra parte una respuesta de defensa; se debe tener el objetivo claro de lo que se quiere o desea obtener, evitando salirse del tema o comentando cosas que pasaron hace tiempo; prestar atención, sin intimidar a la otra parte, mirando a los ojos, ya que esto mostrará un verdadero interés en las respuestas del receptor y fortalecerá el diálogo; así mismo se debe considerar en no limitarse a oír, sino a escuchar para entender; nunca alterará ni elevará su tono de voz, así como interrumpir; expresará con sensibilidad algún punto de vista o crítica, evitando una actitud defensiva; podrá ser capaz de motivar con elogios, evitará la injusticia y tomará la crítica como un aprendizaje futuro.

Todo diálogo debe concluir en buenos términos, aún si no se llegó a algún acuerdo mutuo y se debe agradecer el tiempo e interés de la otra parte.

Debemos tener en cuenta que la importancia de una buena comunicación, crea un impacto positivo, abre puertas y facilita las relaciones personales y sociales.

Todas las personas que ocupan la comunicación asertiva son respetadas, ya que son seguros de sí mismos y generan confianza, comparten sus ideas con buenas relaciones, se comunican efectivamente en momentos de estrés y tienen la habilidad de influir y ser escuchados.

En cambio, si no sabemos cómo compartir nuestras ideas, sentimientos o información a la otra persona se puede volver frustrante y potencialmente desgastante.

Entonces, hay que recordar que ser asertivo no significa querer llevar siempre la razón, sino expresar nuestras opiniones y puntos de vista, sean estos correctos o no.



ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LA NEUROPATÍA DIABÉTICA PERIFÉRICA EN EL ESTADO DE TLAXCALA.

Autor: Dr. Edgar Lezama Jiménez
Medico supervisor epidemiólogo IMSS
Delegación Tlaxcala

Coautor: Dr. Erick Michell Soriano Tepech **†QEDP**

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) del total de habitantes en el país se identificaron a 6.4 millones de adultos mexicanos con diabetes, es decir, 9.2% de los adultos en México han recibido ya un diagnóstico de diabetes. Del total de personas que se identificaron como diabéticas en la ENSANUT 2012, 16% (poco más de un millón) son del grupo que reportan no contar con protección en salud, en tanto que 42% (2.7 millones) son derechohabientes del IMSS, 12% (800 mil) de otras instituciones de seguridad social, y 30% (1.9 millones) refieren estar afiliados al SPSS

Por lo que se refiere a las complicaciones más frecuentes relacionadas con la diabetes, del total de individuos que reportan diagnóstico previo, 47.6% (3 millones) reportaron visión disminuida, 38% (2.4 millones) ardor, dolor o pérdida de sensibilidad en los pies, 13.9% (889 mil) daños en la retina. Por gravedad, 2% (128 mil) reportaron amputaciones, 1.4% (89 mil) diálisis y 2.8% (182 mil) infartos. Del total de 89 mil individuos que reportaron diálisis, 21 mil son afiliados al SPSS, 43 mil derechohabientes del IMSS, y 15.8 mil de otras instituciones de seguridad social.

En Tlaxcala, se entrevistaron a 1 468 adultos, de los cuales 879 fueron mujeres y 589 hombres. Estos adultos representaron a los 708 776 individuos adultos estimados que viven en Tlaxcala, de los cuales 46.3% fueron hombres, y 53.7%, mujeres. La prevalencia del diagnóstico diabetes mellitus de acuerdo a la ENSANUT 2012 en el estado fue del 8.1% (57415 habitantes aproximadamente) con respecto a la media nacional que es del 9.2%.

La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo fue ligeramente menor en mujeres (7.9%) que en hombres (8.3%), con una razón mujer: hombre de 1:1.05.

En Tlaxcala, de forma similar al país, los padecimientos crónicos constituyen el principal reto en salud, lo que llama a fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud ante estas condiciones.

Por tal motivo en el país se han realizado estrategias educativas sobre el apego al tratamiento farmacológico y el adecuado control glucémico de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2

En el estado de Tlaxcala no se encuentra registrado algún estudio que compare la eficacia de un tratamiento específico ya sea farmacológico o no farmacológico para el alivio o disminución de sintomatología por neuropatía periférica dolorosa, por lo que es importante realizar estudios sobre este padecimiento debido a que la población adscrita derechohabiente y también la no derechohabiente se ve afectada por la diabetes mellitus y sus múltiples complicaciones, en gran medida la neuropatía diabética periférica va creando importancia en el estilo y calidad de vida de los pacientes, en pocos años esto supondrá un enorme reto para disminuir sintomatología y el coste será elevado por los medicamentos utilizados.

PROPUESTAS

- Seguir fomentando en los pacientes el adecuado control metabólico que deben tener.
- Determinar los factores por los cuales los pacientes no acuden a consulta de medicina familiar.
- Elaborar estrategias preventivas para los pacientes que presentan factores de riesgo para desarrollar DM.
- Referir a segundo o tercer nivel oportunamente a los pacientes con control metabólico inadecuado para optimizar el tratamiento y tener mejores resultados en ellos.
- Realizar periódicamente la exploración física de los pies para detectar a tiempo complicaciones como la neuropatía diabética periférica.

Informar al paciente sobre ésta patología que se está presentando cada vez en mayor proporción en la población diabética.



¿Por qué hablar de bioética en salud?

Por Edgar Girón Soriano

Área de Comités Hospitalarios de Bioética y Comités de ética en Investigación
Comisión de Bioética del Estado de Tlaxcala

Hablar de bioética seguramente para algunos de los lectores les será conocido, para algunos totalmente desconocido y otros más seguramente tendrán algún interés por saber de bioética. Ahora bien, ya que están aquí <<hablemos de bioética>>, el siguiente texto tiene como finalidad reflexionar sobre el quehacer de la bioética en el ámbito de la salud propiamente en el acceso a los servicios de salud y su aplicación en el acto de la medicina, en el proceso de relación humana entre las personas que requieren cuidados y el personal de la salud y por último, visibilizar la necesidad de reconstruir a través del conocimiento bioético una cultura del respeto a la dignidad, la equidad e igualdad, el trato justo y hacer valer la autonomía de las personas en salud, para así, propiciar un cambio cultural de la medicina paternalista centrada en el médico a una medicina basada en la autonomía y libertades de las personas involucradas en este proceso de atención a la salud.

En este orden de ideas es necesario contextualizar el devenir histórico de la bioética en salud, así como, sus pretensiones y objetivos en el marco del cambio de paradigma dentro del sistema de salud, en este sentido, es necesaria tomar la reflexión de Fritz Jahr, teólogo, filósofo y educador alemán nacido en Halle an der Saale, creador del término Bio-Ethik en 1926, donde analiza la necesidad de contar con una terminología clara y precisa. Jahr acuñó el término Bioética, por un lado, para permitir un razonamiento claro e inconfundible y para resolver nuestras relaciones con las formas vivas de la realidad, diferentes de las formas no vivas; por otro lado, para ayudar a la ciencia y la tecnología modernas y sus aplicaciones a seguir un camino de responsabilidad moral (Sass, 2011).

Por lo anterior, la definición que se tomará como referencia es la de Warren Reich que aparece en la primera enciclopedia de bioética, donde la define como «Estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y de la salud, examinado a la luz de los valores y de los principios morales» [Reich 1978: v.1 p. XIX]. Propiamente en el área de la salud es el obstetra André E. Hellegers, fundador del Kennedy Institute, quien introdujo el término bioética en el campo académico y biomédico, en la administración pública y en los medios masivos de comunicación. Ya en 1971 programó académicamente la nueva disciplina llamada bioética para la Georgetown University de Washington con un enfoque más restringido que el sugerido por Potter. El neologismo bioética se había ya ganado su lugar. Se impuso. En la comunidad científica y académica, se la comenzó a ver como una disciplina humanística a favor de la vida, como disciplina racional aplicada a los procesos vivos. Dicho de otro modo, el mismo orden natural del ecosistema está condicionado por los modelos de calidad de vida del ser humano. (García, 2010).

Ahora bien, lo anterior permitirá hacer una discusión y reflexión sobre las implicaciones éticas y bioéticas en el campo de la salud, lo cual facilitará la reflexión sobre "como" el personal dentro de una organización de salud (cuerpo directivo, administrativo, asistencial, clínico) tendría que guiarse a través de la ética aplicada, de los principios bioéticos, éticos, valores que lleven a la actuación correcta en los aspectos relacionados con la vida de las personas. Es decir, que el personal de la salud a través del conocimiento bioético genere la reflexión entre lo que debe ser o debe hacerse y lo que no debe ser o no debe hacerse, en los actos que afectan la vida (humana y no humana).

Pero, ¿Cómo podremos llegar a cumplir este fin?, ¿De quién depende?; sin duda, las respuestas a las interrogantes planteadas con anterioridad sería el gran reto a responder, sin embargo, por su complejidad, será esta la responsabilidad de cada uno de estos actores dentro de nuestro sistema de salud, responder y saber su actuar en función de los mandatos de la razón, lo "éticamente correcto" o bien solo atender a los mandatos de la institución de lo "políticamente correcto". Es decir, debemos pensar en función de lo correcto, de los medios y fines de una acción, se debe partir desde un análisis ético y no solo obedecer lo que se establece como orden o mandato de la institución, si no antes, analizar los fines de la conducta a ejecutar o acciones a realizar.

En este sentido, es importante darnos cuenta que el personal de salud somos el medio para brindar servicios de salud, que el conocimiento adquirido en las diferentes ciencias y disciplinas sirvan a las personas y estas personas sean un fin en sí mismo, haciendo alusión al pensamiento Kantiano sobre dignidad humana y esto a su vez lleva a la formulación de la autonomía kantiana, donde expresa la idea de que un agente (persona) está obligado a seguir el imperativo categórico debido a su voluntad racional, en lugar de cualquier influencia exterior. Kant creía que toda ley moral motivada por el deseo de cumplir algún otro interés rechazaría el imperativo categórico, lo que lo llevó a argumentar que la ley moral solo debe surgir de una voluntad racional. Este principio requiere que las personas reconozcan el derecho de los demás a actuar de manera autónoma y significa que, ya que las leyes morales deben ser universalizables, lo que se requiere de una persona se requiere de todos (Sullivan, 2020).

Ahora bien, en la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos donde "El artículo 4º constitucional estipula que "toda persona tiene derecho a la protección de la salud", pero en México las grandes palabras no siempre se concretan. Las cifras son demoledoras: en 2012 25.3 millones de personas no contaban con acceso a la salud y 47.8 millones están afiliadas al seguro popular."

Para el año 2017, las cifras no embellecieron el panorama del derecho a la salud en México. En el cuarto trimestre del año pasado, 57 % de la población ocupada de México trabajaba en la informalidad. 30.2 millones de personas sin acceso al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y que en muchos casos dependen de la ayuda del Seguro Popular, cuyo padrón de afiliados ya rebasó los 53 millones de mexicanos. (ITAM, 2018).

Este panorama nos tendría que llevar a plantearnos preguntas: ¿Cómo las instituciones de salud están atendiendo a las necesidades de las personas? Ante esta situación ¿qué están haciendo la personas para el cuidado de su salud? y ¿el personal de salud que responsabilidad tienen ante la salud pública?; Si observamos y analizamos lo que sucede en nuestro sistema de salud y en el proceso de atención a la salud, probablemente nos percatemos de las deficiencias existentes en el de sistema, para poder garantizar el derecho a la salud en México y alcanzar un poco a la ambiciosa definición de la salud que emite la Organización Mundial de la Salud.

Ahora bien, siendo el objeto de la bioética la reflexión ética sobre los fenómenos de la vida y la salud, los principios involucrados para el análisis de la preguntas anteriores se centrarían en la equidad, igualdad, la justicia distributiva, la autonomía, beneficencia y la responsabilidad para el presente y futuro de las personas que están tanto dentro como fuera del sistema de salud.

Con frecuencia se hace referencia a este principio con su versión en latín, “primum non nocere”, que significa literalmente primero no dañar.

El principio de beneficencia está cercanamente relacionado, y se refiere a que los actos médicos deben tener la intención de producir un beneficio para la persona en quien se realiza el acto y además la persona debe sentir el beneficio que recibirá.

Estos dos principios pueden ejemplificarse con cualquier tratamiento médico, como un medicamento o una cirugía, en algún otro proceso clínico. Cuando el personal del área de la medicina prescribe un tratamiento debe tener dos intenciones en mente: en primer lugar, no hacerle daño, y en segundo lugar, beneficiarlo y la persona sentir este beneficio.

Esto puede parecer obvio y repetitivo, pero la diferencia entre no dañar y mejorar es importante. Sin embargo, es aquí el momento donde la libertad y la autonomía de las personas deben hacerse presentes, identificar la capacidad y la competencia para tomar decisiones donde la actitud prudente esté presente en todo momento y donde las propuestas que llegaban desde bioeticistas como T. L. Beauchamp y J. F. Childress, trataban de dar una orientación normativa a los desafíos que la tecnología ponía a la bioética. Estos autores proponían los “cuatro principios”: autonomía, beneficencia, no maleficencia, y justicia [Beauchamp-Childress 1978.

La autonomía hace referencia al deber de respetar la capacidad de toma de decisiones del individuo, permitiendo que tomen decisiones razonadas e informadas.

La beneficencia se refiere al deber que tienen el personal médico y las estructuras sanitarias de actuar siempre en beneficio del paciente. Por el contrario, la no maleficencia apunta al deber de evitar causar daño al paciente: el daño que pueda producir un tratamiento tiene que ser proporcionado y menor que el beneficio que produce. Finalmente, la justicia indica que se tienen que distribuir los riesgos, daños, beneficios y costos en un modo equo: no se puede tratar a pacientes que estén en situaciones semejantes de modos distintos.



Finalmente, la inclusión de la perspectiva bioética es fundamental para generar un cambio en nuestro sistema de salud y propiamente en el acto médico, obliga a la aplicación de valores éticos, algunos de éstos son comunes para todos, tomando en cuenta una sociedad democrática como en la que vivimos hoy en día, pero otros valores tienen que ver directamente con el cuidado de la vida y la salud. En lo que respecta a las instituciones como la Comisión Nacional y las Comisiones Estatales de Bioética, tiene el gran reto de hacer posible que aprendizaje relacionado a contenidos en bioética y que se convierte en dilemas morales como la eutanasia, suicidio medicamente asistido, voluntades anticipadas, interrupción voluntaria del embarazo y mucho más tópicos, así como la justa distribución de recursos a nuestro sistema de salud, para llegar a un cambio de actitud sustancial para llegar a garantizar una ética aplicada en salud.

Por tal razón, se llega a la conclusión con dos puntos fundamentales: el primero es que las autoridades y tomadores de decisiones en la administración en nuestro sistema de salud deben predicar con el ejemplo desde una perspectiva bioética y el segundo es que la bioética debe ser parte esencial de las decisiones sobre el abordaje de un paciente, pues en la práctica diaria de la medicina no hay mejor lugar para la enseñanza de la bioética que el dialogo y la reconstrucción de valores entre el personal de salud y las personas que requieren cuidados.

Bibliografía

García, J. J.-M. (24 de 07 de 2010). Philosophica: Enciclopedia filosófica on line. Obtenido de Philosophica: Enciclopedia filosófica on line: <https://www.philosophica.info/voces/bioetica/Bioetica.html#Reich1978>

ITAM, M. (7 de Mayo de 2018). Mundoitam. Obtenido de Mundoitam: <https://mundoitam.com/2018/05/07/derecho-y-salud-mexico-retos/>

Sass, H. M. (abril de 2011). aesthethika // Revista internacional de estudio e investigación interdisciplinaria sobre subjetividad, política y arte. Obtenido de aesthethika // Revista internacional de estudio e investigación interdisciplinaria sobre subjetividad, política y arte: <https://www.aesthethika.org/El-pensamiento-bioetico-de-Fritz>

Sullivan, W. &. (2020). Promover la toma de decisiones en materia de salud y la dignidad inherente de los pacientes. Revista De Medicina Y Ética, 31(4), 757 - 765. Obtenido de <https://doi.org/https://doi.org/10.36105/mye.2020v31n4.01>

wikipedia. (12 de julio de 21). wikipedia.org. Obtenido de Ética kantiana: https://es.wikipedia.org/wiki/%C3%89tica_kantiana



EL EXPEDIENTE CLÍNICO COMO PRUEBA EN UN PROCEDIMIENTO JUDICIAL Y/O ADMINISTRATIVO

Lic. Edmundo Pérez García.
Jefe del Departamento Jurídico.
Comisión Estatal de Arbitraje Médico.

En la actualización del Derecho, ya sea en la vía administrativa o en la vía judicial, de cualquier naturaleza que ésta sea (penal, civil, contencioso administrativa, etc.) interesa el basamento o fundamento de lo que se resuelva. Esa base debe coincidir con la realidad tan estrictamente como sea posible. Por ello se dice que el proceso o el procedimiento, según se esté en sede administrativa o judicial, procura determinar "la verdad real" de los hechos. El compromiso último del derecho es con la verdad y la justicia, elementos garantes de la paz social.

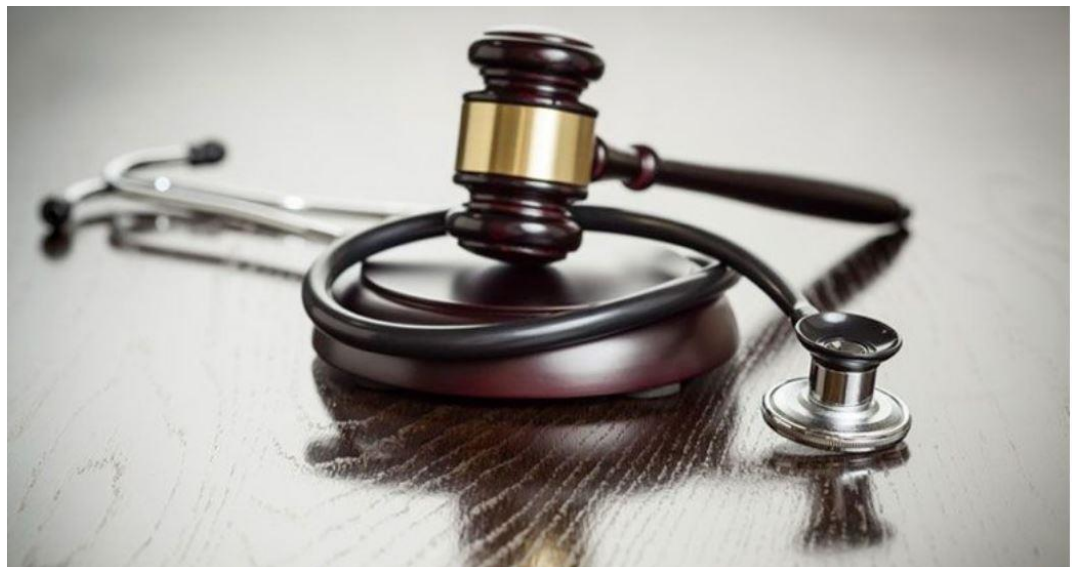
Aunque inicialmente la prueba por excelencia fue la confesional, y después sobre vinieron el juramento y el testimonio, nadie duda de la importancia y seguridad de la prueba escrita.

La prueba escrita adquirió carta de naturalización, ya en su concepto de documento, en Roma. Además se estableció ahí el principio de que quien denuncia o demanda corre con la carga de la prueba ("et incumbit probatio qui dicit, non qui negat").

Después vino la prueba pericial. El perito viene a ser un elemento prácticamente definitivo en todo el proceso por "mal praxis". Empero, en el caso concreto de las profesiones médicas, esa pericia tendrá siempre, como elemento de gran importancia, prácticamente como su materia prima, el expediente clínico. De suerte que no resulta difícil entender el valor probativo de un expediente clínico correctamente llevado.

EN RESUMEN: la mejor defensa de un adecuado ejercicio profesional médico es un expediente clínico correctamente llevado. En sentido inverso: puede haberse manejado muy bien un caso desde el punto de vista profesional, pero si la documentación es deficitaria, descuidada o incorrecta, se corre el riesgo de un juicio valorativo inconvenientemente para el profesional involucrado en un resultado dañoso.

Es por ello que se recomienda que la **MEJOR DEFENSA DEL PROFESIONAL MÉDICO EN TODA LA EXTENSIÓN DE LA PALABRA NO SE PRODUCE CUANDO ES REQUERIDO O ENJUICIADO PARA DEMOSTRAR SU BIEN O MAL HACER EN DETERMINAR SU PARTICIPACIÓN PARA SENTENCIAR, SINO MÁS BIEN LA BUENA Y OPORTUNA DEFENSA DEL MÉDICO SE DA POR EL MISMO DESDE EL MOMENTO DE DOCUMENTAR EL ACTO MÉDICO INTEGRANDO UN BUEN EXPEDIENTE CLÍNICO Y RESGUARDANDO ORDENADAMENTE EL EXPEDIENTE.**



INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Sugerencias para los escritos enviados a “Conciliación y Arbitraje”

Aspectos Generales

Los artículos deberán ser enviados a Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Tlaxcala. Dirección: Privada del Pino No. 2, Colonia del Valle, San Gabriel Cuauhtla, Tlaxcala CP 90117. Teléfonos: (246) 46 6 44 36 y 46 6 27 06; Lada sin costo 01 800 3750 005. Sitio Web: <http://ceam.saludtlax.gob.mx>. Correo electrónico: ceamtla@hotmail.com

Se requiere una carta con los datos completos de los autores, con la firma de cada uno de ellos, en un documento que diga “los autores firmantes ceden los derechos de difusión, impresión y reproducción parcial y total del artículo denominado _____ (poner el título) a la C.E.A.M. de Tlaxcala, en caso que el trabajo sea publicado en la revista “Conciliación y Arbitraje” y manifiestan que, el artículo es original, no está en revisión en otra revista ni ha sido publicado anteriormente.

Los artículos se enviarán en original a: ceamtla@hotmail.com, con márgenes de 2.5 cm. La numeración de las páginas inicia desde la hoja frontal y se coloca en la parte central inferior de la hoja; en la parte superior derecha se coloca el apellido paterno y las iniciales mayúsculas del apellido materno y del nombre, de los autores. Además deberán enviarse en procesador Word para Windows, tipo de letra arial 11, no justificado, con 1.5 espacios de interlinea

Página frontal

Incluirá: Título del trabajo, nombre de los autores en el orden en que serán publicados, utilizar guión entre los dos apellidos si se indican ambos; sitio de trabajo de los autores, nombre y dirección del autor, donde se pueda enviar correspondencia.

Resumen

Tratándose de artículo de Investigación se solicitará el resumen, que se incluirá en la segunda página, en español. En escritos de opinión o de propuesta pueden ser sin ésta parte. Extensión máxima de 250 palabras, conteniendo, los subtítulos: objetivo, diseño, ubicación, pacientes, intervenciones, resultados principales y conclusiones.

Texto

El texto de artículos de investigación, contiene las siguientes secciones: Introducción, Pacientes y Métodos; Resultados; Discusión, Conclusiones y Bibliografía.

En textos de revisión, resumen, opinión, propuesta, etc..., serán de acuerdo a la decisión del autor. El texto de casos clínicos: Introducción, descripción del caso o casos; discusión, conclusiones y bibliografía. Se recomienda utilizar nombres genéricos de los fármacos, y describir con claridad, en su caso, los métodos estadísticos utilizados.

Agradecimientos

Enviar autorización por escrito, de las personas que serán citadas por su nombre en esta sección.

Referencias

Las referencias bibliográficas se escribirán a doble espacio en hoja aparte y se ordenarán numéricamente de acuerdo a la secuencia de aparición en el texto

Las referencias citadas únicamente en los cuadros o pies de figuras, deberán ser numeradas de acuerdo con la secuencia que aparezcan por primera vez, la identificación del cuadro o figura en el texto. Las abreviaturas de las publicaciones periódicas son las convencionales indicadas en Index Medicus

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Sugerencias para los escritos enviados a “Conciliación y Arbitraje”

Deben anotarse todos los autores si son seis o menos, cuando son más de seis, se anotan los primeros tres, seguidos de “y cols”.

Modelos

-Artículos:

Dodrill CB, Arnett JL, Sommerville KW, Sussman NM. Evaluation of the effects of vigabatrin on cognitive abilities and quality of life in epilepsy. *Neurology* 1993;43:2501 -2507

-Libros:

López JF. Manual de medicina basada en la evidencia. México: Edit. El Manual Moderno; 2001.p.48

-Capítulos en libros:

Rendón MME. Interpretación de pruebas diagnósticas, en, López JF. Manual de medicina basada en la evidencia. México: Editorial El Manual Moderno; 2001.p.48

Cuadros

- Escribir cada uno en hoja por separado
- No deben enviarse cuadros fotografiados
- Deben ordenarse con números arábigos de acuerdo a la secuencia de aparición en el texto
- Debe indicarse el título en cada uno de ellos de manera breve y concisa -No deben contener información ya descrita en el texto

Figuras

- Se consideran figuras, las fotografías, dibujos y gráficas
- Las figuras serán numeradas de acuerdo con su orden de aparición, con números arábigos
- Las fotografías de pacientes deben acompañarse de un permiso escrito del paciente o sus familiares para ser publicada, en caso contrario asegurarse por algún medio, para que no puedan ser identificados al publicarse.
- Las fotografías deben ser originales y en blanco y negro, de excelente calidad, en papel brillante, tamaño postal de 12.5 x 8.5 cm, cada una debe llevar en el reverso, la marca de orientación de la parte superior, título del artículo, nombre del autor y número de figura en el texto

Pies de Figura

- En hoja separada, para cada una de las figuras, se presenta el número arábigo correspondiente, el título y la explicación corta

COMISIÓN ESTATAL DE **ARBITRAJE MÉDICO**

CONSTRUIMOS **20**
JUNTOS **20**

¿CUAL ES SU FUNCIÓN?

Brindar **orientación y asesoría** especializada a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus **derechos y obligaciones**.



- **Orientaciones**
- **Asesorías especializadas**
- **Gestiones inmediatas**
- **Trámite de quejas de manera gratuita**

**CONFIDENCIALIDAD, RESPETO,
OBJETIVIDAD E IMPARCIALIDAD.**

Teléfonos: **(246) 46 64436**

(246) 46 62706

Correo: **ceamtla@hotmail.com**



TLAXCALA
CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS
GOBIERNO DEL ESTADO 2017-2021