

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



**“RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN EL EJERCICIO DE LA CIRUGÍA  
EN EL HOSPITAL DE CONCENTRACIÓN SATÉLITE DEL ISSEMYM”**

**HOSPITAL DE CONCENTRACIÓN SATÉLITE  
ISSEMYM**

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

**PRESENTA  
M.C. RICARDO REYNOSO GONZÁLEZ**

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

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

**TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO**

**2013**

**“RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN EL EJERCICIO DE LA  
CIRUGÍA EN EL HOSPITAL DE CONCENTRACIÓN  
SATÉLITE DEL ISSEMYM”**

## AGRADECIMIENTOS

*A mis padres.*

*Por su ejemplo de amor, fortaleza, perseverancia, actitud, respeto y dedicación.  
Por su entrañable e incondicional apoyo día a día. Los amo.*

*A mis hermanos.*

*Por que siempre han estado cerca brindándome su apoyo y compartiendo cada uno de los momentos importantes. Los amo.*

*A mis maestros.*

*Por su apoyo, tiempo y enseñanza durante mi formación.*

## INDICE

|                            |    |
|----------------------------|----|
| Resumen                    | 1  |
| Marco Teórico              | 2  |
| Planteamiento del Problema | 43 |
| Justificación              | 45 |
| Hipótesis                  | 47 |
| Objetivo General           | 47 |
| Objetivos Específicos      | 47 |
| Método                     | 48 |
| Resultados                 | 53 |
| Conclusiones               | 64 |
| Discusión                  | 65 |
| Bibliografía               | 67 |
| Anexo 1. Cuestionario      | 70 |

## **RESUMEN**

La práctica de la Cirugía ha dado lugar a diversos problemas éticos que han exigido al Cirujano a desarrollar una elevada calidad moral. Para solucionar dichos conflictos ha sido necesario recurrir a códigos deontológicos, los cuales a través del tiempo han sufrido modificaciones, y que gracias a esto ha sido posible desarrollar una práctica quirúrgica en función de dos componentes: el técnico relativo a las acciones y a los hechos, y el moral, referente a los valores.

El gran auge que ha alcanzado el aspecto de Responsabilidad en Cirugía desde una perspectiva de Bioética se debe a los avances tecnológicos, cambios en relación médico paciente, las hoy todavía cirugías innecesarias, la experimentación en Cirugía y la educación del Cirujano.

Es responsabilidad del Cirujano tanto permanecer a la vanguardia del conocimiento como el transmitirlo a los médicos en formación; informar al paciente acerca de su enfermedad, riesgos y posibles complicaciones del procedimiento al que se somete el paciente, mediante el consentimiento informado, permanecer pendiente de la evolución y continuar su seguimiento una vez que éste haya egresado. Así mismo debe adherirse a altos estándares éticos y morales, responder a las necesidades de la sociedad y ejercer con valor, honor, excelencia e integridad la profesión quirúrgica.

*Palabras clave: responsabilidad, profesionalismo en Cirugía, ética, calidad.*

## **SUMMARY**

Surgical practice has led to various ethical problems that have required Surgeon to develop high moral quality. To resolve such conflicts has been necessary to draw on codes of ethics, which over time have been changed, and because of this has been possible to develop a surgical practice in terms of two components: the technician on operations and facts, and moral, according to values concerning.

The peak that surgical responsibility has reached on the field of Bioethics is due to technological advances, changes in physician-patient relationship, the unnecessary surgeries, surgery experimentation and Surgeons educational programs.

Surgeon has the responsibility of both remain at the forefront of knowledge and transmit it to the surgery residents in training; tell patients about their disease, risks and potential complications of surgical procedure, obtain informed consent, stay tuned for patient's outcome and their follow once it has discharged home. Likewise must adhere to high ethical and moral standards, meeting the needs of society and exert with courage, honor, excellence and integrity the surgical profession.

*Key words: responsibility, Surgery professionalism, ethics, quality.*

## **MARCO TEORICO**

### **Antecedentes**

Tomando como referencia el Juramento Hipocrático, en sus orígenes, el hacer del médico se extendía de la adquisición de los conocimientos necesarios para ejercer su profesión y las condiciones para su enseñanza, a las normas morales de conducta necesarias para un buen desempeño de la atención de los pacientes, todo lo anterior con el propósito de buscar el beneficio del paciente, el cual es el eje principal en todas y cada una de las actividades diarias del médico.

La bioética surge como tal a principios de los años setenta del siglo pasado, cuando el oncólogo estadounidense Potter propuso el término para identificar una propuesta de una ciencia deductiva moral que ofreciera leyes y principios seguros para dirimir conflictos y dilemas éticos derivados de las grandes posibilidades prácticas que se abrían a las ciencias biomédicas, yendo mas allá de ellas, a la relación del hombre con el medio ambiente.

Así mismo la bioética no solo se deriva en sus orígenes de la medicina, sino hace suya una buena parte de la ética profesional propia de ésta (1).

La práctica de la cirugía ha dado lugar, desde sus orígenes, a diversos problemas éticos que han exigido de una elevada calidad moral, conforme a profundas reflexiones para enfrentarlos. Para poder llegar a solucionar dichos problemas o conflictos ha sido necesario echar mano, muchas veces, de códigos deontológicos, los cuales a través del tiempo han sobrevivido con modificaciones, aunque permanecen y conservan su integridad en lo esencial, desde la época hipocrática hasta los últimos años, y que gracias a estos fue posible desarrollar una práctica quirúrgica normal en su momento, en función de dos componentes: el técnico relativo a las acciones y a los hechos, y el moral, referente a los valores.

Entre la época de los años 60 a los 80 del siglo XX surgen avances en la Cirugía, sobrepasando, por la velocidad con la que progresan, la operabilidad de lo hasta entonces establecido y precisan una revaloración de los comportamientos morales, al mismo tiempo que nos inclinan a una nueva reflexión ante inesperadas novedades, sobre todo en el terreno técnico, en lo clínico y en la experimentación. Con el advenimiento de este nuevo contexto aplicado a la ciencia en general, pero ante todo de la Cirugía en particular, es menester establecer y exigir un nuevo orden ético.

En este contexto, vale la pena recordar y resaltar dos hechos esenciales. El primero sucedió en 1969, cuando un conocido filósofo, Daniel Callahan, ayudado por William Gardin, psiquiatra, fundan una institución cuyo nombre llevaba explícito la implicación de un programa de ética médica: The Institute of Society of Ethics and life Sciences, mejor conocido como Hasting Center.

Su inspiración, en la mente de sus creadores, el doctor Callahan y Gardin, residía en que para solucionar los problemas éticos de las modernas biotecnologías necesitan de un esfuerzo interdisciplinario sin precedentes y una clara voluntad de reunir y conjuntar ciencias experimentales y humanas.

Otro hecho histórico que cabe mencionar en lo que respecta a los aspectos éticos de la medicina y que tuvo gran trascendencia en la evolución del concepto de ética médica es que en 1970, dos norteamericanos de origen holandés, el oncólogo Renselaer Potter y André Hellegers (1924-1974), fisiólogo de embriología humana, introducen el término Bioética, intencionalmente dirigido a la ética de los seres vivos: a la ética de la vida. El Hasting Center y el nuevo vocablo Bioética dispararon el gatillo para los incontables estudios de la ética biológica y por ende de su aplicación al desarrollo sin precedentes de la Cirugía actual.

Podría suponerse que el desarrollo de la ética médica ya existía desde tiempos de Hipócrates o de Thomas Percival, aunque quizá no con tanto auge o reconocimiento como en la época actual y por ello, el término bioética constituye un neologismo, bien que, en el ámbito de la medicina, intenta redescubrirse de una nueva apariencia más especializada que la clásica ética médica y más amplia que la deontología profesional.

De acuerdo con Guarner, el gran auge que ha alcanzado la bioética en cirugía se debe en gran parte, al desarrollo alcanzado en cirugía en los siguientes campos:

- El avance tecnológico y las nuevas tecnologías.
- Los cambios en la relación médico- paciente.
- Las todavía hoy cirugías innecesarias.
- La improvisación, innovación y experimentación en cirugía.
- La educación del cirujano.
- El animal como instrumento de enseñanza y de experimentación.
- Las unidades de cuidados intensivos y la resucitación.
- Los problemas inherentes a los donadores de órganos (2).

Cabe mencionar que en épocas anteriores, los profesionales de la salud que desempeñaban alguna actividad quirúrgica muchas veces no eran Cirujanos egresados de cursos de postgrado universitarios y habían desarrollado sus habilidades quirúrgicas en el transcurso de su práctica profesional, siendo posteriormente certificados por los colegios de médicos respectivos del estado donde desarrollaban sus actividades.

También era frecuente que un cirujano general muchas veces realizase procedimientos de cirugía pediátrica, traumatología, neurocirugía, otorrinolaringología, urología, etc.; sin embargo, con el desarrollo de las especialidades quirúrgicas universitarias la situación ha cambiado y en la



actualidad los aspirantes cursan estudios universitarios en diferentes especialidades quirúrgicas, siendo importante destacar que con el auge de la subespecialidades se ha reducido cada vez más la posibilidad de la improvisación y el asumir riesgos que anteriormente quizás eran tolerados por no existir los especialistas capacitados para el desarrollo de estos procedimientos (3).

La ética es definida por la Real Academia Española en su diccionario como “la parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre”. Al aplicar estos conceptos al área biológica, surge el concepto de BIOÉTICA, el cual podemos intentar definirlo operacionalmente en relación a la práctica quirúrgica,

Sólo sólidas bases éticas y morales en un contexto de una legislación actualizada a los nuevos avances en este campo permitirán un ejercicio de la práctica quirúrgica libre de prácticas inescrupulosas (4).

### **Profesión y profesionalismo.**

Al hablar de profesionalismo, es imperativo establecer y referirnos al concepto de profesión, enfatizando a este respecto que las características esenciales de una profesión pueden establecerse de manera generalizada como sigue:

- Dominar un número complejo de conocimientos y habilidades específicas, que se adquieren durante el período de tiempo que dure la formación del profesional.
- Controlar, con capacidad normativa, el trabajo basado en aquel conocimiento.

- Disposición de organizaciones profesionales reconocidas legalmente, con capacidad reguladora del acceso a la profesión y todo lo concerniente a su práctica.
- Posesión de un código de ética y la potestad exclusiva para aplicarlo. Los integrantes de una sociedad o el profesional individualmente hablando debe ejercer un conjunto de valores como son: disciplina, altruismo, integridad, compromiso y eficiencia (5).

De esta manera se establece que la palabra profesión proviene del latín, "Professione" que significa acción y efecto de profesar, que es un ejercicio de un oficio o empleo para ganarse el sustento. Sin embargo el ejercicio de profesión es aprovechado por el individuo como fuente económica y solo se dice que es su profesión u oficio "cuando está ligado a dicha actividad por lazos de regularidad, obligatoriedad y procedimiento técnico" (6).

La sociedad médica tiene un compromiso social implícito con la comunidad y los pacientes de manera individual, la cual debe satisfacerse dentro de un entorno que frecuentemente pone a prueba al profesional de la salud, colocándolo en una situación de tensión entre su conducta profesional y los factores actuales de la era en que vivimos que constituyen retos éticos y sociales a enfrentar. El aumento en los costos de los servicios de salud para la atención de la población ha obligado a las instituciones tanto de gobierno como privadas, terceros pagadores y al propio paciente, a ejercer presiones sobre el profesional de la medicina que antes no existían motivando una reacción por parte de la comunidad médica.

La manera como ha respondido el personal de salud y la comunidad médica a esta serie de situaciones se ha dado mediante una serie de estrategias y actividades planeadas e implementadas por diversas organizaciones reconocidas a nivel internacional, principalmente de países como Estados

Unidos de América, Canadá, Inglaterra, y los países que conforman la Federación Mundial de Educación Médica; estas organizaciones son: *National Board of Medical Examiners, Accreditation Council for Graduate Medical Education, American Board of Internal Medicine, American College of Physicians, World Federation for Medical Education, American Association of Medical Colleges, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, General Medical Council* haciendo explícitos los conceptos de profesionalismo en medicina, definiendo su concepto y sus elementos, las conductas que lo conforman y las herramientas que pueden utilizarse para enseñarlo y evaluarlo de manera formal en el currículo de pre y posgrado.

Un aspecto importante a destacar es que en el ejercicio profesional de la medicina no solamente se desarrolló de manera individual, sino que también puede desempeñarse por un grupo de profesionales los cuales forman una comunidad o sociedad a través de la cual son reconocidos y se les brinda identidad y pertenencia. La meta que le da sentido y legitimidad social a la profesión es interna, y consiste en proporcionar a la sociedad un bien específico, como en el caso de la medicina, la salud de los pacientes.

Quizá sea más complejo establecer un concepto para el término de profesionalismo de tal manera que pueda comprenderse por los médicos y la sociedad, ya que la palabra ha sido utilizada en exceso en muchos contextos diferentes, generando confusión. Por lo anterior, se han llevado a cabo diversos intentos para definir el profesionalismo en medicina en los últimos años, existiendo varias propuestas al concepto por diversos autores y organizaciones, algunas de las más aceptadas son las siguientes:

*Swick* plantea el siguiente concepto: “El concepto de profesionalismo médico debe tomar en cuenta la naturaleza de la profesión médica y debe aterrizar en lo que realmente hacen los médicos y cómo actúan, individual y colectivamente”.

El profesionalismo médico comprende el siguiente conjunto de conductas:

- Los médicos subordinan sus propios intereses a los intereses de otros.
- Se adhieren a altos estándares éticos y morales.
- Responden a las necesidades de la sociedad, y su comportamiento refleja un contrato social con la comunidad a la que sirve.
- Manifiestan valores humanísticos esenciales, incluyendo honestidad e integridad, comprensión y compasión, altruismo y empatía, respeto a los demás y confiabilidad.
- Ejercitan la responsabilidad y rendición de cuentas consigo mismos y con sus colegas.
- Demuestran un compromiso continuo con la excelencia.
- Exhiben un compromiso por la erudición y el avance de su campo.
- Se enfrentan con altos niveles de complejidad e incertidumbre.
- Reflexionan sobre sus acciones y decisiones (7).

*Cruess*, en su artículo “Profesión para educadores médicos”, propone una definición operativa para el profesionalismo: “Profesión es una ocupación cuyo elemento esencial es el trabajo basado en el dominio de un cuerpo complejo de conocimientos y habilidades. Es una vocación en la cual el conocimiento de un departamento de la ciencia o el aprendizaje o la práctica de un arte fundamentado sobre ella se usan para el servicio de otros. Sus miembros son gobernados por códigos de ética y profesan un compromiso con la competencia, integridad y moralidad, altruismo, y la promoción del bien público dentro de su dominio. Estos compromisos forman la base de un contrato social entre una profesión y la sociedad, la cual en reciprocidad le otorga un monopolio sobre el uso de su cuerpo de conocimientos, el derecho de considerable autonomía en la práctica y el privilegio de la auto-regulación. Las profesiones y sus miembros son responsables ante aquellos que sirven y la sociedad” (8).

El concepto de profesionalismo establecido por La Federación Mundial de Educación Médica es el siguiente: “Los conocimientos, habilidades, actitudes y conductas esperadas por los pacientes y la sociedad de los individuos durante la práctica de su profesión e incluye conceptos como las habilidades para el aprendizaje vitalicio y mantenimiento de la competencia, pericia en manejo de la información, comportamiento ético, integridad, honestidad, altruismo, servicio a los demás, adherencia a códigos profesionales, justicia y respeto por los demás”.

Además de la definición planteada, también propone que el profesionalismo y la autonomía sirvan como estándares básicos para la mejora de la calidad de la educación médica de posgrado, haciendo énfasis en que debe fortalecerse el entrenamiento y evaluación de estos conceptos durante el periodo de tiempo que dure el proceso de formación de la especialización médica, promoviendo de esta manera que el médico actúe en el mejor interés del paciente y la comunidad.

Los Estándares Globales para la Educación Médica en sus tres fases, publicados en 2003, fueron elaborados para que pudieran ser usados a nivel nacional, regional e institucional como un sistema de referencia en los procesos de reforma institucional y para el reconocimiento / acreditación de las instituciones educativas y sus programas (9).

Con lo anterior podemos comprender que el profesionalismo médico consiste en un conjunto de valores, comportamientos y relaciones que sustentan la confianza entre el usuario de los servicios de salud y el profesional propiamente hablando. Dichos valores son la base del compromiso de la profesión médica con la sociedad. Así tenemos que el compromiso social descansa en el profesionalismo y que este último resulta un elemento protector y de equilibrio en la sociedad. El médico debe reafirmar sus principios que involucran no solo el compromiso personal al bienestar de sus pacientes sino también los esfuerzos

colectivos que mejoren el sistema de atención de la salud y el bienestar de la sociedad.

El documento que lleva por nombre “Proyecto del Profesionalismo”, uno de los encíclicos con mayor difusión a nivel internacional, establecen los componentes que deben integrarse en el ejercicio del profesionalismo médico. Existen varias propuestas de los componentes que deben integrar el profesionalismo médico en la actualidad, una de las más difundidas es el documento resultado del “*Proyecto del Profesionalismo Médico*”. Este importante documento plantea que el profesionalismo es la base del contrato de la medicina con la sociedad, y establece tres principios y diez compromisos que deben ser parte de la conducta del profesional de la salud en la era moderna (5).

Los tres principios fundamentales que se establecen en el Proyecto del Profesionalismo son:

- *Principio de primacía del bienestar del paciente.*

Este principio se basa en una dedicación a servir a los intereses del paciente. El altruismo contribuye a la confianza que es fundamental en la relación médico-paciente. Las fuerzas del mercado, las presiones sociales y las exigencias administrativas no pueden afectar este principio.

- *Principio de autonomía del paciente.*

Los médicos deben tener respeto por la autonomía del paciente. Tienen que ser honestos con sus pacientes y darles la capacidad para tomar decisiones informadas sobre sus tratamientos. Las decisiones de los pacientes respecto a sus cuidados deben ser soberanas, en tanto esas decisiones se atengan a prácticas éticas y no den lugar a demandas de cuidados inapropiados.

- *Principio de justicia social.*

La profesión médica debe promover justicia en el sistema de atención de salud, incluyendo la distribución equitativa de los recursos asistenciales. Los médicos deben trabajar esforzadamente para eliminar la discriminación en los cuidados de salud, sea que esté basada en cuestiones de raza, género, estado socio económico, etnicidad, religión o cualquiera otra categoría social.

A su vez, el mismo documento plantea diez responsabilidades profesionales que el médico debe ejercer, las cuales se comentan a continuación:

1. *Compromiso con la competencia profesional.*

Los médicos deben comprometerse al aprendizaje permanente y ser responsables de mantener el conocimiento médico y las destrezas clínicas y de equipo necesarias para proporcionar cuidados de calidad. Más ampliamente, la profesión como cuerpo debe esforzarse por lograr que todos sus miembros sean competentes y debe asegurar que existan mecanismos apropiados para que los médicos cumplan estas metas.

2. *Compromiso a ser honestos con los pacientes.*

Los médicos deben asegurarse que los pacientes sean completa y honestamente informados antes de consentir en tratamientos y después de recibirlos. Estas expectativas no significan que los pacientes sean involucrados en cada mínima decisión sobre sus cuidados médicos; más bien, deben ser capacitados para decidir sobre el curso de la terapia. Los médicos deberán, también, reconocer que en el cuidado de la salud ocurren, a veces, errores médicos que provocan daño a los pacientes. Si los pacientes son dañados como consecuencia de intervenciones médicas, ellos deben ser informados de inmediato, porque una falla en este sentido compromete seriamente la confianza del paciente y de la sociedad. Informar y analizar las equivocaciones médicas proporciona la base para establecer estrategias apropiadas de prevención y mejoría y para compensar, adecuadamente, a los pacientes afectados.

### *3. Compromiso con la confidencialidad de los pacientes.*

Lograr la confianza y confidencia de los pacientes requiere que se tomen salvaguardas apropiadas de reserva al darse información de los pacientes. Este compromiso se extiende a la discusión con personas que actúan en resguardo de los pacientes, cuando no es posible obtener el consentimiento de los propios pacientes. Cumplir el cometido de confidencialidad es hoy más indispensable que nunca, dado el uso amplio de sistemas electrónicos de información para acopiar datos de los pacientes y por la progresiva disponibilidad de información genética. Los médicos reconocen, sin embargo, que su compromiso con la privacidad de los pacientes debe, ocasionalmente, ceder ante consideraciones sobrevinientes, en interés público (por ejemplo, cuando los pacientes exponen a daño a terceros).

### *4. Compromiso de mantener relaciones apropiadas con los pacientes.*

Dada la vulnerabilidad y dependencia inherentes de los pacientes, ciertas relaciones entre pacientes y médicos deben ser evitadas. Particularmente, el médico no debe explotar jamás al paciente procurando favores sexuales, lucro personal o cualquier otro propósito privado.

### *5. Compromiso de perfeccionar la calidad de la atención.*

Los médicos deben participar en el perfeccionamiento continuo de la calidad de los cuidados de salud. Este compromiso supone no sólo mantener la competencia clínica sino trabajar en colaboración con otros profesionales para reducir los errores médicos, aumentar la seguridad de los pacientes, restringir el dispendio de los recursos asistenciales y optimizar los resultados de la atención. Los médicos deben participar activamente en el desarrollo de mejores indicadores de la calidad de los cuidados y aplicarlos para evaluar rutinariamente el comportamiento de todos los individuos, instituciones y sistemas responsables del cuidado de salud. Los médicos, tanto individualmente como a través de sus asociaciones de profesionales, deben hacerse



responsables de la creación e implementación de mecanismos destinados a estimular la mejora progresiva de la calidad de los cuidados.

*6. Compromiso de mejorar el acceso a la atención.*

El profesionalismo médico exige que el objetivo de todo sistema de atención sea disponer de un adecuado y uniforme estándar de cuidados. Los pacientes deben ser individual y colectivamente estimulados a reducir las barreras hacia una equitativa atención de salud. En cada sistema, el médico debiera trabajar para eliminar los obstáculos al acceso, basados en discriminaciones por motivos de educación, legales, financieros, geográficos y sociales. Un compromiso con la equidad supone la promoción de la salud pública y de la medicina preventiva, así como la preocupación social de cada médico, sin que prevalezca el interés propio de los médicos o de la profesión.

*7. Compromiso por una distribución justa de recursos limitados.*

En la satisfacción de las necesidades de pacientes individuales, los médicos son llamados a proporcionar atención de salud en base a un manejo inteligente y costo-efectivo de recursos clínicos limitados. Deberán comprometerse a trabajar con otros médicos, hospitales y proveedores para desarrollar guías de procedimientos para un cuidado eficiente. La responsabilidad profesional de los médicos, por una distribución apropiada de los recursos, requiere evitar escrupulosamente los exámenes y procedimientos superfluos. Proveer servicios innecesarios, no sólo expone a nuestros pacientes a daños y gastos evitables sino que disminuye los recursos disponibles para otros.

*8. Compromiso por el conocimiento científico.*

Gran parte del contrato de la medicina con la sociedad se basa en la integridad y el uso apropiado del conocimiento científico y de la tecnología. Los médicos tienen el deber de preservar los estándares científicos, promover la investigación y crear nuevo conocimiento, asegurando su apropiada utilización. La profesión

es responsable por la integridad de ese conocimiento, basado en la evidencia científica y en la experiencia médica.

*9. Compromiso de mantener la confianza manejando los conflictos de intereses.*

Los profesionales médicos y sus organizaciones tienen muchas oportunidades de afectar sus responsabilidades profesionales persiguiendo ganancias privadas o ventajas personales. Tales situaciones son especialmente arriesgadas cuando se procuran interacciones personales u organizacionales con industrias lucrativas, incluidas las manufactureras de equipos médicos, compañías de seguros y empresas farmacéuticas. Los médicos tienen la obligación de reconocer, aclarar ante el público general y tratar los conflictos de interés que surgen en el cumplimiento de sus deberes y actividades profesionales. Las relaciones entre las industrias y los líderes de opinión deben ser divulgadas, especialmente cuando los últimos determinan los criterios para conducir e informar de ensayos clínicos, escribir editoriales o guías terapéuticas, o actuar de editores de revistas científicas.

*10. Compromiso con las responsabilidades profesionales.*

Como miembros de una profesión, se espera que los médicos trabajen en equipo para maximizar los cuidados de los pacientes, ser respetuosos entre ellos y participar en los procesos de autorregulación, incluyendo la restauración y la disciplina de los miembros que no han alcanzado los estándares profesionales. La profesión deberá también definir y organizar los procesos de educación y establecimiento de estándares para los miembros actuales y futuros. Los médicos tienen obligaciones tanto individuales como colectivas de participar en estos procesos. Estas obligaciones incluyen incorporarse en evaluaciones internas y aceptar escrutinios externos en todos los aspectos de su comportamiento profesional (10).

Las siguientes características se han postulado con la finalidad de intentar abarcar de una manera más amplia el concepto del profesionalismo médico.

- Capacidad para subordinar los intereses propios a los de terceros. Se espera que quien ejerce en Medicina subordine los intereses para la satisfacción de las necesidades del paciente; es decir, se espera que el Cirujano siempre anteponga los intereses del paciente sobre los propios.
- Apego permanente a la moral y la ética. Dado que la Cirugía como profesión médica se rige bajo el marco de principios éticos y morales conlleva que aquellos que la ejerzan actúen con responsabilidad y se comporten de una manera ética y digna, tanto en su vida profesional y privada, en el ejercicio diario de la profesión, ejercitando los principios de beneficencia y no maleficencia.
- Respuesta a las necesidades sociales. Se manifiesta con el compromiso de servicio a la comunidad. Para que la Cirugía alcance su objetivo para el cual fue creada como especialidad médica debe dar respuesta tanto a las necesidades económicas, sociales y culturales de la comunidad en la que se desarrolla: en otras palabras, la especialidad tiene implícito proveer y dar cuidado a los mas necesitados, mejorar el acceso a los servicios de salud y ver más allá de la necesidad física del paciente para resolver los determinantes no biológicos de la falta de salud.
- Actuar congruentemente con honestidad, integridad, calidez, compasión, altruismo, empatía, respeto hacia los otros e inspirar confianza: En el ejercicio de la Cirugía es imposible alcanzar un comportamiento profesional si no ponen en práctica estos valores. Dicho de otra manera, si el profesional en Cirugía no es honesto, íntegro, cálido, compasivo, altruista, empático, respetuoso y digno de confianza jamás logrará cumplir con los objetivos de la profesión para la cual ha sido formado.
- Ejercicio de la responsabilidad. Es imperativo que los Cirujanos o las Asociaciones, Consejos o Academias respectivas, establezcan los estándares

de la práctica médica quirúrgica de manera que garanticen el ejercicio autónomo y con nivel de excelencia de la medicina.

- Demostración de compromiso continuo en busca de la excelencia. Debido a que actualmente las profesiones se basan en los más altos niveles de conocimiento, habilidad y destreza el Cirujano tiene el compromiso de adquirir constantemente el conocimiento, actualizarse respecto al mismo, así como desarrollar continuamente las nuevas habilidades para alcanzar los niveles más altos de excelencia. Sin embargo, debido a la rápida evolución de la Cirugía y a los cambios incesantes en el campo de la misma resulta casi imposible adquirir todos estos nuevos conocimientos, por lo que el compromiso conlleva la capacidad de reconocer y aceptar las propias limitaciones del profesional en Cirugía.
- Compromiso con la transmisión del conocimiento. El compromiso con la transmisión del conocimiento hacia los demás tiene un enfoque extrovertido; por lo que una vez que hemos alcanzado el conocimiento debemos comprometernos con el deseo de transmitirlo para el beneficio de los pacientes, otros médicos o la población en general.
- Capacidad de trabajo con alto nivel de complejidad e incertidumbre. El Cirujano debe ser capaz de ejercitar el juicio independiente para la toma de decisiones correctas en el ámbito de circunstancias complejas, inestables y, frecuentemente, con información incompleta.
- Reflexión y capacidad de autocrítica. Todos los médicos deben tener la capacidad de reflexionar en lo que respecta a sus decisiones y acciones realizadas, tener autocrítica respecto a éstas, con la finalidad de equilibrar sus vidas profesionales y privadas. Esta capacidad es fundamental para la toma de decisiones clínicas (11).

Todas las profesiones, incluyendo a la Cirugía como tal, tienen el compromiso fundamental de transmitir el profesionalismo, en este caso el profesionalismo médico a los estudiantes que en su formación de pre y posgrado requieren de actitudes positivas así como de conocimientos científicos; por lo cual deben inculcarse e insistirse en el ejercicio de valores como el altruismo, la excelencia, el deber, el honor, el respeto a los demás y la rendición de cuentas como parte de nuestro ejercicio profesional.

A pesar de lo anterior, el abuso del poder es una característica que desafortunadamente sucede con frecuencia en algunos médicos al interactuar con los pacientes y médicos en formación. El rencor no debiera existir porque se opone a los valores anteriormente mencionados. La incapacidad voluntaria a través de simulaciones, no es propia de un médico que se precie de serlo.

El Cirujano tiene el compromiso del liderazgo en la atención de la salud, tanto por sus conocimientos científicos y sus experiencias, como por el lugar preponderante que tradicionalmente ha logrado ganar en la sociedad gracias al respeto de la comunidad y de sus compañeros, al cumplimiento con las obligaciones que le han caracterizado anteponiendo siempre el interés de los pacientes a los intereses personales. Es imperativo que las nuevas generaciones promuevan esta conducta en las nuevas generaciones implementando de manera efectiva el cambio curricular en la formación del profesional en Cirugía.

Un método disponible para promover estos conceptos en la educación médica de posgrado lo ha elaborado el ACGME en los Estados Unidos, planteando diferentes estrategias para enseñar y evaluar el profesionalismo en medicina.

El médico adquiere los cimientos del profesionalismo durante su formación de pre y posgrado, a través del “currículo oculto” y de la socialización de sus vivencias en la escuela de medicina y la práctica médica hospitalaria, y conforme

progresa en la actividad médica a lo largo de los años va puliendo y adaptando sus respuestas ante los diferentes retos mencionados en este documento.

Es importante que estemos conscientes de la situación actual por la que atraviesa la sociedad y la comunidad médica en su conjunto, para que la enseñanza y modelo de las conductas y valores del profesionalismo médico consideren el “mundo real” en donde se ejerce y practica la medicina, de otra manera corre el riesgo de convertirse únicamente en un sofisticado ejercicio intelectual sin impacto real en la actitud de los médicos en formación ante los retos anteriormente citados (20).

A continuación se citan algunos principios éticos que figuran en el documento “Proyecto Profesionalismo” del American Board of Internal Medicine (ABIM).

- a. *Altruismo*: La regla es buscar el mejor interés de los pacientes, no el propio.
- b. *Responsabilidad*: debe de ejercerse en el nivel individual, profesional y social. En otras palabras, el médico se responsabiliza de cumplir con el contrato implícito que tiene con su comunidad.
- c. *Excelencia*: se refiere a la búsqueda continua del conocimiento.
- d. *Obligación*: es la libre aceptación de un compromiso para servir.
- e. *Honor e integridad*: es tanto el compromiso para cumplir con los códigos personales y profesionales, como la negación a violarlos.
- f. *Respeto para los otros*: es la esencia del humanismo y un elemento indispensable para la armonía entre todos los miembros que integran un equipo de salud.

De la misma manera se han descrito ciertos impedimentos para la adquisición de las competencias profesionales:

*a. Abuso de poder:* por mera tradición la profesión médica ha alcanzado un alto nivel de respeto, mismo que ha otorgado a los médicos un enorme poder sobre la sociedad. A pesar de esto, en las últimas décadas se ha utilizado este poder para alcanzar fines económicos y personales, dejando en segundo término el hecho de que el médico debe buscar utilizar este poder sólo en beneficio del paciente.

*b. Arrogancia:* comportamiento de superioridad ofensiva y de auto-importancia que resulta en un comportamiento no profesional. Se debe tener conciencia de que la formación en Cirugía es larga, ardua y difícil por lo que en ocasiones se pueden fomentar actitudes de arrogancia. La capacidad y responsabilidad de poner alto a ese comportamiento y de fomentar las cualidades humanas recae en los modelos educativos en medicina y en sus instituciones.

*c. Avaricia:* situación en la que el dinero se vuelve el eje principal del profesionista. Respecto a esto el médico se olvida del comportamiento profesional y se desvía hacia las acciones que le producen mayor beneficio económico.

*d. Mentira y fraude:* en el contexto de comportamiento no profesional está relacionado al constante fallo intencional en decir la verdad y el desvío de los recursos materiales para el propio beneficio. La mentira puede parecer que ocurre para conseguir el beneficio del propio paciente, pero al final de cuentas el hecho de mentir no lo es.

*e. Impedimento médico:* Se refiere al médico con problemas de toxicomanías, etilismo o mentalmente discapacitado que es protegido por sus compañeros y al cual se le permite brindar el cuidado a pacientes que no conocen la situación.

*f. Falta de conciencia:* es la falla de cumplir con las responsabilidades médicas y por ende es incompatible con la esencia del profesionalismo.

*g. Conflictos de interés:* se refiere al reconocimiento y evasión de las situaciones donde el interés del médico se pone sobre el del paciente (12).

A lo largo de las últimas décadas ha renacido un creciente interés en la búsqueda de devolver a la Medicina el carácter de una profesión con un compromiso humanista y social más que el de una simple ocupación, donde los Médicos actúen con altos estándares de profesionalismo. Sin embargo, para ser capaces de aplicar el concepto de profesionalismo es necesario comprender la naturaleza de una profesión y tener en consideración que precisamente el desarrollar profesionales es uno de los objetivos principales de los responsables de la formación médica.

Los rápidos avances en el conocimiento alcanzados en los últimos treinta o cuarenta años han impactado en el ejercicio de todas las profesiones, pero en ningún caso de manera tan dramática como en la Medicina. Como consecuencia, el incremento en el “profesionalismo experto” se ha acompañado del decremento en el “profesionalismo con compromiso social”. Así llegamos al diagnóstico sobre la situación en la cual la profesión de la Medicina puede encontrarse hoy en día: se ha distraído de sus propósitos públicos y comunitarios perdiendo su vocación distintiva (7).

### **La responsabilidad del Cirujano y el buen ejercicio de la Cirugía.**

El profesional en Cirugía puede definirse como aquella persona que ejerce alguna actividad en el área quirúrgica como profesión e involucra un conjunto sistemático de conocimientos que deben ser aplicados dignamente. Uno de los aspectos más relevantes y de gran importancia en el ejercicio actual de la ética médica es aquello relacionado con la responsabilidad profesional.



El profesionalismo, cualquiera que sea su ejercicio, y no importando en que profesión o especialidad médica se desarrolle, y concretamente en este caso hablando en lo que respecta a la Cirugía, tiene una serie de atributos tales como:

- La dedicación del mayor tiempo posible a la especialidad.
- Puede realizarse en forma de compromiso institucional o individual.
- Tener disposición de actualizarse permanentemente.
- Estar dispuesto a transmitir el conocimiento adquirido a las nuevas generaciones.

Hoy mas que nunca, debido a las nuevas tendencias en los aspectos éticos y a la difusión de los derechos y obligaciones tanto del personal médico como de los pacientes, se observa que los profesionales de la salud, incluyendo al Cirujano, están involucrados en casos médico legales, motivo por el cual es de gran importancia que el Cirujano tenga conocimiento de los principios básicos y fundamentales en el ejercicio de su especialidad con la finalidad de evitar circunstancias desagradables desde el punto de vista personal, profesional y por supuesto legal, que puede significar muchas veces el desprestigio de una carrera profesional.

Diversas situaciones específicas dentro del área quirúrgica pueden tener un influjo negativo y adverso en el desarrollo y práctica de los procedimientos quirúrgicos.

1. La distracción del equipo quirúrgico: Con frecuencia se observa como durante la cirugía en el quirófano surgen conversaciones fútiles entre el Cirujano y el resto del equipo quirúrgico que no tienen relación con el procedimiento que en dicho momento pudiera estarse realizando; lo anterior aunado a que en algunas ocasiones se introducen equipos de sonido dentro del área quirúrgica pueden llevar a la desviación del objetivo fundamental del acto quirúrgico, siendo este la

seguridad y protección del paciente, así como la distracción de los miembros del equipo.

2. Uso de celulares en quirófano: Se observa en los últimos años la utilización de equipos de telefonía celular dentro del quirófano e incluso la realización o recepción de llamadas mientras se realiza alguna cirugía; lo anterior representa un riesgo para el paciente debido a que es un distractor y además representa una falta de respeto para el resto del equipo quirúrgico: lo ideal sería que la persona o enfermera circulante contestase a las llamadas y una vez terminado el acto quirúrgico notificara al cirujano del evento.

3. Utilización de prendas en quirófano: El cirujano debe ser el encargado de supervisar que sus ayudantes no porten alguna prenda como collares, pulseras, etc., evitando de esta manera que accidentalmente estos objetos pudiesen caer dentro del campo quirúrgico e incluso en la cavidad abdominal o torácica, ya que la responsabilidad por dicho acto recaerá en el cirujano responsable por su actitud negligente al permitirle a su equipo quirúrgico el uso de dichos objetos.

4. Guardias de disponibilidad: Lo ideal es que el especialista quirúrgico permaneciese durante su guardia en la institución en que presta su servicio.

Muchos de los conflictos legales que se presentan en cirugía se relacionan en algunos casos con la excesiva confianza del cirujano de que no se presentarán complicaciones y la negligencia que ocurre como consecuencia de ignorar muchas de las quejas del paciente, considerándolas como consecuencia de una excesiva aprehensión o ansiedad sin ninguna importancia.

Es frecuente observar en la actualidad la realización de procedimientos quirúrgicos tales como la colecistectomía en centros ambulatorios, en que el paciente es egresado el mismo día, desestimando las complicaciones que

pueden presentarse en cirugía biliar tales como: fugas biliares, biliomas, ligaduras de vías biliares, etc.

El cirujano debe estar en las condiciones psicológicas y físicas idóneas para realizar cualquier procedimiento quirúrgico.

Con mucha frecuencia se observa como el Cirujano abandona el quirófano sin que el acto quirúrgico haya finalizado, encargando al residente en formación o ayudantes a la finalización del procedimiento, mientras él se encarga de dar aviso a los familiares que la cirugía ha concluido exitosamente y posteriormente el paciente sufre complicaciones, incluyendo en situaciones de extrema gravedad el fallecimiento del mismo, asumiendo la responsabilidad el médico tratante de comunicar dicha situación a los familiares y tratar de explicar lo sucedido.

Otro aspecto relevante que tiene implicaciones legales es lo que respecta a la situación que se presenta cuando se ha olvidado una compresa o instrumental dentro de alguna cavidad (abdominal o torácica). Es una situación compleja de la cual podríamos plantear varias preguntas, siendo la principal ¿A quién corresponde la responsabilidad en caso de olvido de una compresa u otro instrumental quirúrgico en el interior de la cavidad?. Es responsabilidad del Cirujano revisar minuciosamente la cavidad abdominal o torácica y si se ha informado por parte de la enfermera instrumentista que la cuenta de material está completa puede procederse al cierre de la cavidad.

Es importante que el cirujano y sus ayudantes revisen la cavidad abdominal antes de cerrar, independientemente de que la enfermera instrumentista informe que la cuenta está completa, procediéndose a realizar la nota correspondiente en la historia.

En lo que respecta a los procedimientos realizados por residentes de cirugía en formación, cabe destacar que es normativo al realizar cualquier procedimiento quirúrgico la presencia del especialista quirúrgico respectivo. Así mismo es responsabilidad única y absoluta del médico residente exigir la presencia del médico responsable en turno, para evitar actuar solo ya que pudiera existir la posibilidad de que el especialista que presta los servicios en la institución no asuma responsabilidad alguna, recayendo toda la culpa en el residente que llevó a cabo algún procedimiento sin supervisión (13).

El especialista en cirugía general no debe cumplir excesivas y agotadoras jornadas de trabajo, ya que es necesario un adecuado descanso para estar en las condiciones óptimas para el desarrollo de sus capacidades y habilidades (3).

### **El cirujano y el consentimiento informado.**

Con el advenimiento de los tiempos modernos del desarrollo de la ciencia y la tecnología ha ocurrido un deterioro progresivo de los principios morales.

Si bien, en épocas anteriores a las que vivimos actualmente, el médico informaba al paciente el tipo de procedimiento que pensaba realizar en él, fuera diagnóstico o terapéutico, y daba por hecho que necesariamente sería en beneficio del paciente por ser los mejores procedimientos y por tener en ese entonces los mejores recursos y contar con mas accesibilidad a ellos y los mas encaminados a prolongar la vida del propio paciente y a subyugar la enfermedad, ahora resulta indispensable informar al paciente tanto de las técnicas involucradas, así como de los riesgos, complicaciones y posibles repercusiones que pudieran tener para su vida futura, de manera que pueda valorar el presunto beneficio que se propone a su alcance, los daños a los que pudiera estar expuesto y las perspectivas de continuar con vida digna (1).

Consentimiento informado puede definirse como la “Facultad del enfermo válidamente informado y libre de coacción, para aceptar o no la atención médica

que se le ofrezca o la participación en proyectos de investigación que se le propongan”.

- Conocer la reglamentación y normatividad de los establecimientos de salud y en particular de los hospitales donde va a recibir atención, aplicables a su conducta como paciente. Si no lo sabe debe ser informado, acerca de quien es el médico responsable de su atención.
- Ser informado con veracidad, claridad, suficiencia y objetividad, de todo lo relativo al proceso de su atención y particularmente lo relacionado con el programa de estudio y tratamiento, con el diagnóstico presuncional o definitivo o el pronóstico de su padecimiento. El médico debe verificar que el paciente haya comprendido la información que se le proporcionó.
- Que previamente a la realización de cualquier procedimiento o tratamiento, se le informe sobre el mismo, incluyendo los beneficios que se espera lograr, las molestias que le ocasionará, los riesgos significativos asociados, posibilidad de complicaciones y consecuencias adversas, así como la duración de las discapacidades que pudieran ocurrir.
- Conocer las expectativas de curación, control, mejoría o paliación de su enfermedad.
- Ser asesorado y que se le otorgue más información cuando la solicite.
- Conocer los riesgos de tipo físico, emocional o de otra índole, así como y los beneficios esperados, de los proyectos de investigación en que se le proponga participar.
- Que se de respuesta a sus preguntas y se aclaren sus dudas.

Programas de integridad como los establecidos en la Clínica Mayo y el American Collage of Physicians en que el comportamiento de sus miembros desde el punto de vista ético y moral, puede atribuirse en buena medida a que cuentan con lineamientos claros, en los manuales y códigos de ética, por lo que es necesario contar con estatutos generales que puedan conducir la práctica medica en nuestro país, en congruencia con los principios éticos vigentes.

En el año 2001 la CONAMED emitió los siguientes documentos: Recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina; Carta de los Derechos Generales del Paciente; Código de bioética para el personal de salud.

En 1994, el hospital Médica Sur emitió y difundió su código de ética, que incluye como principales preceptos: la beneficencia y no maleficencia, la honestidad, el consentimiento informado, el respeto al secreto profesional, la capacitación del médico, así como la proscripción de las dicotomías y de la medicina defensiva.

Dentro de los documentos que pueden ser considerados como base de la ética moderna, debe tenerse en cuenta el Programa de Integridad de la Fundación Clínica Mayo, que tiene como eje la honestidad en todos los aspectos del trabajo y de la medicina defensiva.

En 1998 el Comité de Ética del ACP emitió la cuarta edición de su Manual de Ética, incorporando la mayor parte de preceptos de la ética moderna y enriqueciéndose constantemente con nuevos principios, derivados del análisis de casos que se someten a la consideración de su Comité de Ética, en busca de asesoría o lineamientos para resolver problemas reales.

En el mismo año, la World Federation of Neurosurgical Societies y la European Association of Neurosurgical Societies publicaron las “Orientaciones éticas para una buena práctica neuroquirúrgica, con la participación de numerosos comités

de ética de Europa, Estados Unidos, Asia, África y la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética.

La CONAMED, en 2001, presentó siete recomendaciones para Mejorar la Práctica de la Medicina.

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

En diciembre del mismo año se difundió la “Carta de los Derechos Generales de los Pacientes” (mencionarla).

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, óptima y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Tener facilidades para contar con una segunda opinión.

8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un excelente expediente clínico.
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

En junio del 2002 el CMN Siglo XXI editó el Código de Ética con un enfoque dirigido a la mejor de la calidad de la atención clínica.

En noviembre del 2002, la Academia Mexicana de Cirugía presentó su Código de Ética.

El Diccionario de la Lengua Española define a la ética como “Parte de la Filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre”, y a la moral como “Ciencia que trata del bien general, y de las acciones humanas en orden a su bondad o malicia” y se refiere a la “cualidad de las acciones humanas que las hacen buenas”.

Bioética se define como “Rama de la filosofía que determina la práctica adecuada, de los actos relacionados con la vida de la persona humana, orientados hacia la preservación de la vida y su calidad, a la luz de los principios morales”.

Debe tenerse en cuenta que la práctica médica siempre debe procurar la beneficencia y la justicia, respetando la autonomía y dignidad de la persona humana, evitando las maleficencias, con los enfermos y con todas las personas procurando fomentar la salud, combatir la enfermedad y procurar la vida, considerando que salud es la ausencia de enfermedad en un entorno de bienestar físico, mental y social.

Ética médica como la “Disciplina que fomenta la buena práctica médica, mediante la búsqueda del beneficio del paciente; dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida.



Calidad de la atención médica como “Otorgar atención al usuario con oportunidad, conforme a la conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas”.

Principios relevantes: beneficencia, equidad, autonomía, confidencialidad, justicia, respeto, honestidad, dignidad, lealtad y solidaridad (14).

Las intervenciones quirúrgicas son procedimientos que involucran una serie de etapas que se inician desde la misma preparación preoperatoria, existiendo la posibilidad cierta de presentarse complicaciones en algunas de esas etapas tales como: inducción de la anestesia, intubación, acto quirúrgico propiamente dicho, recuperación anestésica y postoperatorio.

Muchas veces existe la tendencia por parte del cirujano de minimizar el procedimiento a realizar, mediante la utilización de expresiones como las siguientes: “Es una intervención sencilla”, “es un procedimiento rápido”, “tengo mucha experiencia en la realización de este tipo de intervenciones”, “nunca he presentado complicaciones en este tipo de procedimientos y las que he tenido han sido complicaciones menores”.

“El cirujano no debe minimizar el procedimiento quirúrgico a realizar, suministrando una adecuada información acerca de los riesgos al paciente y sus familiares”.

Es importante el consentimiento informado, posterior a una información detallada de todos los riesgos posibles que pueden ocurrir durante la intervención y el postoperatorio.

### **Las operaciones innecesarias en el ejercicio de la Cirugía.**

Al hablar de cirugía innecesaria, se piensa inmediatamente en una actitud irracional en el desempeño de la profesión, ya que implica ocasionar un daño,

mutilación o eliminación de estructuras anatómicas sin justificación alguna, debiéndose siempre reflexionar sobre los factores y circunstancias que han incidido para que se realicen estos actos innecesarios, partiendo de la base de que siempre se han realizado, en todas las épocas, especialidades, órganos y todo tipo de pacientes, y de que se seguirán haciendo. Así, al tratar de definir un concepto general de cirugía innecesaria y para cualquier época, se deben considerar dos factores fundamentales: uno, que representa acciones profesionales con fallas de grados variables, y el otro representado por fallas de comportamiento ético, también con grados variables, que pueden ser entendibles más no justificables (30).

Durante los inicios del siglo XX este tipo de intervenciones se llevaban a cabo por equivocación. El gran desarrollo tecnológico de la Cirugía en la segunda mitad del siglo XX ha favorecido y culminado en una notable reducción del factor de riesgo quirúrgico y del incremento de las intervenciones quirúrgicas, de aquellas consideradas innecesarias. Parece que en cuanto más progresa la cirugía, mayor número de operaciones inútiles se llevan a cabo.

La práctica de este tipo de intervenciones repercute en un problema importante en el campo de la ética médica.

Todo acto quirúrgico conlleva a un trauma y agresión dolorosa por lo que solo debe efectuarse en su carácter de imprescindible, es decir, cuando tenga una indicación y no exista la alternativa de otro procedimiento curativo (27).

La Health Services Utilization Study (Utilización de los Servicios de Salud), establece el concepto de que una cirugía es necesaria, cuando los beneficios que normalmente deben derivar de toda cirugía como: incrementar la esperanza de vida, alivio del dolor, y mejoría en la capacidad funcional, excedan las consecuencias negativas de la misma: morbilidad y mortalidad (28).

La cirugía innecesaria es la que se efectúa sin beneficio del paciente, que va en contra del principio de no maleficencia, sin considerar las consecuencias de los daños y agresiones, que van en contra del principio de justicia al realizar un acto claramente innecesario, que puede incluso complicarse, que incurre en dispendio de recursos y sobre todo al realizarse sin considerar las actividades profesionales y estilos de vida de los pacientes. Se manifiesta inmediatamente el concepto de innecesidad, en donde el responsable falla en el cumplimiento de la norma fundamental de la ética médica de *primero no hacer daño*, (18) en donde además está implícito que la virtud de la capacidad profesional y de la sabiduría no es suficiente para el comportamiento ético de los cirujanos, sino que para realizar cirugías necesarias y éticas se deben agregar otras virtudes como son: conciencia de lo que es justo, cordura, prudencia, sentido común y sobre todo lo que se conoce como el buen proceder, sin olvidar que el paciente le adjudica a su cirujano varios calificativos como son: darle crédito a su profesionalismo, capacidad, experiencia, humanismo, honradez y sobre todo que le tiene fe (31-33).

En la década de los 70's el Colegio Americano de Cirugía dictó una definición de lo que se puede considerar operaciones innecesarias:

- Operaciones indicadas en padecimientos con escasos síntomas, sin patología demostrada y sin ninguna situación que ponga en peligro la vida.
- Operaciones de las que no se obtengan tejidos y que la clínica no lo justifique.
- Operaciones que sean objeto de discusión y divergencia de juicios entre expertos en el problema.
- Operaciones para aliviar síntomas perfectamente tolerables.
- Operaciones que han perdido actualidad y son obsoletas o que se han desacreditado.
- Operaciones con poca justificación clínica, que solo buscan el beneficio personal del médico (29).

Así, la preocupación fundamental y asentado en todos los códigos de ética médica y de todas las épocas, es el de evitar hasta lo humanamente posible, la indicación de estudios, procedimientos terapéuticos y sobre todo actos intervencionista o cirugías, que puedan ser calificados como servicios innecesarios, para lo cual es importante mencionar que en cirugía lo innecesario tiene que meditarse y considerar algunas situaciones.

1. Innecesario no significa siempre no beneficio al cien por ciento
2. Tampoco implica siempre maleficencia al cien por ciento
3. Innecesario no siempre es igual a innecesario al cien por ciento
4. No implica siempre intención mercenaria
5. Excepcionalmente implica un acto doloso
6. Innecesario para unos cirujanos pero no para otros
7. Lo innecesario de un tipo de cirugía hoy, pudo ser necesario ayer e incluso mañana
8. Lo innecesario de un tipo de cirugía puede ser al cien por ciento para una institución pero no para otra
9. Lo innecesario puede ser para una cultura al cien por ciento, y cero por ciento para otra
10. Lo innecesario por insuficiencia en el actuar, por no actuar y por exceso (34)

### **Proceso de Certificación / Recertificación.**

Este concepto al ser aplicado a los médicos especialistas, es uno de los logros más importantes que la profesión médica ha diseñado, perfeccionado y puesto en práctica con el fin de garantizar a los usuarios de los servicios médicos la competencia de los que atienden los problemas relacionados con la salud. Al certificar a un médico especialista, se está afirmando y se está dando por cierto que tiene los conocimientos necesarios y las habilidades indispensables dentro de su área de competencia, que ha obtenido por medio de una preparación cuidadosa y amplia en los campos de sus respectivas disciplinas. Al realizar ésta, se está garantizando a la sociedad que el médico que ha cumplido con

este requisito, está capacitado y es competente en su especialidad y por lo tanto es diferente a cualquier otro que no se hubiera presentado a esta evaluación, promoviendo de esta manera, la confianza en el médico y en las instituciones de salud, que exigen a todos los que integran su grupo de trabajo, haberse presentado y aprobado el examen de certificación (35).

La certificación de los cirujanos generales cumple la función de garantizar a la Sociedad que se cumplan los estándares técnicos y éticos que los propios pares han definido para la atención médica de primer contacto (36).

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento Interno del Consejo Mexicano de Cirugía General, el proceso de certificación y recertificación se dicta de la siguiente manera (15):

*Comité de revisión de expedientes para la certificación.*

El comité será el encargado de revisar la documentación de todos los cirujanos generales que soliciten su certificación.

Los integrantes del comité determinarán que el candidato puede presentar la primera parte del examen de certificación.

Para presentar la segunda parte del examen de certificación será indispensable haber aprobado la primera parte.

*Comité de exámenes.*

El Comité será el encargado de la elaboración, revisión, aplicación, calificación y análisis de resultados en lo que a exámenes de certificación y recertificación se refiere, lo cual se hará en conjunto con el o los asesores académicos.

Este examen constará de dos partes; la primera de ellas será escrita, la segunda parte será oral.

El examen de certificación en su primera parte estará integrado con preguntas sobre conocimientos generales y específicos de la especialidad, así como de casos clínicos y las respuestas serán de opción múltiple.

Los resultados serán expresados en números totales y en porcentajes de acierto por cada área para llegar al número mínimo de aciertos que llevará a una calificación final que se denominará **ACREDITADO** o **NO ACREDITADO**, y para lograr lo primero se necesitará haber tenido un mínimo de aciertos correspondiente al 60% del total de éstos.

Todos los candidatos aprobados en la parte escrita del examen tendrán derecho a presentar la parte oral del examen de certificación.

Una vez terminada la parte oral, él o los asesores académicos sumarán las calificaciones y se harán los cómputos finales para entregar al aspirante la calificación definitiva.

Será indispensable que el aspirante apruebe los dos casos clínicos con una calificación mínima de 60 para resultar **ACREDITADO**.

Cuando la sumatoria sea menor a 60 o no apruebe alguno de los dos casos clínicos se entregará al aspirante el resultado de **NO ACREDITADO**.

La validez de la certificación tendrá una duración de 5 años y al final de este lapso se tiene la obligación de realizar la recertificación.

#### Comité de recertificación.

La primera recertificación se deberá efectuar a los 5 años de la certificación y sucesivamente cada 5 años.

*Para la recertificación por puntos.*

Se deberán reunir un mínimo de 75 puntos por actividades.

*Para la recertificación por examen.*

El examen se realizará a los asociados que lo soliciten, o a aquellos que no alcanzan la puntuación necesaria para realizarse por calificación curricular

Para poder presentar el examen de recertificación será necesario que el asociado cuente con por lo menos 40 puntos de actividades curriculares.

Para poder obtener la recertificación por examen será necesario obtener una calificación mínima aprobatoria que corresponderá al 60% del total de preguntas realizadas.

En caso de haberse obtenido la recertificación por cualquiera de las opciones, se le enviará al asociado por mensajería la credencial y el diploma correspondiente otorgado conjuntamente por el Consejo y el CONACEM.

### **Calidad de la atención médica y satisfacción del paciente quirúrgico**

Según el modelo de calidad de Danobedian, la estructura de los servicios de salud influye en los procesos de atención y esto, a su vez, repercute en los resultados. Aunque estos representan la medida más importante del rendimiento del sistema de salud, los resultados adversos como mortalidad pueden no ser lo bastante frecuentes para proporcionar información útil sobre la calidad de atención en un determinado servicio dentro de una institución de salud.

De tal manera, es necesario recurrir a instrumentos más sensibles que evalúen los procesos de atención de los servicios de salud, dado que facilitarían la valoración de nuevas intervenciones para mejorar la calidad de la atención hospitalaria y permitirán que los médicos cuantifiquen y adopten las medidas necesarias para corregir deficiencias en los servicios de salud (16).

Para poder medir la efectividad de los servicios de salud en el ámbito de la gestión sanitaria se han empleado distintos tipos de indicadores; entre los principales se encuentran la satisfacción de los usuarios.

En el ámbito de la gestión sanitaria se emplean distintos tipos de indicadores para medir la efectividad, entre los que se encuentra la satisfacción de los usuarios. La opinión de los usuarios, en este caso del paciente, acerca de la atención recibida, así como los datos que puede facilitar sobre todo el proceso, son de gran importancia para la evaluación de todo programa y su mejora de calidad. De hecho, todos los modelos de gestión de la calidad incorporan de una u otra manera esta perspectiva, dada su importancia para recoger información más completa.

Una de las principales estrategias más empleadas y conocidas para poder llevar a cabo una evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud son las encuestas.

Existen diversos cuestionarios específicos que se emplean para evaluar la satisfacción de los pacientes en el área de hospitalización, elaborados en distintos países, entre ellos España y Estados Unidos. En cada uno de ellos los enfoques teóricos manejados son diversos, así como las estrategias empleadas para construirlos. Cada uno de los cuales han sido evaluados haciendo hincapié tanto en la metodología utilizada como en la valoración de sus características psicométricas (17).

De acuerdo a diversos estudios realizados en los cuales se determina el grado de satisfacción del usuario, en este caso del paciente, se establece que los parámetros que mas comúnmente se asocian con altos niveles y estándares de satisfacción son la comunicación, la información, el trato digno personal, la organización y la asistencia.



Variables independientes que al igual pueden determinar la satisfacción son la edad y el género de las personas encuestadas. Una posible explicación a este hecho podría ser que las personas de mayor edad se sienten más satisfechas debido a un mayor deseo de no molestar y un mayor sentimiento de impotencia. Con respecto al estado de salud, las personas que padecen depresión u otras alteraciones en su salud mental presentan índices menores de satisfacción (18).

También existen aspectos sobre los cuales se considera que son valorados en menor grado como lo son la información recibida, la comunicación y el hecho de que no se le escucha al paciente lo suficiente como el lo deseara; lo anterior es relativo ya que sabemos que el tiempo que se dedica a cada paciente no siempre puede extenderse al máximo, por la alta demanda de los servicios de salud.

La calidad asistencial tiene 2 componentes:

1. La calidad intrínseca o también conocida como calidad científico-técnica; es la que mide y evalúa la resolución de un problema determinado.
2. La calidad percibida o extrínseca, la cual mide la satisfacción de los usuarios respecto a la percepción del servicio recibido, teniendo en cuenta sus expectativas previas.

De acuerdo con lo que establece Donabedian, el valor último de la calidad es la efectividad del cuidado en lograr y producir salud y satisfacción, considerando que si los pacientes se sienten insatisfechos, el cuidado, aunque sea de alta calidad, no es el ideal del consumidor al no haberse sentido satisfechos. De la misma manera como lo estableció la OMS en su concepto de salud como un estado de bienestar físico, psíquico y social, incluyendo la valoración de la satisfacción del paciente como una herramienta en la valoración del bienestar.

Se ha observado que sólo el 10% de los estudios que evalúan la satisfacción del paciente son utilizados como indicadores de calidad asistencial, y en su mayoría son estudios realizados por las unidades del usuario o por la administración del hospital.

Los resultados más relevantes acerca de la satisfacción de los pacientes muestran que la buena comunicación, la información, la empatía, la apariencia de los cuidados y la capacidad técnica son fuertes predictores de la evaluación del cuidado recibido; además, los pacientes que han participado en las decisiones con respecto a su proceso están mucho más satisfechos (19).

Para evaluar y estudiar la satisfacción de los pacientes se han empleado como instrumentos de medida la escala general de satisfacción con la hospitalización (SGEM) y el cuestionario de expectativas de los pacientes (CEP).

*La escala SGEM* de satisfacción general, basada en el trabajo de Meterlo y un su versión española de Cabrero, tiene una puntuación que en total suma 49 puntos (muy mala satisfacción) a 7 (satisfacción excelente), consta de 7 ítems con formulación neutra o positiva y valora los contenidos de satisfacción general, satisfacción con la información, satisfacción con la atención médica, satisfacción con los cuidados de enfermería y satisfacción con la dimensión ambiental de la hospitalización.

El cuestionario de expectativas de los pacientes CEP fue elaborado a partir de los trabajos de Abramowitz. Es un breve cuestionario de 5 ítems, que al igual que el anterior evalúa de manera neutra o positiva, que recoge información sobre las expectativas cumplidas de los pacientes en 5 dimensiones de la hospitalización: la hospitalización global, la atención médica, la atención de enfermería, la información recibida y la dimensión ambiental de la hospitalización. Cada ítem tiene las mismas 5 alternativas de respuesta, con un rango de resultados posibles de 5 a 25 puntos.

Existe otra escala que mide el grado de satisfacción del paciente en lo que respecta a los cuidados del servicio de enfermería; es la denominada escala LOPPS 12. La escala evalúa 12 ítems con formulación negativa y positiva que describen las conductas y el comportamiento del servicio correspondiente. Cada uno de los enunciados es seguido por una escala de 7 puntos, desde totalmente de acuerdo (1) hasta totalmente en desacuerdo (7). La puntuación máxima es de 84, y la mínima, de 12 (cuanto más baja es la puntuación, mayor es la satisfacción).

Se recomienda que todas las encuestas se apliquen el último día de hospitalización, antes del alta del paciente (21).

### **Características, actitudes socioculturales de los pacientes frente al proceso Salud – Enfermedad y determinantes sociales del mismo.**

Desde el siglo XVII la aproximación médica a la enfermedad consistía en entender y tratar a ésta, siendo el mecanismo postulado el de depositar un agente etiológico específico, describiendo las reacciones fisiológicas que ocurrían en el organismo y los problemas creados por dicho agente, posterior a lo cual se utilizaba un procedimiento específico con el fin de detener el proceso iniciado. De lo anterior se deriva que la profesión médica percibe la salud en gran medida como la evitación de enfermedades específicas.

A pesar de que el interés en las interacciones conducta-salud-enfermedad es tan antiguo como la práctica de la medicina, es importante aclarar la diferencia entre esta área y las otras que parecen afines.

La medicina psicosomática está interesada principalmente en la interacción entre variables fisiológicas y psicosociales en la enfermedad, es decir, las emociones y la enfermedad así como su etiología, obviamente haciendo uso del

modelo médico ya mencionado, lo cual da énfasis a un modelo biopsicosocial(22).

El modelo más aceptado es el modelo biopsicosocial así llamado por Engel (1980), que se basa en el entendimiento de qué factores psicológicos, sociales y biológicos intervienen no sólo en la enfermedad, sino también en su recuperación y en la promoción de la salud.

El paciente, en estado de enfermedad, se enfrenta a un mundo hasta entonces desconocido y negado. Todo individuo cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad que el médico debe considerar. Diversos factores pueden intervenir en este tipo de reacciones, entre los que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia y los amigos, el hospital y la personalidad del médico y demás profesionales de la salud.

**PERSONALIDAD.** Los mecanismos de defensa que el individuo utilizara toda vez que sufra una enfermedad, se verán influenciados por la personalidad del paciente. Por ejemplo, las personas dependientes emplearán la regresión a estadios precoces del desarrollo, mientras que los que son independientes negarán la gravedad de su patología, enfrentándola con desconocimiento. Varios estudios han de mostrado que un 10 % de los enfermos de servicios médicos y quirúrgicos tiene algún tipo de trastorno de la personalidad. En estos casos suele prolongarse la estancia media o surgen conflictos por demandas en excesivo exigentes o extemporáneas y se deteriora la relación médico-paciente.

**EDAD.** Se ha visto que el paciente entre mas joven tiene un riesgo mayo de reaccionar ante una enfermedad con resentimiento o incredulidad, buscando diferentes opiniones con la esperanza de que el diagnóstico original fuese una equivocación, a diferencia del paciente de edad avanzada quien generalmente acepta mejor sus problemas médicos.

TIPO DE ENFERMEDAD. Las cardiopatías producen mucha ansiedad y el miedo ante la muerte es constante. Las neumopatías producen un estado de ansiedad agudo que se resuelve cuando la situación revierte. Los padecimientos oncológicos producen miedo. Las enfermedades crónicas degenerativas producen diversas respuestas que van desde su aceptación hasta su negación, rechazando el tratamiento (23).

En una población, tanto el nivel de salud como de enfermedad depende en gran medida del desarrollo económico, de los avances científico - médicos y de la prestación de la atención sanitaria; sin embargo, a pesar de que vivimos actualmente una época de importancia y trascendencia económica y médicamente hablando, las desigualdades de los individuos en salud y atención sanitaria van aumentando paulatinamente, y se produce principalmente a importantes determinantes sociales que conllevan una mala salud entre los que podemos mencionar: el tipo de trabajo desempeñado, el entorno ambiental en que se vive, la exclusión social, la situación económica, entre otros.

Black, en su informe de 1980, concluye que hay diferencias en el nivel de salud entre las clases sociales y establece que el individuo de nivel socioeconómico superior está más sano y vive más tiempo que las personas que pertenecen a grupos inferiores; aunado a esto postuló que las mayores diferencias se encontraban en la mortalidad infantil y en los individuos con menos recursos económicos (24).

La base del conocimiento médico se basa en la ciencia. La investigación científica es la fuente que suministra al médico los métodos y técnicas para la protección de la salud y medios para luchar contra la enfermedad. A pesar de esto, el conocimiento científico solo no basta. El desarrollo de la medicina ya se ha logrado lo suficiente como para dar al médico los medios necesario para la práctica de la medicina preventiva a gran escala lo cual debe de ser el objetivo en la medicina actual, destruyendo la barrera entre la prevención y curación y

evitando que el médico dependa económicamente de sus pacientes explotando la enfermedad (25).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La complejidad creciente del mundo de la medicina ha hecho que, en nuestros días, exista una confusión de base entre una ética de la práctica médica, entendida como la ética inherente al ejercicio de nuestra profesión en condiciones de responsabilidad moral, y una ética, de conocimiento mucho más amplio, que se orienta a dilucidar los problemas de la medicina entendida como campo aplicativo de la biología humana.

Un problema central, de definición, es la delimitación del objeto de la ética profesional médica. En las últimas décadas la educación médica de posgrado ha sido objeto de un intenso análisis por la sociedad y la comunidad médica, debido a la particular tensión que ocurre durante el entrenamiento del profesional de la salud y las diferentes fuerzas del entorno que impactan su conducta y toma de decisiones en la práctica clínica.

La sociedad ha externado cada vez con mayor frecuencia una profunda preocupación por la conducta de los médicos que percibe como poco profesional, y la comunidad médica ha planteado diversas estrategias para enfrentar estas deficiencias en la formación de los médicos. En los últimos años la más importante de estas estrategias ha sido el reconocer la necesidad de que los conceptos relevantes del profesionalismo médico deben incluirse de una manera explícita en el proceso educativo de las escuelas de medicina, el posgrado y el desarrollo profesional continuo.

Como lo comentamos anteriormente el profesional que se desarrolla en el ámbito de la Salud, concretamente hablando del Cirujano, debe ejercer actualmente su profesión bajo códigos de ética de acuerdo a la institución en la que se establezca y más aún si ejerce de manera individual. Es menester retomar aquellos valores que con el advenimiento de las nuevas tecnologías y

los nuevos avances científicos en el campo de la Medicina han ido en detrimento lo que conlleva a una pobre práctica profesional.

Por lo anteriormente comentado debemos plantearnos si el Cirujano actualmente ejerce de manera responsable y profesional su actividad diaria en la práctica médica, ejercitando los valores morales de responsabilidad, trato digno, respeto, beneficencia, no maleficencia.



## **JUSTIFICACION**

Evidentemente vivimos una crisis respecto al tema de la ética médica, hablando en específico en Cirugía, lo cual nos obliga a tomar las medidas necesarias respecto a esta situación, a hacernos responsables sobre nuestros actos, a reflexionar y enriquecer los contenidos de nuestra ética profesional y de esta manera contribuir al mantenimiento de una práctica médica en el nivel de beneficiante y promotora del desarrollo moral de los seres humanos, de los pacientes.

En el ejercicio actual de la profesión médica, se incluyen todas aquellas actividades dirigidas a curar las enfermedades, controlarlas cuando no pueden curarse, aliviar el dolor del paciente y ofrecer consuelo cuando nada de lo anterior puede lograrse. El resto de los demás deberes y quehaceres del médico actual que tiene que cumplir rebasa el campo estricto de la medicina, al introducirse en el correspondiente a una ética de las ciencias biológicas al estudio del ser humano.

La Cirugía como profesión se transforma en una forma de vida que se rige a través de los valores morales, concibiéndose de esta manera como una vocación y no como una simple ocupación. Hoy en día el ejercicio de la Cirugía ha incrementado su “profesionalismo experto” en detrimento de su carácter como “profesión con compromiso social”. Es relevante y trascendental que para devolver a la Cirugía su vocación distintiva se deban integrar conocimientos, habilidades, actitudes y valores para favorecer el impulso del profesionalismo del médico en formación, alcanzando de esta manera el fortalecimiento de la relación médico-paciente y la disminución en la incidencia de conflictos legales relacionados con el quehacer médico.

La ideología de que existe una buena relación médico paciente, cada vez se aparte mas de la realidad, en la cual el paciente puede llegar a ser el enemigo

esencial del médico al encarnar un papel social de desenmascarador de agravios, de manera que orilla al establecimiento de modelos contractuales de relación entre ambos, en los que la medicina se torna necesariamente en defensiva y poco inclinada a ver por el beneficio del paciente y, en cambio, cada vez más cercana a la salvaguarda de los intereses pecuniarios de ambas partes.

En las sociedades contemporáneas las profesiones ocupan una posición singular no equiparable en ninguna época de la historia, y la medicina en particular ha tenido una relación con la sociedad que ha sido cambiante y ha tenido diversas aristas. El funcionamiento de la sociedad depende de manera importante de la acción de los profesionales para la aplicación de la ciencia y el aprendizaje relacionados con cada una de ellas. Un médico profesional no debe ser considerado como alguien que está únicamente interesado en buscar su beneficio personal, sino más bien en prestar un servicio a sus pacientes o contribuir al avance de la ciencia; este concepto resulta difícil de asimilar en los tiempos actuales en donde el egoísmo en ocasiones predomina sobre el altruismo en los seres humanos que ejercen las diversas profesiones.

## **HIPOTESIS**

El correcto ejercicio profesional y responsable del Cirujano puede determinarse de acuerdo con la calidad en la atención recibida por parte del paciente, así como la satisfacción por el mismo.

Puede establecerse si el Cirujano actual y en formación cumple con los valores que se requieren para el ejercicio actual de la Cirugía, lo cual puede analizarse con el grado de atención recibida y el trato digno por parte del personal hacia los pacientes.

## **OBJETIVOS GENERALES**

Evaluar la responsabilidad profesional en el servicio de Cirugía General y el buen actuar de los médicos adscritos a ese servicio en el Hospital de Concentración Satélite ISSEMyM conforme a sus actividades y relación con el derechohabiente.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Determinar si el profesional en Cirugía General cumple con los principios y estándares establecidos para el ejercicio correcto de su especialidad.

Determinar si el médico especialista en Cirugía General brinda atención de calidad a los usuarios de los servicios de salud de nuestro hospital.

Determinar si a través de la atención brinda por el Especialista el paciente considera que ha recibido una atención adecuada y ha recibido la información clara, precisa y suficiente acerca de su enfermedad y de cómo puede verse afectado por la misma.

## **MÉTODO**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó una investigación biblio-hemerográfica. Es un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal.

### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Se utilizó una encuesta (Anexo 1) y se aplicó a los pacientes hospitalizados pertenecientes al servicio de Cirugía General del Hospital de Concentración Satélite ISSEMyM el día en que fueron egresados de nuestro servicio durante el periodo de Octubre de 2010 a Septiembre de 2012. Una vez obtenidos los datos de las encuestas se procedió a analizar los resultados.

El cuestionario consta de 20 preguntas con opción de respuesta SI/NO. Se obtuvieron y recabaron las respuestas, ordenando la información en hoja de cálculo para su organización y elaboración de gráficos para codificar los resultados y analizar los mismos.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes derechohabientes del ISSEMyM.
- Pacientes del sexo masculino y femenino que se encontraron hospitalizados en el servicio de Cirugía General.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes con evento quirúrgico electivo.

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no se encontraban a cargo del servicio de Cirugía General.
- Pacientes a cargo del servicio de Cirugía General pero que se encontraban hospitalizados en el servicio de urgencias.
- Pacientes hospitalizados en el servicio de Cirugía General pero que se encontraban a cargo de una subespecialidad quirúrgica.

## CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no aceptaron responder el cuestionario y/o encuesta.
- Pacientes que no llenaron adecuadamente el formato de las encuestas o que éstas fueron llenadas de manera incompleta.

## UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes ingresados en el servicio de Cirugía General que fueron sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital de Concentración Satélite ISSEMyM

## LÍMITE Y ESPACIO

Se realizó en el Hospital de Concentración Satélite ISSEMyM, durante el periodo de tiempo comprendido de Octubre de 2010 a Septiembre de 2012.

## CRONOGRAMA

- *Primer Año 2009 – 2010*

|                          | Actividades |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|--------------------------|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|                          | MAR         | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB |
| Elaboración de Protocolo | X           | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |
| Elaboración de material  |             |     |     |     |     | x   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |

- Segundo Año 2010 – 2011

| Actividades                    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|--------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|                                | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB |
| Elaboración de Protocolo       | X   | X   | X   | X   | X   |     |     |     |     |     |     |     |
| Elaboración de Material        |     |     |     |     |     | X   | X   | X   | X   | X   | X   | x   |
| Recolección de datos           |     |     |     |     |     |     |     | X   | X   | X   | X   | X   |
| Registro de Protocolo e Tesis  |     |     |     |     | X   | X   |     |     |     |     |     |     |
| Tabulación y Análisis de datos |     |     |     |     |     |     |     | X   | X   | X   | X   | X   |

- Tercer Año 2011 – 2012

| Actividades          |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|                      | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB |
| Recolección de datos | x   | x   | x   | x   | x   | x   | x   | X   | X   | X   | X   | X   |
| Tabulación de datos  | x   | x   | x   | x   | x   | x   | x   | x   | x   | x   | x   | X   |
| Análisis de datos    | X   | X   | X   | X   | X   | x   | x   | x   | x   | x   | x   | x   |

- Cuarto Año 2012 - 2013

| Actividades                  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|                              | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB |
| Recolección de datos         | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   |     |     |     |     |     |
| Análisis de datos            | x   | x   | x   | x   | x   | x   | x   | x   | x   |     |     |     |
| Elaboración de Informe Final | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | X   | x   |
| Entrega de Tesis             |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | x   |

## INSTRUMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El cuestionario que se utilizó constó de 20 “ítems” a evaluar por cada uno de los pacientes, con opción de respuesta SI/NO debido a la formulación de las

preguntas (Anexo 1). Se realizó la encuesta a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión mencionados anteriormente.

## **DISEÑO DE ANÁLISIS**

Los resultados a las preguntas fueron tabulados y organizados en hojas de cálculo para la realización de gráficos y su posterior interpretación.

## **IMPLICACIONES ÉTICAS**

Para la realización de este trabajo se siguieron los lineamientos que La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado en la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. En los que menciona "El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber." La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica". Antes de realizar las encuestas se entregó una hoja de consentimiento informado, en la cual se explicó de forma verbal y escrita a cada paciente el tipo de investigación a realizar y su finalidad.

## **ORGANIZACIÓN**

E. en C.G. Enrique Gutiérrez Rohan

*Director de Tesis*

M.C. Ricardo Reynoso González

*Tesista*

## **PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO**

Todos los gastos empleados para el uso de materiales como papel, lápiz, plumas, computadora, internet e impresiones fueron cubiertos en su totalidad por el tesista.



## RESULTADOS

Se aplicó la encuesta a un total de 318 pacientes. Los resultados se muestran en cada uno de las siguientes gráficas. Cabe mencionar que ninguna pregunta del cuestionario obtuvo un 100% de una misma respuesta.

En la pregunta 1 el 79.56% de los pacientes consideraron que el médico tratante se encontraba siempre con disponibilidad hacia ellos, mientras que el 20.44% no opinaba lo mismo.

En la pregunta 2 podemos observar que el 76.73% de los encuestados discurrieron que el médico les daba la oportunidad para expresarse y hablar sobre su problema de salud, siendo un porcentaje menor (23.27%) que pensaron de manera opuesta.

Poco mas de 2/3 partes de los pacientes (63.84%) que contestaron la pregunta 3 pensaron que el médico los examinaba correctamente, y solo un tercio aproximadamente consideró que no era examinados de esa manera (36.16%).

El 81.45% de los pacientes encuestados creyeron que su médico fue muy cuidadoso para revisar todo cuando los pacientes eran examinados mientras que el 18.55% pensaron que el médico no actuaba con el mismo cuidado.

78.93% de los pacientes contestaron que el médico era muy comprensivo con ellos y solo el 21.07% contestaron que NO a esa pregunta.

Aproximadamente 9 de cada 10 pacientes (87.42%) en la pregunta 6 respondieron que el médico mostraba siempre interés hacia ellos y solo el 12.58% contestó que el doctor no mostraba ese interés. Lo anterior se correlaciona con la pregunta 7 en la cual el 80.82% de los pacientes

consideraron que el médico mostraba interés genuino en los problemas del enfermo.

Se obtuvo un alto porcentaje de respuestas positivas en la pregunta 8, en la que el médico realizaba los exámenes necesarios para encontrar cual es el problema (88.05% vs 11.95%). Al igual que lo comentado anteriormente la pregunta 9 se correlaciona con la anterior debido a que 88.99% de los enfermos respondieron que el médico SI hace todo necesario para llegar al diagnóstico.

En la pregunta 10, tres de cada cuatro pacientes pensaron que el doctor les explicaba claramente cual era el problema de salud antes de iniciar un tratamiento (74.84%), mientras que el 25.16% no compartían el mismo pensamiento.

Solo un poco mas de la mitad de los pacientes consideraron en la pregunta 11 que el médico Si les explicaba como la enfermedad afectaría su vida futura (57.55% vs 42.45%).

Respecto a la pregunta 12, del total de los 318 pacientes encuestados la mitad no se sentía presionado ante la presencia del médico mientras que la otra mitad si. (50.63% vs 49.37%).

En la pregunta 13 podemos observar que un poco mas de la mitad de los pacientes contestaron que su médico tratante no les preguntaba como se sentían respecto a su enfermedad y como les afectada a diario (52.52% vs 47.48%).

Podemos resaltar en la pregunta 14 que el 71.70% de los pacientes consideraron que no recibieron la información suficiente por parte del doctor, mientras que solo el 28.30% pensaron que habían recibido la información necesaria.

Solo un poco mas de la mitad de los pacientes encuestados se sintieron con confianza para discutir sus problemas de salud con su médico tratante (56.29% vs 43.71%).

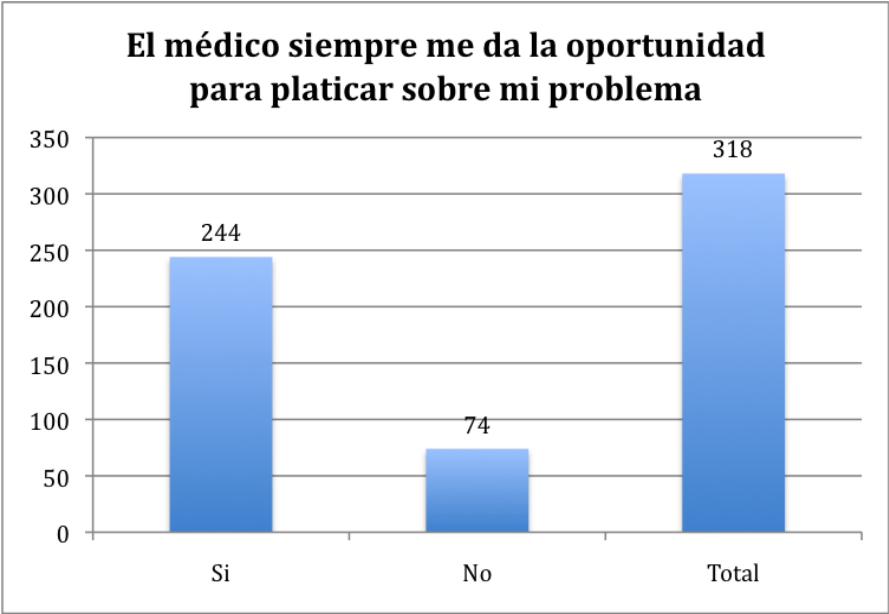
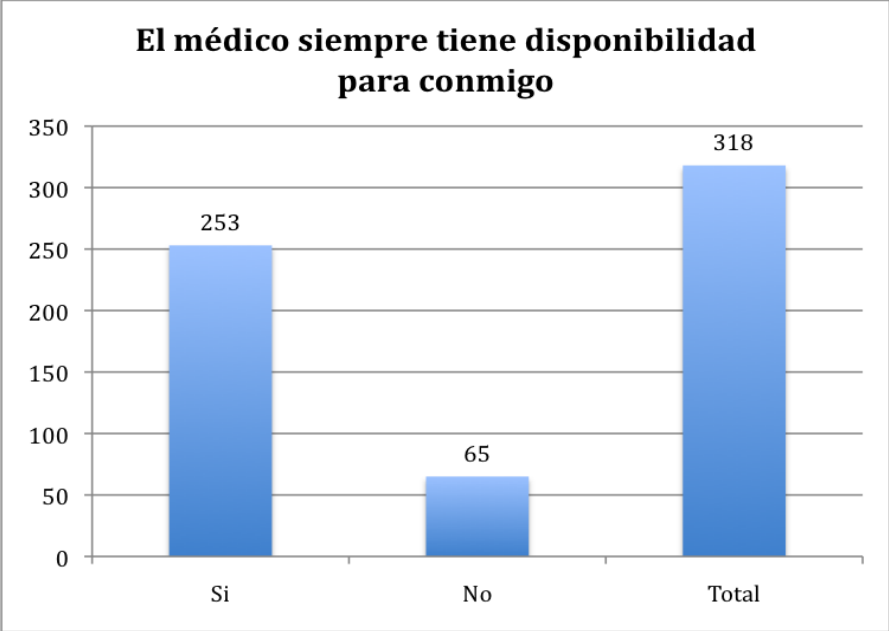
En la pregunta 16, observamos que cerca de tres de cada cuatro pacientes (76.42%) respondieron afirmativamente que sentían que le hacían perder el tiempo al médico y solo el 23.58% de los enfermos no consideraron la misma situación.

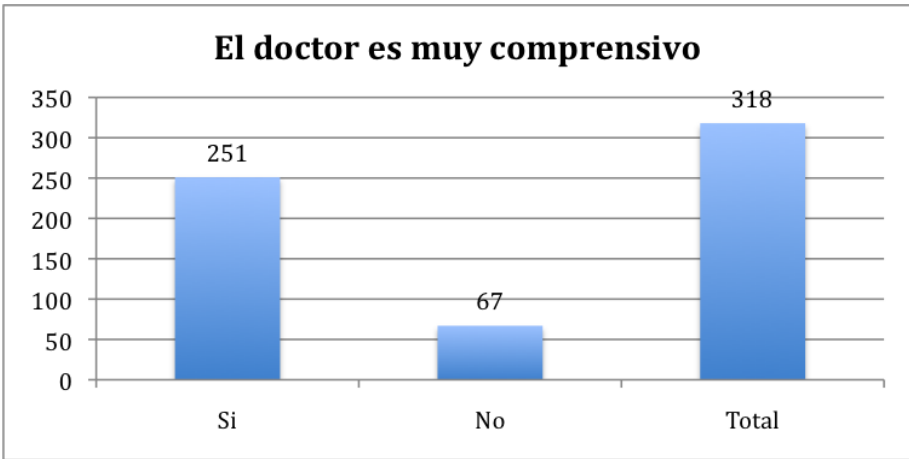
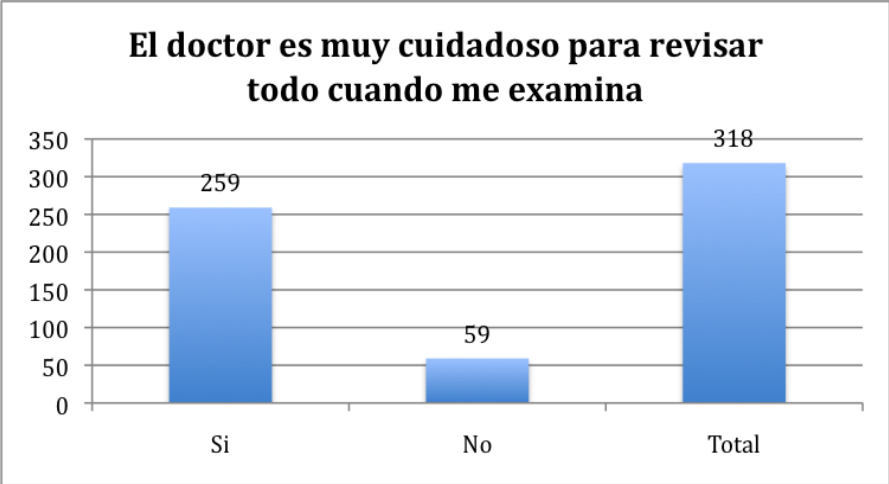
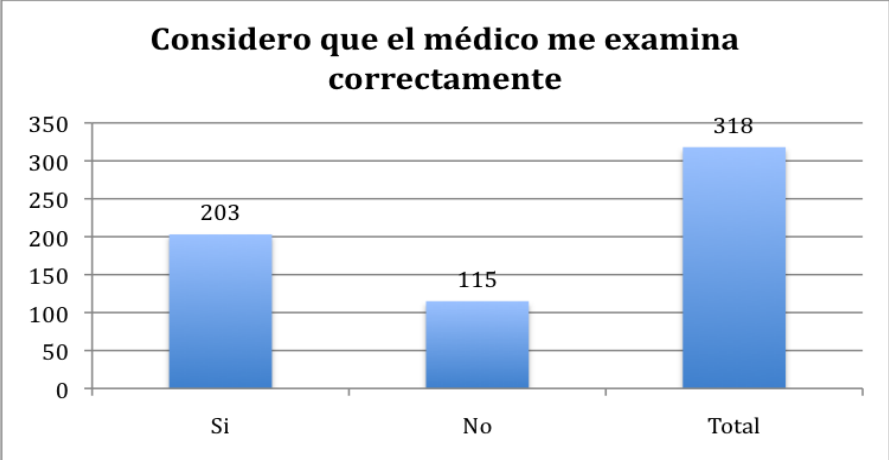
En la pregunta 17 encontramos resultado dividido respecto al sentir del paciente de que el médico parece querer deshacerse del paciente cuanto antes posible (50.94% con respuesta SI y 49.06% con respuesta NO).

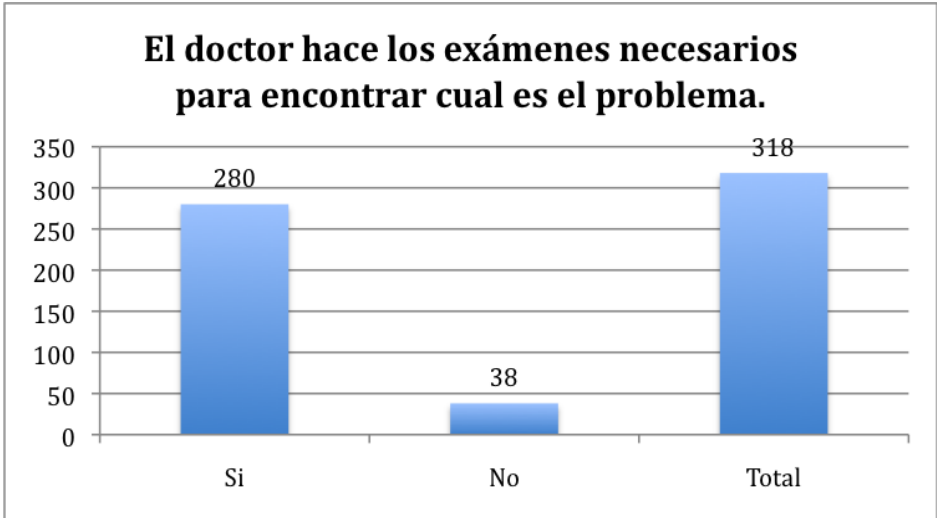
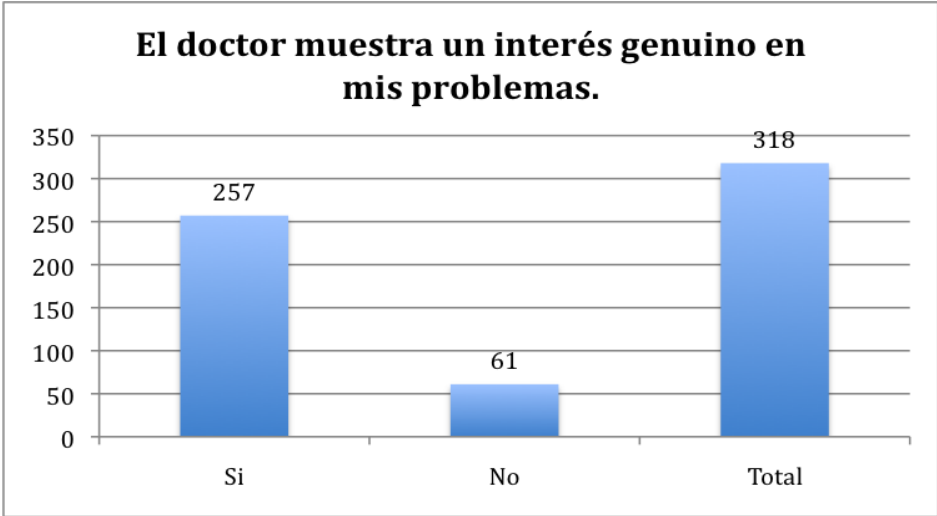
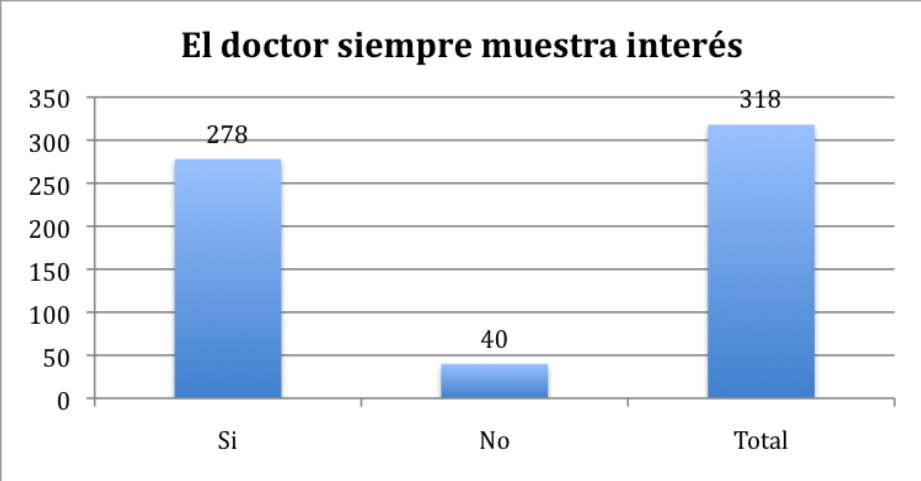
El 68.24% de los pacientes considera que el médico les informa lo suficiente acerca del tratamiento que están recibiendo mientras que el 31.76% considera lo contrario.

En la pregunta 19, de los 318 pacientes encuestados, 248 contestaron que el doctor sabe cuando los exámenes son necesarios mientras que 70 pacientes consideraron que el médico no sabía cuando pedir los exámenes.

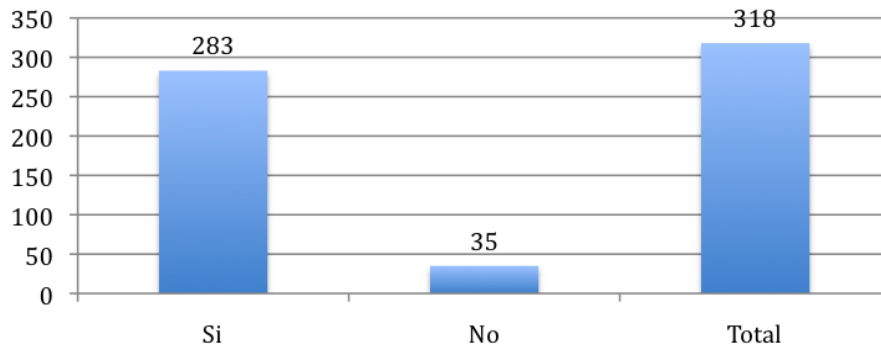
69.81% de lo pacientes en la pregunta 20 respondieron que SI al cuestionamiento de que el médico toma en cuenta que tan enfermo se siente su paciente y solo el 30.19% no consideraba la misma acción.



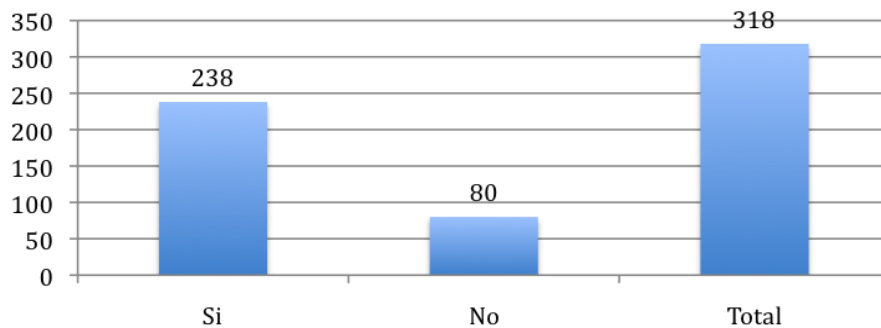




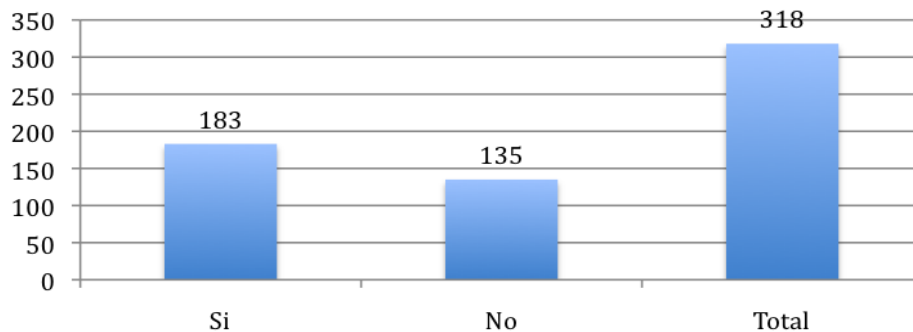
**El doctor hace todo lo necesario para llegar al diagnóstico.**



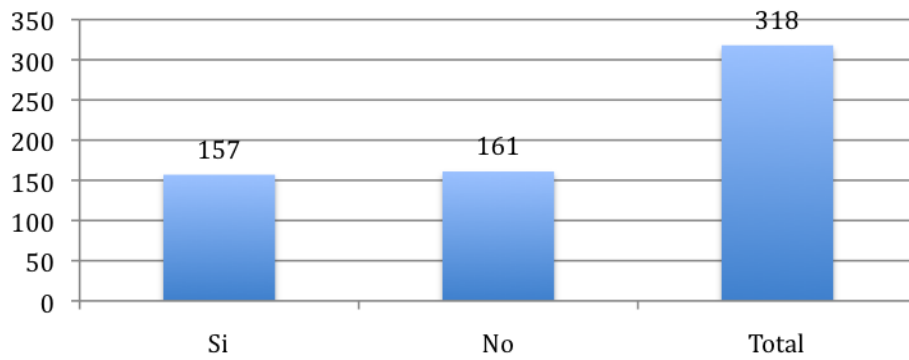
**El doctor me explica claramente cual es problema antes de iniciarme un tratamiento.**



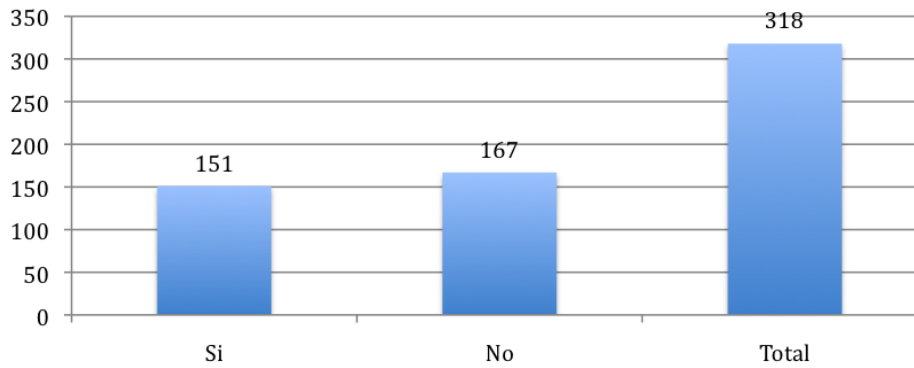
**El doctor me explica como la enfermedad me afectará en el futuro.**



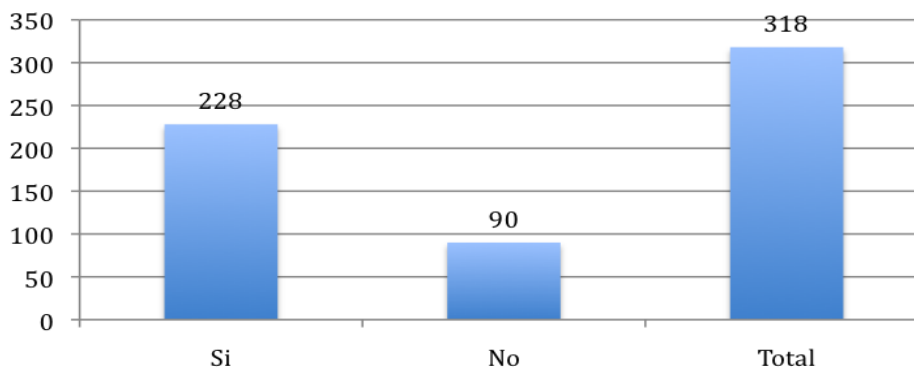
**Me siento presionado cuando estoy con un doctor.**



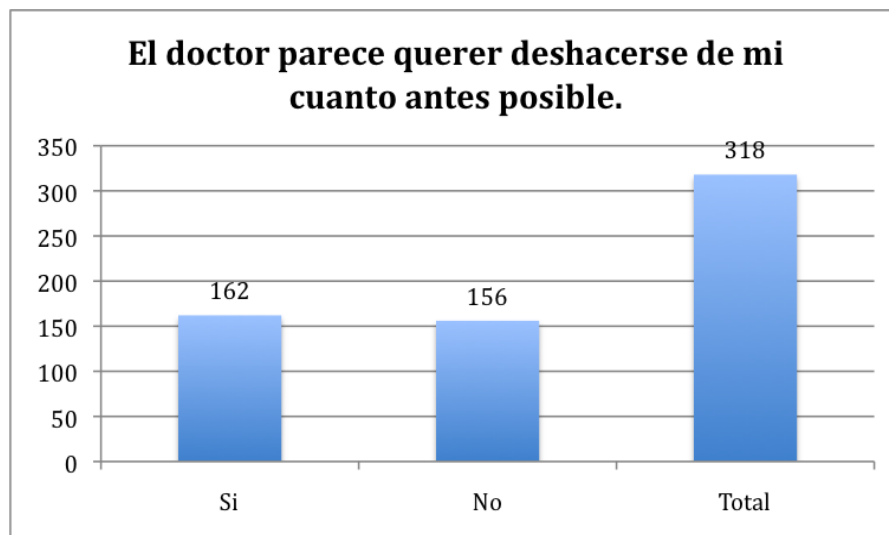
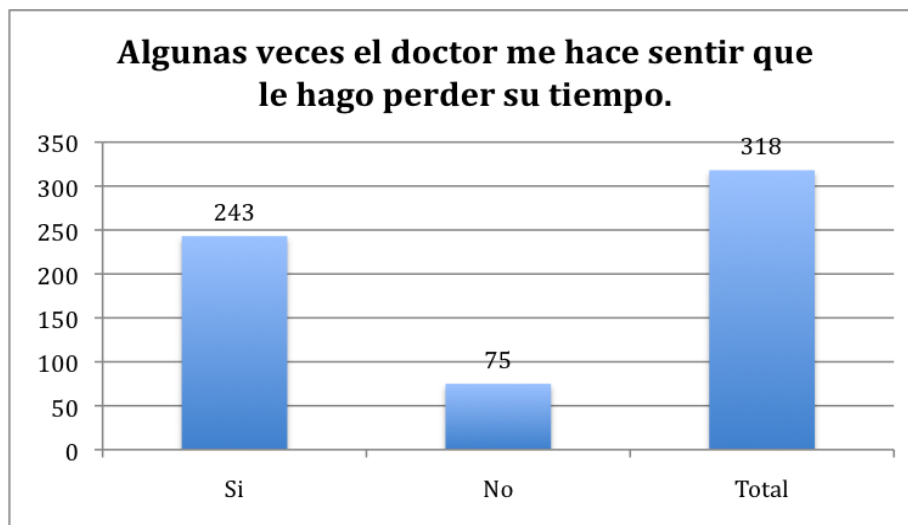
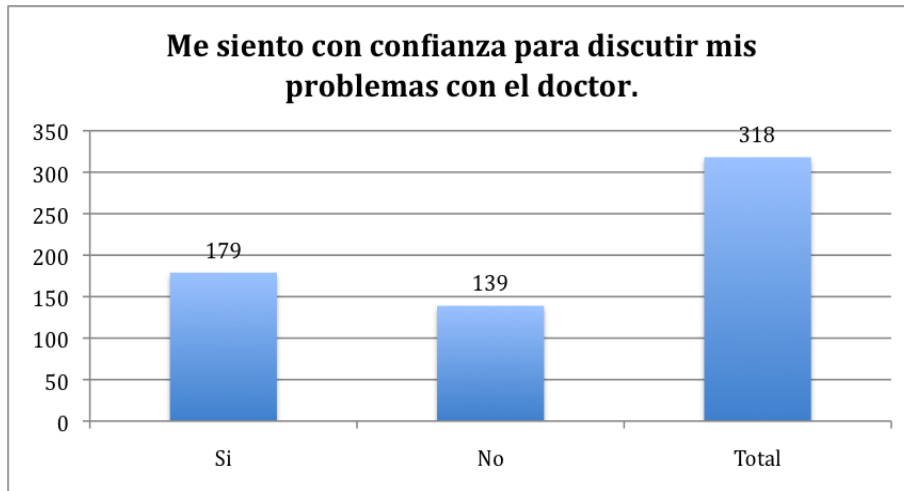
**El doctor siempre pregunta como mi enfermedad me afecta a diario.**

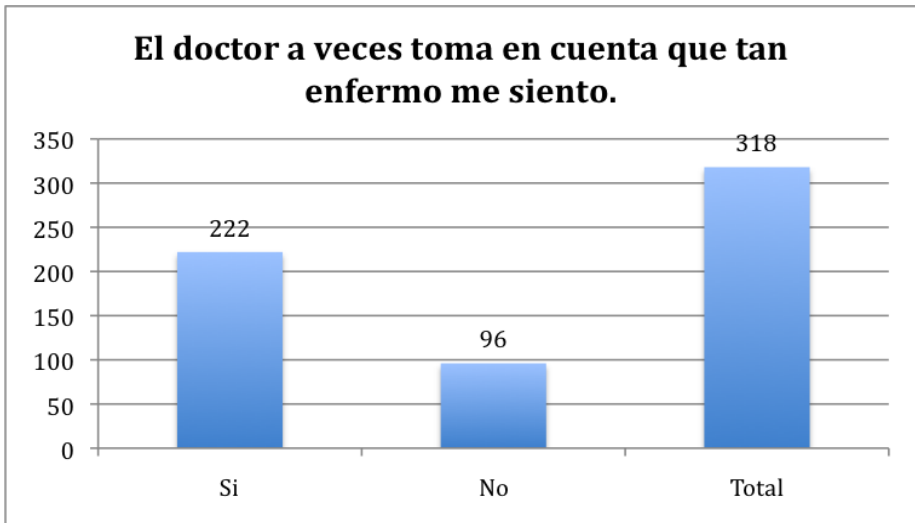
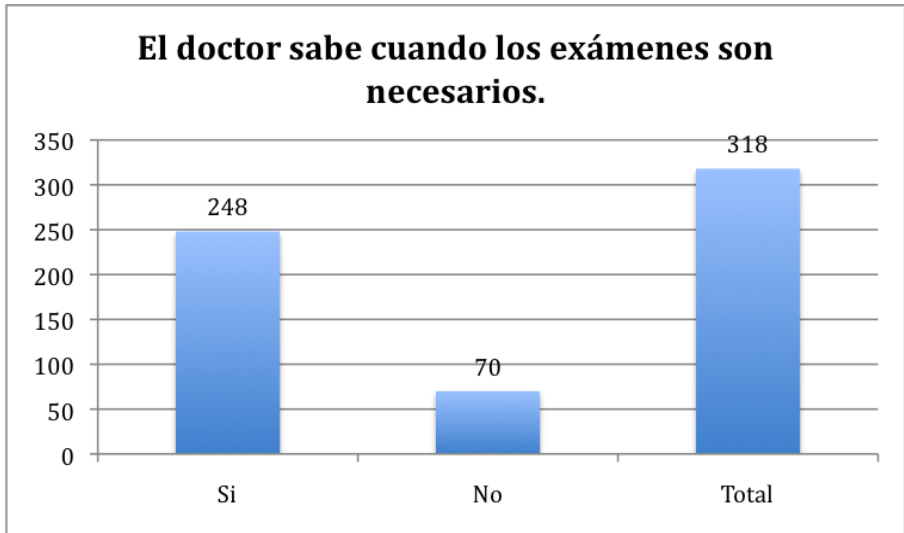
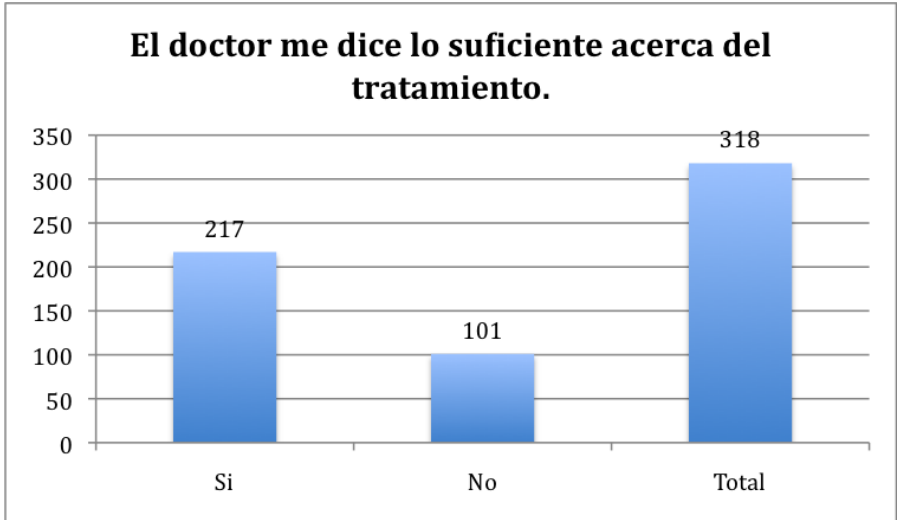


**Algunas veces siento que no he recibido la información suficiente por parte del doctor.**









## **CONCLUSIONES**

Los avances tecnológicos y la demanda de la sociedad como usuarios de servicios de salud han obligado a que surjan cambios en el desarrollo actual de la cirugía tanto en el aspecto científico y tecnológico como en la formación de futuros cirujanos; por lo tanto es imperativo que el Cirujano General se adhiera a los mas altos estándares vigentes de ética, códigos deontológicos y sistemas de calidad en salud.

La relación entre responsabilidad profesional en Cirugía y la calidad de la atención de los usuarios de los servicios de salud ha ido tomando importancia en las últimas décadas. Si bien, gran parte de la calidad en el servicio depende en gran medida de los recursos disponibles en las instituciones de salud, gubernamentales o privadas, un marcador medible y confiable es el desempeño y el desarrollo en el ámbito profesional que el Cirujano General realiza durante su formación y su ejercicio diario.

Este concepto de responsabilidad profesional conlleva una serie de parámetros que deben respetarse y ejercerse con los valores y principios bioéticos ya conocidos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Conforme la ciencia avanza, la comunidad médica se ha visto en la necesidad de crear organizaciones y asociaciones que regulen los aspectos éticos, deontológicos y profesionales para el correcto ejercicio de la profesión quirúrgico.

Actualmente ya no solo implica el hecho de estar a la vanguardia con el constante cambio en el conocimiento científico; hoy en día es menester que el Cirujano e incluso el médico especialista en formación se actualice y certifique por parte de las Asociaciones y/o Consejos de la especialidad con la finalidad de garantizar a los usuarios de lo servicios médicos la competencia de quienes atienden los problemas relacionados con la salud, específicamente con las

enfermedades relacionadas con la Cirugía. De esta manera se logrará que los especialistas cuenten con los conocimientos actuales y cumplan la normatividad en cuestión de calidad en atención a la salud.

Un aspecto importante y primordial en el ámbito de responsabilidad profesional en Cirugía es el permanecer pendiente de la evolución del paciente, apegarse a los códigos intrahospitalarios y brindar atención de la más alta calidad, informando riesgos, beneficios y posibles complicaciones de cualquier procedimiento a realizar. El Cirujano debe apoyarse y respaldarse legalmente con el uso del consentimiento bajo información para que de esta manera tenga protección médico legal y para contar con la autorización por parte del paciente ya sea para realizar algún tipo de procedimiento quirúrgico o para llevar a cabo una investigación o estudio clínico.

Al ejercer la Cirugía con responsabilidad y profesionalismo se garantiza la adecuada atención de los pacientes, la seguridad de los usuarios y el fortalecimiento de la relación médico paciente.

## **DISCUSIÓN**

Una adecuada gestión en lo que respecta a la calidad permite a los servicios de salud y unidades e instituciones que prestan dichos servicios planificar, controlar y mejorar sus actividades asistenciales. Acredita, por tanto, a los profesionales para la mejora continua de sus procesos clínicos.

En los distintos servicios de especialidades quirúrgicas que conforman nuestro ámbito hospitalario existe cada vez mas un interés variable por la gestión de la calidad y su medición; desde unos servicios en los que el único control existente se limita a la realización de sesiones clínicas y el análisis no sistemático de la información externa recibida sobre actividad, rendimiento de quirófano y consumo de estancias, hasta otros con mayor preocupación por la calidad en los que se han implantado protocolos, "guías clínicas", se realizan evaluaciones periódicas sobre temas clave a través de comités intrahospitalarios de infección, mortalidad, etc., se monitorizan y analizan indicadores relevantes y se recoge la opinión del paciente. Sin embargo, se precisa poner en práctica un sistema que permita la planificación y el desarrollo estructurados, según los criterios de la calidad total. Entre mas parámetros de gestión de calidad puedan medirse, mayor será el resultado y el beneficio tanto para los usuarios como para el personal.

Los sistemas de calidad pueden aplicarse para cualquier ámbito profesional y existen numerosas escalas, cuestionarios, métodos y programaras para evaluar la calidad de un determinado servicio. En lo que respecta a la Medicina y más específicamente al área de la Cirugía lo que más se ha empleado para evaluar la calidad del servicio de salud son cuestionarios y encuestas elaboradas y que en su mayoría se aplican el día previo al egreso del paciente o el mismo día que se da de alta. Hay sistemas que permiten la evaluación mediante reactivos de respuesta abierta y existen otros con respuesta SI/NO tal como la herramienta que empleamos en nuestro estudio.

Tres aspectos importantes a resaltar durante el análisis de los datos: 49.37% de los pacientes encuestados se sentían presionados ante la figura del médico; 42.45% consideraron que el médico no les explicó como la enfermedad los iba a afectar en su vida futura y el 49.06% contestó que el médico parecía querer deshacerse de ellos lo antes posible. Quizá estos resultados no son del todo significativos debido a que son mas un aspecto de apreciación el sentirse intimidados o presionados y a su vez pensar que su egreso sería lo antes posible.

Sin embargo también pudimos observar en el presente como la gran mayoría de los pacientes se encontraban satisfechos al responder positivamente cuando fueron cuestionados acerca de si el médico tratante presentaba disponibilidad para la atención del enfermo, siendo el porcentaje en esté parámetro de 79.56%, lo mismo sucede cuando podían expresar y hablar libremente sobre su problema de salud, 76.73%. También observamos altos porcentajes (81.45% y 78.93%) respecto a que el médico se mostraba cuidadoso al momento de examinar al enfermo y el dar una actitud de comprensión.

Todo lo anterior nos indica que las mediciones en la calidad de la atención de la salud no solo implican el realizar exitosamente un procedimiento quirúrgico y posteriormente egresar al paciente; el contexto de calidad va mas allá de eso ya que la satisfacción del paciente se ve reflejada desde el inicio de la atención, los procesos subsecuentes para llegar a un diagnóstico, ajustar un tratamiento o brindar la atención, interés mostrado y la presencia del médico al pendiente del enfermo. Todos estos factores influyen tanto positiva como negativamente y son totalmente controlados por el Cirujano quien al final será el único responsable de brindar con calidad o sin ella la atención médica al usuario.

## BIBLIOGRAFÍA

1. VIESCA, C. La ética médica y su problema actual. Seminario: El Ejercicio Actual de la Medicina. Facultad de Medicina de la UNAM.
2. GUARNER, V. Ética y Cirugía. Acta Médica Grupo Ángeles. Vol 5, No. 4, Dic 2007.
3. FERNANDO, G. La responsabilidad profesional en cirugía y sus implicaciones médico-legales. Rev Venez Cir
4. Ética y Cirugía para el tercer milenio. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 54, No. 2; 2002
5. LEOBARDO, C. Profesión y Profesionalismo en Medicina. Seminario: El Ejercicio Actual de la Medicina. Facultad de Medicina de la UNAM.
6. MARTINEZ, O. La Profesión. Fundamentos Profesionales. Universidad Tecnológica de Santiago. Facultad de Ingeniería.
7. Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. Acad Med 2000 Jun;75(6):612-6.
8. CRUESS, S. "Profession": A working definition for medical educators. Teaching and Learning in Medicine, 16(1), 74-76.
9. World Federation for Medical Education. Especificaciones Europeas para los Estándares Globales en Educación Médica. Educación Médica 2007; 10(3): 197
10. Profesionalismo médico en el nuevo milenio: Un estatuto para el ejercicio de la Medicina. Rev. méd. Chile 2003 Abr; 131(4): 457-460. Declaración conjunta de la Federación Europea de Medicina Interna, el American College of Physicians - American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM) y el American Board of Internal Medicine. Ann Intern Med 2002; 136: 243-6.
11. Profesionalismo. Conceptos. Escuela de Medicina del ITESM. <http://dcs.mty.itesm.mx/educacion/profesionalismo/conceptos.php>
12. American Board of Internal Medicine. Project Professionalism. ABIM Committee on Evaluation of Clinical Competence. Philadelphia. 2001
13. FERNANDO, G. La responsabilidad profesional en cirugía y sus implicaciones médico-legales. Rev Venez Cir

14. AGUIRRE, H. ETICA MÉDICA. CONSENTIMIENTO INFORMADO. SEMINARIO DE ETICA. FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM.
15. Consejo Mexicano de Cirugía General. Reglamento Interno. Capítulos 1 al 3. <http://www.cmcgac.org.mx/reglamento.html>
16. MADAM, D. et al. A new implicit review instrument for measuring quality of care delivered to pediatric patients in the emergency department. BMC Emergency Medicine 2007, 7:13
17. GONZALEZ, N. Gac Sanit v.22 n.3 Barcelona mayo/jun. 2008
18. Pujula, J. La satisfacción de los pacientes como indicador de calidad asistencial. Enferm Clin. 2006;16(1):19-26.
19. García FP, Pancorbo PL, Rodríguez MC, Rodríguez MA, Alcázar M, Pereira F. Satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria en dos hospitales comarcales. Enferm Clin. 2002;12:201-9.
20. ACGME Outcome Project. Advancing Education in Medical Professionalism. 2004.
21. CABRERO, J. Satisfacción del paciente hospitalizado y recién dado de alta. Enfermería Clínica, Vol 5, Num 5, 1995.
22. REYNOSO, L. SELIGSON, I. Psicología Clínica de la Salud. Un enfoque conductual. Manual Moderno. México 2005.
23. RUBIO, J.L. Psicología Médica. Aspectos psicológicos del paciente frente a la enfermedad. 1996
24. BLEDA J. Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. Asociación Castellano Manchega de Sociología. Premio Fermín Caballero de ensayo corto en ciencias sociales. 2005.
25. SINGERIST, H. Historia y Sociología de la Medicina. Universidad Nacional de Colombia, 2007.
26. GROGAN, S. Development of a questionnaire to measure patients' satisfaction with general practitioners' services. British Journal of Medical Practice, 1995, 45, 525-529.
27. GUARNER, V. Las operaciones innecesarias en el ejercicio de la Cirugía. Un tema de nuestro tiempo con graves implicaciones en la ética médica. Gac Méd Méx Vol. 136 No. 2, 2002.



28. PARK, R. Physician rating of appropriate indications for six medical and surgical procedures. Am J. Public Health 1986;76:766-772.
29. STROMAN, D. Unnecessary surgery. New York: Kennikat; 1979.
30. PÉREZ, T. Proponer un código de ética médica. Gaceta. Facultad de Medicina UNAM 2003 (Abril 10 ): 6 – 10
31. LIFSHITZ, GA. El concepto actual del primum non nocere. Seminario: El ejercicio actual de la medicina. División de estudios de postgrado e investigación. Facultad de Medicina UNAM. México, D. F.
32. TANUR, TT. Por una medicina humanística. CONAMED 1999; 3 ( 2 ): 7 – 10
33. KRETSCHMER, SR. La responsabilidad profesional del médico y el humanismo. CONAMED 1999; 3 ( 2 ): 27 – 8
34. TORRES, F. El problema ético de la cirugía innecesaria. Seminario El ejercicio actual de la medicina. Facultad de Medicina de la UNAM.
35. ROJAS, J. Concepto de certificación en medicina. Consejo Mexicano de Angiología y Cirugía Vascular.  
[http://www.cmacv.org.mx/brochure/acervo/03\\_2204.html](http://www.cmacv.org.mx/brochure/acervo/03_2204.html)
36. LIFSHITZ, A. La profesionalización del examen y la búsqueda de idoneidad. Boletín del Médico General. Año 7, Num 1.

**ANEXO 1. (Traducido y modificado al español de su versión original en inglés).**

1. El médico siempre tiene disponibilidad para conmigo.
2. El médico siempre me da la oportunidad para platicar sobre mi problema.
3. Considero que el médico me examina correctamente.
4. El doctor es muy cuidadoso para revisar todo cuando me examina.
5. El doctor es muy comprensivo.
6. El doctor siempre muestra interés.
7. El doctor muestra un interés genuino en mis problemas.
8. El doctor hace los exámenes necesarios para encontrar cual es el problema.
9. El doctor hace todo lo necesario para llegar al diagnóstico.
10. El doctor me explica claramente cual es problema antes de iniciarme un tratamiento.
11. El doctor me explica como la enfermedad me afectará en el futuro.
12. Me siento presionado cuando estoy con un doctor.
13. El doctor siempre pregunta como mi enfermedad me afecta a diario.
14. Algunas veces siento que no he recibido la información suficiente por parte del doctor.
15. Me siento con confianza para discutir mis problemas con el doctor.
16. Algunas veces el doctor me hace sentir que le hago perder su tiempo.
17. El doctor parece querer deshacerse de mi cuanto antes posible.
18. El doctor no me dice lo suficiente acerca del tratamiento.
19. El doctor sabe cuando los exámenes son necesarios.
20. El doctor a veces no toma en cuenta que tan enfermo me siento (26).

---

Item

---

1. The doctor always puts me at ease
  2. The doctor always gives me every chance to talk about all my problems
  3. Even when the doctor is busy I am examined properly
  4. The doctor is very careful to check everything when examining me
  5. The doctor is very understanding
  6. The doctor is always interested
  7. The doctor shows a genuine interest in my problems
  8. The doctor does enough tests to find out what is wrong
  9. The doctor does everything needed to arrive at a diagnosis
  10. The doctor clearly explains what is wrong before giving any treatment
  11. The doctor fully explains how the illness will affect my future health
  12. I do not feel rushed when I am with a doctor
  13. The doctor always asks about how my illness affects everyday life
  14. I sometimes feel I have not been given enough information by the doctor<sup>a</sup>
  15. I do not feel confident discussing my problems with the doctor<sup>a</sup>
  16. Sometimes the doctor makes me feel I am wasting his/her time<sup>a</sup>
  17. The doctor seems to want to get rid of me as soon as possible<sup>a</sup>
  18. The doctor does not tell me enough about the treatment<sup>a</sup>
  19. The doctor knows when tests are necessary
  20. The doctor sometimes fails to appreciate how ill I am<sup>a</sup>
-