



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

POSGRADO EN DERECHO

TÍTULO:

“IMPLICACIONES LEGALES DEL TÍTULO PROFESIONAL
DE MÉDICO CIRUJANO”

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE DOCTOR EN DERECHO

PRESENTA:

JORGE CERVANTES CASTRO

TUTORES PRINCIPALES:

DR. RUPERTO PATIÑO MANFFER. FACULTAD DE DERECHO

DR. CARLOS F. QUINTANA ROLDÁN. FACULTAD DE DERECHO

DR. JAIME MIGUEL MORENO GARAVILLA. FACULTAD DE DERECHO

MÉXICO D.F. 15 FEBRERO DE 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A los doctores en derecho: Ruperto Patiño Manffer y Arcelia Quintana Adriano, respectivamente director y jefa de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México, quienes en Noviembre de 2011 me invitaron a presentar este proyecto interdisciplinario de investigación.

A mis tutores: los doctores en derecho: Ruperto Patiño Manffer, Magistrado Carlos Francisco Quintana Roldán, Jaime Miguel Moreno Garavilla, Hilda Pérez Carbajal y Campuzano, Alejandro Hernández Mercado, por su inapreciable apoyo así como sus valiosas enseñanzas para lograr comprender los intrincados aspectos de la relación medicina y derecho.

A los doctores en derecho María Patricia Kurczyn Villalobos, Jefa de la División de Estudios de Posgrado en 2012-14 y Jorge Fernández Ruíz, Coordinador Académico de Posgrado del mismo periodo y al doctor Carlos Humberto Reyes Díaz, Coordinador del Programa de Posgrado en Derecho 2014 y Jefe de la División en 2015, por su constante estímulo para lograr la culminación del actual proyecto de investigación.

A mi hijo, el doctor Arturo Cervantes, quien con los conocimientos que adquirió en su licenciatura de medicina, su maestría y doctorado en salud pública contribuyó de forma importante con los aspectos médico-sociales del presente estudio. Al doctor en ciencia política Enrique Suarez Iñiguez, al doctor en derecho Manuel Reguera Rodríguez y a los jóvenes licenciados en derecho, mis hijos Jorge, Lucero, Ignacio y Pablo Cervantes Trejo, así como a Alberto Juárez Román por sus valiosas observaciones sobre los aspectos legales de esta investigación.

A mi querido maestro Jorge Espino Vela de la Facultad de Medicina y a mi compañero de estudios de la licenciatura Alfredo Espinoza Morett por su invaluable apoyo en la revisión del texto. A Isaac Deneb Castañeda Alcántara, Profesor Adjunto de la Cátedra "Carlos Peralta" de Salud Pública de la Universidad Anáhuac por su participación en la composición final y preparación del manuscrito.

A la inolvidable y cálida memoria de Raúl Cervantes Ahumada,
un gigante del Derecho.

A mi preciosa esposa Lucero en homenaje por la sexta década de amor,
a mis hijos, nietos y bisnieto.

TABLA DE CONTENIDO

Agradecimientos.....	2
Dedicatoria	3
Tabla de contenido.....	4
Índice de tablas y figuras.....	6
Siglas y acrónimos	8
Prólogo.....	11
Introducción.....	15
Antecedentes	29
Capítulo I. Datos históricos de la enseñanza de la medicina en México	44
Capítulo II. La formación del médico moderno	67
Capítulo III. La formación del cirujano general	91
Capítulo IV. La práctica de la cirugía en México	108
Capítulo V. Las especialidades médicas y los consejos (CONACEM).....	120
Capítulo VI. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)	137
Capítulo VII. Ordenamientos jurídicos y normatividad referente al derecho de protección a la salud	152
Capítulo VIII. Ordenamientos jurídicos y normatividad relacionada con la educación y las profesiones	204

Capítulo IX. Resúmenes de diez casos clínicos de daño grave causado a pacientes por “Médicos Cirujanos” sin la preparación correcta en cirugía.....	261
Capítulo X. Conclusiones y propuestas.....	291
Anexo 1. Lista de escuelas y facultades de medicina en México	313
Anexo 2. COPAES: Escuelas de medicina públicas y privadas con acreditación	321
Anexo 3. Lista de las 133 sedes con programas de residencias de cirugía general en México	327
Anexo 4. Síntesis del marco legal que regula la protección a la salud.....	338
Anexo 5. Síntesis del marco legal que regula la educación y el ejercicio de la profesión.....	348
Glosario de términos médicos	366
Glosario de términos jurídicos	370

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

FIGURA 1. UNO DE LOS PRIMEROS DIPLOMAS DE MÉDICO CIRUJANO EN MÉXICO	10
FIGURA 2. TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO	17
FIGURA 3. CÉDULA DE MÉDICO CIRUJANO	18
FIGURA 4. CRONOLOGÍA DE HITOS EN LA HISTORIA DE LA MEDICINA EN MÉXICO (1325-2015)	45
FIGURA 5. EL CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD AUTORIZA A IGNACIO PÉREZ PARA QUE EJERZA COMO FLEBOTOMIANO, 1842	63
FIGURA 6. EL CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD AUTORIZA A FRANCISCO ACOSTA PARA QUE EJERZA COMO “MÉDICO CIRUJANO”, 1842	64
FIGURA 7. EL CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD AUTORIZA A JOAQUÍN SALA PARA QUE EJERZA COMO CIRUJANO, 1842	65
FIGURA 8. EL CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD AUTORIZA A LUIS ANTONIO GARRONE PARA QUE EJERZA LA MEDICINA, 1842	66
FIGURA 9. RECOMENDACIONES DE FLEXNER	70
FIGURA 10. RESULTADOS DEL REPORTE FLEXNER	71
FIGURA 11. NÚMERO DE ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA POR ENTIDAD FEDERATIVA	75
FIGURA 12. REPORTE DE ESTATUS ESCUELAS O FACULTADES DE MEDICINA REGISTRADAS EN COMAEM ...	80
FIGURA 13. DENOMINACIÓN DE TÍTULOS EXPEDIDOS POR ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA EN MÉXICO	81
FIGURA 14. COMPARACIÓN DE LA DURACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE MEDICINA Y NOMBRE DEL TÍTULO EN DIVERSOS PAÍSES	84
FIGURA 15. ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA EN MÉXICO	89

FIGURA 16. EL GRAN NEGOCIO DE LAS ESCUELAS PRIVADAS DE MEDICINA.....	89
FIGURA 17. DIPLOMA DE CIRUJANO GENERAL.....	99
FIGURA 18. TOTAL DE EGRESADOS EN CIRUGÍA GENERAL QUE OBTUVIERON LA CERTIFICACIÓN DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA GENERAL.....	101
FIGURA 19. TABLA COMPARATIVA DE DURACIÓN DE ESTUDIOS DE CIRUGÍA GENERAL Y DENOMINACIÓN DEL TÍTULO EN DIVERSOS PAÍSES.....	106
FIGURA 20. TOTAL DE MÉDICOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (TABLA Y GRÁFICA)	111
FIGURA 21. TOTAL DE CIRUGÍAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2000-2012 (TABLA Y GRÁFICA). 112	
FIGURA 22. CONSULTORIOS, CLÍNICAS Y HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (DENUE, 2014)..	114
FIGURA 23. RESULTADOS DEL ENARM (1991-2013)	123
FIGURA 24. CONSEJOS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS REGISTRADAS EN EL CONACEM	127
FIGURA 25. CERTIFICADO DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA GENERAL.....	131
FIGURA 26. QUEJAS POR ESPECIALIDAD CONAMED	143
FIGURA 27. PAÍSES CON EL MAYOR NÚMERO DE ESCUELAS DE MEDICINA EN EL MUNDO (2014).....	150
FIGURA 28. MARCO NORMATIVO QUE REGULA LA SALUD EN MÉXICO	153
FIGURA 29. CONVENIO REGIONAL DE CONVALIDACIÓN DE ESTUDIOS, TÍTULOS Y DIPLOMAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	245
FIGURA 30. DIFERENTES DENOMINACIONES DE TÍTULOS MÉDICOS REGISTRADOS.....	254

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AMC	Academia Mexicana de Cirugía
AMFEM	Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.
ANM	Academia Nacional de Medicina
ANUIES	Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Educación Superior
CIFRHS	Comisión Intersecretarial de Formación de Recursos Humanos para la Salud
COMAEM	Consejo Mexicano para la Acreditación Médica, A.C.
CONACEM	Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
COPAES	Consejo para la Acreditación de Educación Superior, A.C.
DENUE	Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas
DGIS	Dirección General de Información en Salud
ENARM	Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas

IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
IPN	Instituto Politécnico Nacional
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
SNS	Sistema Nacional de Salud
SS	Secretaría de Salud
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México

FIGURA 1. UNO DE LOS PRIMEROS DIPLOMAS DE MÉDICO CIRUJANO EN MÉXICO



El Consejo Superior de Salubridad autoriza a Francisco Acosta para que ejerza como Médico Cirujano (1842)

PRÓLOGO

PRÓLOGO

“Primum non nocere”

(Primero no hacer daño)

Hipócrates de Cos

A mediados del mes de noviembre 2011 recibí una invitación para acudir a una cita en la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México, me recibieron el director, doctor Ruperto Patiño Manffer y la jefa de la División de Estudios de Posgrado, doctora Arcelia Quintana Adriano, me informaron que necesitaban mi ayuda para organizar un homenaje para el año siguiente con motivo del centenario del nacimiento del Maestro Emérito Raúl Cervantes Ahumada. Acepté de inmediato y se hicieron los planes para el evento y la publicación por la UNAM de la obra “Notas autobiográficas” del Maestro.

Al informarles que yo tenía muchos recuerdos de mis años de estudiante por la Facultad de Derecho a la que había asistido en numerosas ocasiones acompañando al Maestro, que cuatro de mis cinco hijos y un nieto son licenciados en Derecho, y ese tema ha estado presente en mi vida todo el tiempo. Durante la conversación me invitaron a presentar un proyecto de investigación interdisciplinario que involucrara medicina y leyes para un posible doctorado en derecho. Rápidamente reuní los requisitos: dos licenciaturas, tres idiomas y un proyecto de investigación que presenté ante el comité académico respectivo y con gran sorpresa me enteré que había sido aceptado, por lo cual procedí a inscribirme como alumno en Posgrado, pensando que tendría la oportunidad de buscar en un foro adecuado la manera de corregir un problema, lucha en la que he estado involucrado desde hace más de 47 años.

Al terminar mi carrera en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México en el verano de 1962, recibí el título profesional que consideré incorrecto de “Médico Cirujano” y procedí a colocarlo en el fondo de una maleta para viajar de inmediato a la Universidad de Georgetown en Washington, DC; con la intención de efectuar estudios de posgrado en la especialidad de cirugía general y cirugía vascular, que transcurrió en un periodo de 6 años y regresé en 1969, una vez concluida mi residencia, gracias a la cual obtuve la certificación del American Board of Surgery (Consejo Americano de Cirugía).

Grande fue mi sorpresa al encontrar compañeros de mi generación que recién terminada la carrera de medicina, ejercían como cirujanos y efectuaban diversos tipos de intervenciones quirúrgicas. Uno de ellos, incluso tenía un sanatorio, al que me invitó para revisar a una joven mujer de 23 años a quien había operado de hernia umbilical una semana antes y “no evolucionaba satisfactoriamente”.

Encontré a una paciente comatosa, con datos francos de falla orgánica múltiple. Al operarla detecté peritonitis fecal extensa por una perforación de colon, ocasionada durante la simple operación de hernia umbilical, grave complicación que no fue reconocida ni tratada adecuadamente durante días, lo que ocasionó la muerte de esta desdichada paciente.

Lo anterior me impactó sobremanera al ver morir a esta joven mujer por la operación de ese “Médico Cirujano”, que sin tener la formación ni experiencia en la especialidad de cirugía, efectuaba procedimientos quirúrgicos en su Sanatorio, sin ningún control ni supervisión por autoridad alguna: por lo que indignado de lo que había visto, inicié

desde entonces, hace 47 años, la lucha contra el título incorrecto que tantas tragedias como la aquí relatada ha ocasionado y sigue ocasionando a lo largo y ancho del país.

La lucha ha sido difícil, es como predicar en el desierto. Lo he denunciado en todo tipo de foros, ante diversas autoridades educativas y de salud, en congresos médicos, en libros, en artículos científicos, en conferencias, ante Comisiones del H. Congreso de la Unión, ante las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía; en escuelas y facultades de medicina, en diversos medios periodísticos y en la televisión; en fin, no me he cansado de combatir este mal y después de más de 47 años de lucha infructuosa acepté la invitación, el reto, de presentar esta lacra ante los eruditos de la H. Facultad de Derecho de nuestra máxima casa de estudios con la esperanza que esta investigación logre despertar conciencias y podamos erradicar el vicio de expedir un título profesional incorrecto.

Cuando el paciente se pone en manos de un cirujano, le está confiando lo más valioso que tiene: su vida, y si este profesionista, por ignorancia, negligencia, deshonestidad, omisión o impericia le ocasiona un problema, estará traicionando el juramento hipocrático: "*primum non nocere*" (primero no hacer daño). Se dice en nuestro medio que "el Médico entierra sus errores", se aduce también "que es de humanos errar", pero se olvida la otra parte de esa famosa frase: "...pero es de sabios rectificar". Debemos armarnos de valor y reconocer lo que está mal. Es momento de rectificar, nunca es tarde para corregir un error.

Jorge Cervantes Castro

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El interés del autor al involucrarse en este proyecto es analizar las implicaciones legales del título profesional de “Médico Cirujano” y parte de la convicción de que dicho título es incorrecto, ya que la entidad o entidades que lo expiden no tienen la certeza que el profesionista así titulado esté capacitado para ejercer la compleja actividad que implica la cirugía.^{1,2}

En la práctica, todos los programas académicos de más de 120 escuelas y facultades de medicina del país, sólo enseñan nociones de cirugía a sus egresados, quienes por lo tanto no están capacitados para ejercer la especialidad quirúrgica, ya que en los seis años de la carrera de medicina, sólo han sido expuestos a las generalidades de algunas patologías que requieren tratamiento quirúrgico; sin embargo, al terminar su licenciatura, el médico recibe el documento que lo acredita como “Médico Cirujano” (figura 1) o alguna variante que incluye “cirujano” en el 98% de las escuelas y facultades de medicina del país y con ese título le expiden la cédula correspondiente de “Médico Cirujano” (figura 2), que lo autoriza a ejercer la

¹ **CERVANTES**, Jorge, *“Iatrogenia en cirugía”*, Ed. Salvat México, 1991.

² **CERVANTES**, Jorge. *“¿Debemos cambiar el título de Médico Cirujano?”*, Clínicas Quirúrgicas, Academia Mexicana de Cirugía. 2001 pp. 20-21.

medicina y la cirugía a lo largo y ancho de la república, sin limitaciones ni verificaciones sobre sus habilidades y juicio quirúrgico.³

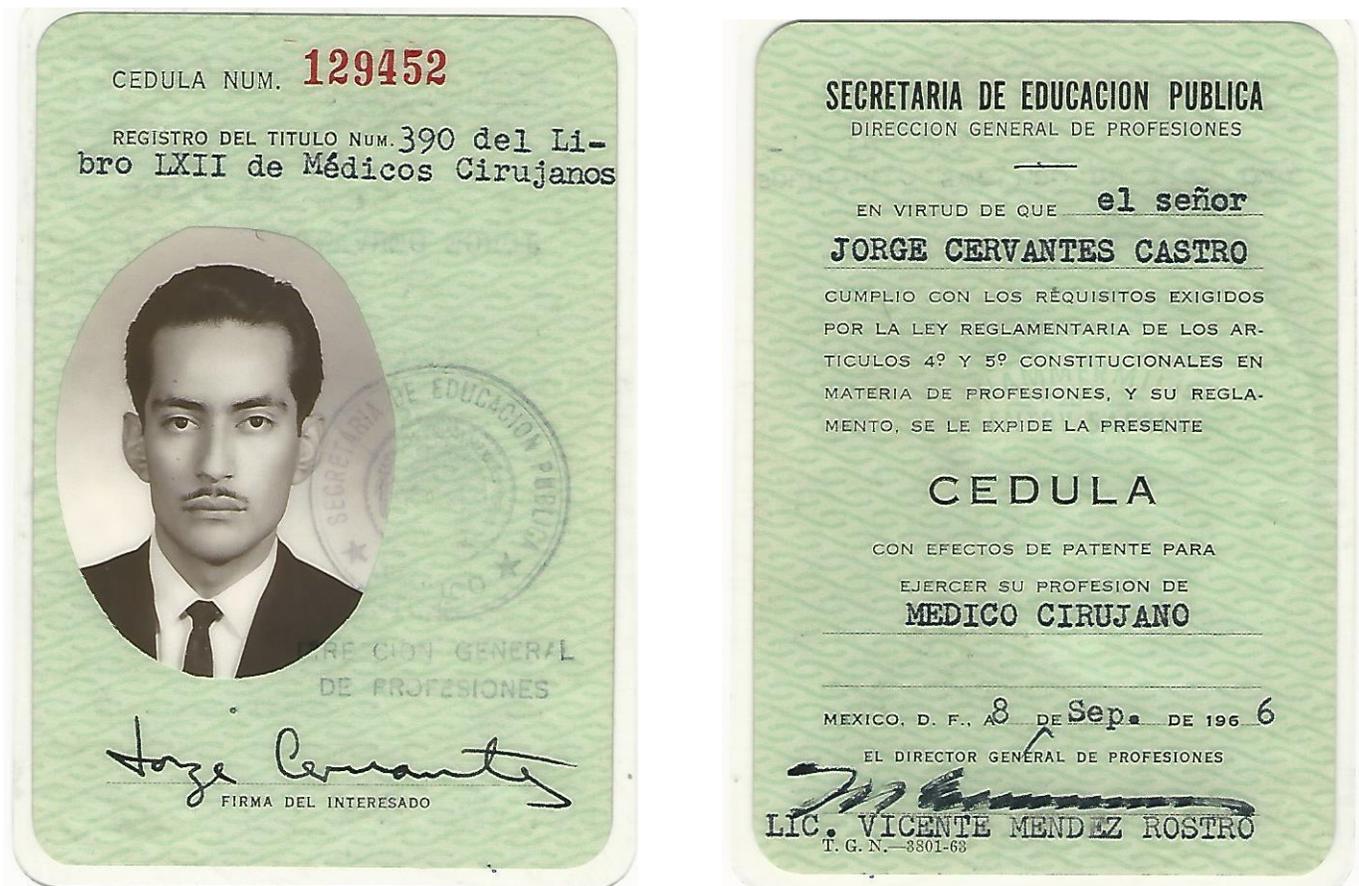
FIGURA 2. TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO



Título Profesional de médico cirujano, otorgado a Jorge Cervantes Castro por la Universidad Nacional Autónoma de México

³ CERVANTES, Jorge. "Es necesario cambiar el título incorrecto de Médico Cirujano". Cir. Gral. 2003; 25 (2):178-179.

FIGURA 3. CÉDULA DE MÉDICO CIRUJANO



Cédula profesional otorgada por la Secretaría de Educación Pública,
a Jorge Cervantes Castro para ejercer la profesión de Médico Cirujano

Los problemas derivados del título de Médico Cirujano se pueden analizar en dos grandes vertientes: el de la salud y la educación.

La delimitación del objeto de investigación, en primera instancia, se puede situar en diversas aristas del conocimiento jurídico y de la educación médica. En lo relativo a

su regulación e implementación: el derecho constitucional y administrativo^{4,5,6} en segundo lugar, a las posibles implicaciones jurídicas de las autoridades educativas al expedir títulos profesionales y cédulas que autorizan la práctica de la profesión.

La primera de las ramas (regulación e implementación) se vincula con los principios constitucionales que regulan el libre ejercicio de las actividades profesionales que requieren un título profesional para su ejercicio: específicamente, interesa en esta investigación conocer y profundizar en los cuerpos jurídicos que norman los alcances y limitaciones de la profesión de Médico, Médico Cirujano y/o sus variantes.⁷

De manera concatenada con el primer punto, el objetivo central es el tema desde la perspectiva del derecho administrativo; específicamente, las atribuciones que tiene el Poder Ejecutivo Federal para que a través de la Secretaría de Educación Pública, sus homólogas a nivel estatal y las instituciones académicas autónomas de educación superior, expidan títulos profesionales a las personas que hayan

⁴ **CARPISO**, Jorge. Derecho Constitucional". México, Porrúa, 2009.

⁵ **ROLDAN XOPA**, José. Derecho Administrativo". Editorial Oxford University Press, 2008.

⁶ **BEJAR RIVERA**, Luis José (Coord.) "Derecho Administrativo: perspectivas contemporáneas". México, Porrúa, 2010.

⁷ De acuerdo a datos proporcionados por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, los títulos registrados ante esa Dirección para ejercer la profesión médica son los siguientes en orden de frecuencia: Médico Cirujano, Médico Cirujano y Partero, Médico General, Médico Cirujano y Homeópata, Médico, Médico Cirujano y Homeópata, Médico Cirujano Militar, Médico Cirujano Partero, Médico Cirujano Partero Homeópata, Médico Homeópata Cirujano y Partero, Médico Cirujano Naval, Medicina, Médico Homeópata, Médico Cirujano y Partero Militar y Medicina General.

realizado determinados estudios en los diferentes niveles de licenciatura y en el mismo sentido, el tema también se vincula con las atribuciones de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública y las de los estados al expedir la cédula para que el individuo amparado con un título profesional pueda ejercer la profesión indicada en el mismo, con las limitantes que el propio derecho y los códigos de ética de las respectivas profesiones indiquen.

En el área médica el tema de investigación se relaciona con el ejercicio profesional del sujeto que recibe un título de “Médico Cirujano” (en sus diversas variantes) y que, como consecuencia de ello, sus acciones se enmarcan en un posible contexto iatrogénico, por la extralimitación o acotación en la práctica médica.^{8,9,10,11,12}

Históricamente, y hasta el día de hoy en nuestro país, la mayoría de las personas que estudian una licenciatura en medicina, obtienen el título de “Médico Cirujano” o alguna de sus variantes con el término “cirujano”. Ante el explosivo crecimiento del país y la necesidad que tenía el estado de personas capacitadas en áreas prioritarias como la salud, se posibilitó, a través de un título profesional, a los sujetos que habían realizado estudios médicos para desempeñar prácticamente cualquier

⁸ Iatrogenia se define como el error ocasionado por el tratamiento médico, véase Pérez Tamayo, Ruy. Iatrogenia. El Colegio Nacional de México, 1994.

⁹ **CERVANTES**, Jorge. “*Iatrogenia en Medicina*”. Tribuna Médica Colombia, 1990; 54(4)214.

¹⁰ **DÁVILA RODRÍGUEZ**, Abraham Amiud. “*Aspectos legales de la práctica Médica*”. Cirugía General 2001, 333 supl 2, pp 147-150.

¹¹ **CERVANTES**, Jorge. “*Iatrogenia y su consecuencia penal*”. Cir. Gral. 1993; 15(4):190-193.

¹² **CERVANTES**, Jorge. “*Iatrogenia Quirúrgica Revisitada*”. Clínicas Quirúrgicas de la Academia Mexicana de Cirugía. 2006. pp 37-45.

función en medicina, incluidas las intervenciones quirúrgicas y ginecoobstétricas. Los conocimientos que iban adquiriendo en cirugía los médicos se debían más a la práctica cotidiana que a la experiencia durante su estancia en las aulas. Empero, durante el proceso de aprendizaje, se cometían diversas iatrogenias quirúrgicas, lo que dio como resultado una larga serie de complicaciones, incapacidades y fallecimientos por la falta de conocimientos, pericia y aptitudes en la materia.^{13,14,15,16}

En el contexto de un país en consolidación, se podría entender, más no justificar, la expedición de un título profesional que facultara a personas sin conocimientos especializados para realizar intervenciones quirúrgicas; sin embargo, en el México del siglo XXI es realmente anacrónico continuar con esta situación, sabiendo que la mayoría de los países del primer mundo tienen medidas de control muy estrictas para las personas que realizan actividades médicas especializadas, como las quirúrgicas en todas sus ramas y con grandes adelantos en las técnicas modernas de cirugía vascular, ortopédica, laparoscópica, en las que el potencial para causar

¹³ **ACHAVAL**, Alfredo. *Responsabilidad Civil del Médico: libertad, verdad y amor en una profesión*. Buenos Aires, Abeledo-Perrot, 1992.

¹⁴ **GONZÁLEZ ALCÁNTARA**, Juan Luis. *La Responsabilidad Civil de los Médicos*. Porrúa, México, 2009.

¹⁵ **CERVANTES** Jorge. *Iatrogenia y su consecuencia penal*. Cir. Gral. 1993; 15 (4): 190-195.

¹⁶ **LÓPEZ GABITO**, Elena. *Actualidades en Derecho Médico. Concepto, visión ética jurídica y humanística del ejercicio de la medicina y la responsabilidad de los profesionales de la salud*. Cir Gral, 2001 (sup) 164-167.

lesiones iatrogénicas por médicos sin la preparación adecuada es grande.^{17,18,19,20,21,22}

En la actualidad se siguen padeciendo las consecuencias del ejercicio profesional por médicos sin preparación, que por una tradición obsoleta de expedirles el título incorrecto de “Médico Cirujano”, realizan intervenciones quirúrgicas a lo largo y ancho de la república mexicana. Se ha demostrado plenamente en la práctica, que la denominación del título profesional de “Médico Cirujano” que expiden la mayoría de las escuelas y facultades de medicina del país ha acarreado consecuencias negativas que van desde todo tipo de complicaciones hasta verdaderos

¹⁷ **CERVANTES**, Jorge. “Lesiones iatrogenas en la hernia hiatal”. En: “Actualización en cirugía del aparato digestivo”. Eds. **ARRUBARENA** Víctor Manuel, **GUTIÉRREZ SAMPERIO** Cesar. Cuadrata Servicios Editoriales. México, 2001. pp 17-22.

¹⁸ **CERVANTES** Jorge, **ROJAS** Guillermo. “Lesiones vasculares en iatrogenia de cirugía de columna”. En: “Lesiones vasculares por iatrogenia”. Ed. Manual Moderno. México, 2001. pp 145-152.

¹⁹ **ROJAS** Guillermo, **CERVANTES** Jorge, **KLEINFINGER** Samuel. “Lesión Vascolar Iatrogénica durante laminectomía lumbar”. Rev Mex Angiol 1996; 24 (3): 50-54.

²⁰ **ROJAS** Guillermo, **CERVANTES** Jorge. “Lesiones vasculares iatrogénicas”. Rev Mex Angiol 1999; 27: 89-94.

²¹ **CERVANTES**, Jorge. “Problemas iatrogenos en cirugía laparoscópica” En: “Cirugía laparoscópica y toracoscópica”. Eds. **CERVANTES** Jorge, **PATÍÑO** José Felix. McGraw-Hill Panamericana. México, 1997 pp 812.

²² **ROJAS** Guillermo, **CERVANTES** Jorge. “Iatrogenic Vascular Trauma”. Cardiovascular Surgery, 2001; 9: 135-140.

homicidios.^{23,24,25,26} Si se sustituyese por el título de “Médico”, “Médico General” o de “Licenciado en Medicina”, y se homogeneizara en todas las instituciones académicas que imparten la licenciatura, reflejaría de manera correcta los conocimientos y aptitudes que aprendió el médico durante sus estudios de licenciatura.^{27, 28}

El punto nodal es dejar claro que la cirugía sólo debe ejercerse por cirujanos certificados. La legislación en la materia debe exigir a quien pretenda efectuar intervenciones quirúrgicas que esté debidamente titulado y certificado como cirujano, es decir, que tenga una especialidad sobre la materia y no sólo un título que indique “Médico Cirujano”. Sobre el particular, los Consejos de la Especialidad, entidades encargadas de examinar y, en su caso, certificar a los distintos especialistas, deben tener una participación más activa, tanto en el diseño de los

²³ **CERVANTES**, Jorge, **ABREU** Luis Martín, **VELA** Trujillo Salvador. *“Iatrogenia en Cirugía para el estudiante y el médico general”*. Edit. Mendez Editores México, 2004. pp 59-90.

²⁴ **CERVANTES**, Jorge. *“Iatrogenic Injuries in Surgery”*. Acta Chir Belgica 1996; 96: 242-244.

²⁵ **CERVANTES**, Jorge. *“Iatrogenia en Cirugía Laparoscópica”*. En: *“Problemas complejos en cirugía abdominal”*. Sao Paulo, Brasil, 2003. pp 266-277.

²⁶ **CERVANTES** Jorge, **CHOUSLEB** Alberto, **ROJAS** Guillermo, **CASTILLO** Armando, **LEYCEGUI** Manuel. *“Catastrophic Iatrogenic Injury in Laparoscopic Surgery”*. Surgical Endoscopy 1998; 97:103-108.

²⁷ **PÉREZ** Jordi, **VALLÉS** Alejandro, et al. *“Competencias Profesionales que han de Adquirir los Licenciados en Medicina en los Estudios de Pregrado”*. Educación Médica. 1999, Vol. 2(2):38-48

²⁸ Programa Único de Especialidades Médicas en Cirugía General, Facultad de Medicina, UNAM.

planes y programas de estudio de las escuelas y facultades de medicina, como en el seguimiento y supervisión de los médicos en su vida profesional.^{29,30}

Otro elemento a destacar es que el certificado de competencia en las especialidades debe tener caducidad para garantizar que los especialistas estén actualizados en las nuevas técnicas y conocimientos de la ciencia médica.

Asimismo, el marco legal específico que limita a los médicos en el ejercicio de la profesión es poco claro, ya que no contempla todas y cada una de las hipótesis que se pudiesen presentar en su ejercicio profesional.³¹

Finalmente, es importante dejar patente que en el momento actual existen en México programas universitarios de residencias de cirugía, que requieren un mínimo de cuatro años de duración para la formación del cirujano general, después de haberse graduado de médico, lo que presume mayores elementos de certeza sobre

²⁹ **CERVANTES** Jorge. *"Iatrogenia. Errores en cirugía"*. Rev Archipelago 1995; 4: 24-25.

³⁰ **CERVANTES**, Jorge. *"Iatrogenic problems in surgery"*. En: *"Iatrogenia in Chirurgya-Obiettivo Mortalita Zero"*. Eds. Angelini Luis, Montori Alberto, Lirici Marco. Roma Italia, 1998. pp 87-93.

³¹ **LÓPEZ** Gabito, Elena. *"Actualidades en Derecho Médico. Concepto, visión ética jurídica y humanística del ejercicio de la medicina y la responsabilidad de los profesionales de la salud"*. Cir Gral, 2001 (sup) 164-167.

la aptitud y capacidad de los profesionistas que realizan intervenciones quirúrgicas y reduce en gran medida la posibilidad de iatrogenias.^{32,33,34,35}

Existe todavía un escenario donde el gobierno central y el estatal, asociaciones de médicos y cirujanos en particular, no han realizado acciones tendientes a informar adecuadamente a la población sobre la diferencia entre un médico general y un especialista, así como las consecuencias que tiene el acudir a tratarse con un profesional que no está debidamente capacitado para intervenir quirúrgicamente en el padecimiento de que se trate. En este contexto se debe evaluar la responsabilidad que asume el estado a través de la Secretaría de Educación Pública y la Dirección General de Profesiones de expedir una cédula de “Médico Cirujano” a un graduado de la licenciatura de medicina que no tiene la especialidad de cirujano, con las funestas y criminales consecuencias que hemos documentado.

Plan general

El plan general de este proyecto de estudio interdisciplinario se ha desarrollado en 10 capítulos. El capítulo uno incluye al inicio una línea del tiempo con la cronología

³² **ABREU HERNÁNDEZ**, Luis Felipe. *“Las implicaciones sociales de la calidad profesional de los médicos y la recertificación”*. En: **ESPINOSA DE LOS REYES**, Víctor Manuel. Parte I: *“La certificación de profesionistas y especialistas”*. Dirección General de Asuntos Jurídicos SSA, 1993. p.23.

³³ **GARCÍA RAMÍREZ**, Sergio. *“La responsabilidad penal del Médico”*. México, Porrúa, 2001.

³⁴ **MONROY VIOLANTE**, Alfonso. *“Otra cara de la medicina: Iatrogenia, Negligencia y algo más.”* México, Porrúa, 1998.

³⁵ **MARIÑELARENA**, José Luis. *“Responsabilidad profesional médica”*. Cir. Gral. 2001;33 (supl. 2):160-164.

histórica de eventos importantes en la evolución de la Medicina Mexicana, desde la fundación de la gran Tenochtitlán en 1325 concluyendo hasta el año 2011 con la trascendente modificación al artículo 81 de la Ley General de Salud de septiembre de 2011 que hace obligatoria la necesidad de certificación de los médicos especialistas.

El capítulo dos analiza la formación del médico moderno con sus orígenes en el establecimiento de Ciencias Médicas en 1833, la abolición del Protomedicato, la creación de la Universidad Nacional, la adopción del modelo Flexeriano de educación médica, del programa básico del perfil de competencias y del Plan Único de Especialidades Médicas (PUEM) aprobado por la UNAM, así como de la preocupante proliferación de escuelas de medicina y el excesivo número de médicos que gradúan cada año con graves deficiencias en su preparaciones y donde predomina las titulación incorrecta de “Médico Cirujano”.

En el capítulo tres se estudia el proceso de formación del cirujano general, los pasos que debe seguir quien desee ingresar a una de las 133 sedes con programa universitario de residencias en cirugía, la duración de la misma comparándola con otros países y la importancia de lograr la certificación como especialista al término de su entrenamiento.

El capítulo cuatro analiza el modelo de la práctica de la cirugía en el país, con datos estadísticos del número de médicos, de hospitales y de intervenciones quirúrgicas en instituciones del Sistema Nacional Salud, con especial interés en investigar quienes cuentan con la certificación vigente como especialistas en cirugía.

El capítulo cinco está dedicado a revisar las especialidades médicas (CONACEM), lo que se requiere para acceder a ellas, la importancia de los mecanismos de certificación y re-certificación, de las instituciones que los otorgan y la necesidad de este documento a partir de los cambios en la ley general de salud del 1 de septiembre de 2011.

El capítulo seis analiza lo que originó la creación de la CONAMED, que en lugar de investigar los orígenes de las miles de quejas por mala o deficiente atención médica, dedica sus labores a la asesoría, gestión, conciliación y arbitraje, cuando lo más lógico sería ir a la raíz del problema.

El capítulo siete es una revisión de los ordenamientos jurídicos relacionados con el derecho a la salud y la obligación del estado como entidad rectora de garantizar a la población el acceso a una atención médica de calidad.

En el capítulo ocho se analizan los ordenamientos jurídicos del derecho a la educación y a las profesiones, destacando la importancia de la función de la Dirección General de Profesiones (DGP), entidad que registra los títulos y expide las cédulas para que el médico pueda ejercer su profesión.

El capítulo nueve ilustra diez ejemplos de casos clínicos de pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente por médicos, que amparados en un título de “Médico Cirujano” causaron graves complicaciones y hasta la muerte, por no estar debidamente preparados como cirujanos.

Por último el capítulo diez resume los resultados de esta investigación, se presentan las conclusiones y las propuestas tendientes a corregir una aberración en la

medicina mexicana, que data desde la primera mitad del siglo antepasado cuando se expidieron los primeros diplomas de “Médico Cirujano”, costumbre nefasta que ha continuado hasta nuestros días, ha cobrado y sigue cobrando muchas complicaciones, incapacidades, mutilaciones y muertes en México.

La tesis contiene también varios anexos con el número total de escuelas de medicina, las escuelas de medicina públicas y privadas registradas en COPAES, la lista de programas universitarios que tienen residencias de cirugía general, y las leyes reglamentarias tanto de salud como de educación, que tienen relación con el tema.

Jorge Cervantes Castro

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES

Como lo señalé en el prólogo, al terminar la licenciatura de medicina recibí lo que siempre consideré el título incorrecto de “Médico Cirujano” y después de haber regresado al país habiendo cursado la especialidad de cirugía durante 6 años, inicié la lucha contra dicha denominación incorrecta y peligrosa denunciando el hecho en numerosos foros quirúrgicos nacionales, internacionales y ante autoridades tanto oficiales como académicas.

En 1983, siendo presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General, tuve el honor de coordinar el Simposio “Cirugía General en México” en sesión conjunta con la Academia Mexicana de Cirugía que celebraba en esa ocasión su Quincuagésimo Aniversario. (Documento No. 1). Hubo amplia discusión sobre el tema pero se no llegó a tomar acciones.

Seis años después, el 1 de diciembre de 1989, con motivo de terminación del año lectivo de la Academia Mexicana de Cirugía, entregué al Presidente de la República, Carlos Salinas de Gortari, una carta señalando la necesidad de corregir el error. (Documento No. 2).

Siete días más tarde, el 7 de diciembre de 1989, recibí acuse de recibido de mi carta al Presidente (Documento No. 3).

El 10 de enero de 1990, recibí copia de la carta del Director General de Profesiones al Subsecretario de Educación donde se concluye que el “asunto planteado debe ser analizado y valorado”. (Documento No. 4). No hubo seguimiento.

En respuesta a mi carta, el 25 de enero de 1990 el Secretario Particular del Subsecretario de Educación Superior e Investigación Científica de la SEP, informó al Secretario particular del titular de la SEP, respecto al tema “relativo a la expedición de títulos profesionales para Médicos Generales o Médicos Cirujanos”. (Documento No. 5) no hubo seguimiento.

El 29 de enero de 1990 el Secretario particular del Secretario de Salud, Dr. Jesús Kumate Rodríguez participó de este comunicado al Subsecretario de Organización y Desarrollo de la propia Secretaría donde al referirse a mi carta indica que en ella “se expone la necesidad de modificar los sistemas de enseñanza de la cirugía en nuestro país y señala dos aspectos sobre los que considera urgente tomar medidas”, sin seguimiento a dicho escrito (Documento No. 6).

En el año 2003, la Revista Cirujano General, órgano oficial de la Asociación Mexicana de Cirugía General publicó mi artículo “Es necesario cambiar el título incorrecto de Médico Cirujano” (Documento No. 7).

En el año 2014 la Revista Cirugía y Cirujanos, órgano oficial de la Academia Mexicana de Cirugía publicó mi artículo “Urge un Abraham Flexner en México” que habla en forma extensa sobre el tema (Documento No. 8).

Estos documentos son solo una muestra de la lucha contra esta aberración de expedir un título incorrecto a miles de médicos que se gradúan al terminar la licenciatura en medicina. En ese periodo y hasta el momento actual, lo relativo a la necesidad de modificar esta errónea denominación continúa sin la atención requerida.



1933 - 1983

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

AÑO DEL CINCUENTENARIO

México, D.F.
Septiembre 2 de 1983

CITATORIO

CUERPO DIRECTIVO BIENIO 1982-1984

Presidente:

Dr. FELIPE MALDONADO CAMPOS

Vicepresidente:

Dr. JOSÉ NORIEGA LIMÓN

Secretario:

Dr. FERNANDO DÍAZ BALLESTEROS

Tesorero:

Dr. LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA

Primer Vocal:

Dr. JOSÉ DE JESÚS CURIEL

Segundo Vocal:

Dr. JORGE ELÍAS DÍB

Tercer Vocal:

Dr. ELÍAS ZONANA FARCA

Cuarto Vocal:

Dr. JAVIER PRECIADO ZEPEDA

Quinto Vocal:

Dr. MARCO ANTONIO MARTÍNEZ RÍOS

Comisión Científica:

Dr. ALBERTO VILLAZÓN SAHAGÚN

Dr. HECTOR RODRÍGUEZ CUEVAS

Dr. JORGE CORVERA BERNARDELLI

El próximo martes 20 a las 20:00 horas, en la sede Académica, sita en el Bloque B, Auditorio 8, 2º piso de la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional, Av. Cuauhtémoc 330 de esta Ciudad, tendrá lugar la SESIÓN CONMEMORATIVA DEL QUINCUAGESIMO ANIVERSARIO DE LA FUNDACION DE LA ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA conjunta con LA ASOCIACION MEXICANA DE CIRUGIA GENERAL, de acuerdo con el siguiente programa:

SYMPOSIUM

LA CIRUGIA GENERAL EN MEXICO

Coord. Dr. Jorge Cervantes Castro

Participantes:

Acad. Dr. Guillermo Alamilla Gutiérrez

Acad. Dr. Gilberto Lozano Saldivar

Acad. Dr. Fernando Romero Castillo

Dr. Carlos Godínez Oropeza

Comentaristas Oficiales:

Acad. Dr. Pascual Hernández Padilla

Acad. Dr. Antonio León Pérez

Acad. Dr. Felipe Maldonado Campos

Acad. Dr. Jorge Bautista O'Farrill

Comentarios de los señores Académicos y Miembros de la Asociación Mexicana de Cirugía General

" Docta ars chirurgica bene salutis "

Dr. Fernando Díaz Ballesteros
Secretario

FDB/MEC./

APDO. POSTAL 7984
CDL. CENTRO DELEG. CUAUHTEMOC
06000 MEXICO, D. F.

AV. CUAUHTEMOC 330
CDL. DOCTORES DELEG. CUAUHTEMOC
TELE. 701-2581 588-6100
06700 MEXICO, D. F.

APDO. POSTAL 12-1029
CDL. MARVARE DELEG. BÉNITO JUÁREZ
03020 MEXICO, D. F.

Documento 2. Carta al C. Presidente de la República, 1989

Dr. Jorge Cervantes
CIRUGIA GENERAL Y CARDIOVASCULAR
DIPLOMADO AMERICAN BOARD OF SURGERY

Diciembre 1, 1989.-

C. Lic. Carlos Salinas de Gortari
Presidente Constitucional de los
Estados Unidos Mexicanos
Palacio Nacional
P r e s e n t e . -

Muy estimado Sr. Presidente:

Deseo felicitarlo por sus palabras ayer en la Academia Mexicana de Cirugía. Como Académico y como Cirujano interesado en los problemas de México es muy alentador saber que contamos con su apoyo para lograr mejorar la práctica y la enseñanza de la Cirugía en nuestro país.

Para conseguir estos objetivos es de primordial importancia la ayuda del gobierno, ya que urge modificar los sistemas actuales que propician la anarquía y el desastre en la actividad quirúrgica en nuestro medio:

- 1).- Las 57 Escuelas y Facultades de Medicina que anualmente gradúan en nuestro país 7800 alumnos, les dan a todos un título de "Médico Cirujano", lo que propicia que muchos de ellos se dediquen a la cirugía sin la preparación adecuada. Lo correcto debería ser expedir un título de "Médico" o de "Médico General". El título de "Cirujano" se debe obtener solo después de estudios de postgrado muy completos. Es urgente corregir esta grave anomalía.
- 2).- La duración de estudios para la formación de un buen cirujano es de 5 a 6 años en la mayoría de los países. En México, este programa duraba 4 años, pero desgraciadamente se redujo a 3, y para los egresados del IMSS a sólo 2 años y 8 meses!, dando por resultado que estemos formando cirujanos muy deficientes, con las funestas consecuencias para nuestra población. Se adju-

....2

Dr. Jorge Cervantes
CIRUGIA GENERAL Y CARDIOVASCULAR
DIPLOMADO AMERICAN BOARD OF SURGERY

....2

jo que por la crisis económica se recortaba el período de formación de los cirujanos, pero quienes con falta de visión hicieron esto, no se dieron cuenta que improvisar en la preparación de quienes manejan vidas humanas con un bisturí es contraproducente.

Es urgente que se tomen medidas en estos 2 puntos tan importantes. Representantes de la Academia Mexicana de Cirugía y de la Asociación Mexicana de Cirugía General hemos hecho gestiones ante la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación y la UNAM, pero no vemos que se tomen medidas concretas al respecto, y si somos testigos día a día de numerosos casos de graves daños causados a los pacientes que caen en manos de gentes que se dicen cirujanos o de "Cirujanos" con muy deficiente preparación. El costo, además de las vidas, es enorme en incapacidades, en re-operaciones, en rehabilitación etc.

Necesitamos erradicar vicios de muchos años, con su ayuda lo podemos lograr.

Con un atento saludo y mi agradecimiento,



Académico Dr. Jorge Cervantes
Ex-Presidente
Asociación Mexicana de Cirugía General

JC/rsm.

Documento 3. Acuse de recibo de la Presidencia de la República, 1989



PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA

101/9 **17446**
Palacio Nacional, 7 de diciembre de 1989.

C. DOCTOR
JORGE CERVANTES
P r e s e n t e .

En nombre del C. licenciado Carlos Salinas de Gortari, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, me permito acusar recibo de su escrito de fecha 1° del mes en curso, mediante el cual expone la necesidad de modificar - los sistemas de enseñanza de la cirugía en nuestro país, y señala dos aspectos sobre los que considera urgente tomar medidas.

Sin otro particular, me es grato expresarle las segurida--des de mi atenta y distinguida consideración.

SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCION.
EL SECRETARIO ADJUNTO DEL
C. PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

Una firma manuscrita en tinta azul, que parece ser "Carlos Cuadriello Aguilar", escrita con un estilo fluido y cursivo.

CARLOS CUADRIELLO AGUILAR

JFTO.ERF.mto.

Documento 4. Carta del Director General de Profesiones al Subsecretario de Educación Superior e Investigación Científica de la SEP, 1990



DEPENDENCIA DIRECCION GENERAL DE PROFESIONES.
SECCION DIRECCION DE COLEGIOS DE PROFESIONISTAS.
MESA
NUMERO DE OFICIO
EXPEDIENTE DGP/DCP/121-90

ASUNTO:

México, D.F., 10 de enero de 1990.

LIC. JAVIER DIAZ DE LA SERNA
SECRETARIO PARTICULAR DEL
C. SUBSECRETARIO DE EDUCACION
SUPERIOR E INVESTIGACION CIENTIFICA
P R E S E N T E .

En atención a su oficio No. 103/90-001 de fecha 3 de enero del presente año, en el que solicita de esta Dirección General la opinión respecto de la comunicación dirigida al C. Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, por el Dr. Jorge Cervantes, me permito manifestar a usted lo siguiente.

De la simple lectura del texto señalado anteriormente destacan 2 temas fundamentales en los que incide dicha comunicación, en los siguientes términos:

- Que a los egresados de las Instituciones de Educación Superior de nuestro país se les otorga un título de "Médico Cirujano" al concluir sus estudios, mismo que les faculta reunidos todos y cada uno de los requisitos que las leyes de la materia establecen para ejercer la cirugía; lo cual en opinión del Dr. Jorge Cervantes permite que profesionistas sin la debida preparación realicen esta práctica.
- Que la formación de un buen cirujano requiere de 5 ó 6 años de estudio, y en México esta se reduce a 3 años y en algunos casos a 2, propiciando una formación deficiente del cirujano en perjuicio de nuestra población.

De manera específica debo referirme a los temas enunciados en su orden:

PRIMERO.- Ciertamente los egresados de las distintas Instituciones de Educación Superior de nuestro país, y en atención a la licenciatura respectiva y a los -

AL CONTESTAR ESTE OFICIO, CITENSE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL CUADRO DEL ARTICULO SUPERIOR DERECHO.



SECRETARÍA
DE
EDUCACIÓN PÚBLICA

DEPENDENCIA DIRECCIÓN GENERAL
DE PROFESIONES
SECCION DIRECCION DE COLEGIOS
DE PROFESIONISTAS.
MESA
NUMERO DE OFICIO
EXPEDIENTE DGP/DCP/121-90

ASUNTO: - 2 -

propios planes y programas de estudio reciben al concluir sus estudios el título profesional, que aunado al cumplimiento de diversos requisitos les permite dedicarse a esa actividad profesional. Sin embargo, no es posible desconocer que nuestra Ley Fundamental, la Ley Federal de Educación, para la Coordinación de la Educación Superior y la Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional, que son las normas especiales en cuanto al caso que se examina, consagran y reconocen la libre determinación de dichas instituciones para elaborar sus propios planes y programas de estudio, nomenclatura de las carreras que imparten, y los términos de ingreso, evaluación y promoción de sus educandos.

SEGUNDO.- En cuanto a los años de estudio que se requieren para la formación de un buen cirujano, resulta cuestionable el establecer un tiempo determinado sin considerar la realidad socioeconómica y cultural de cada país. Sin embargo, es oportuno señalar que nuestras instituciones educativas facultadas para impartir estudios de especialización en cirugía general han fijado de conformidad con sus planes y programas de estudio el término de 3 años para obtener dicha especialización; pero tratándose de la obtención del grado académico de maestría o doctorado es indispensable acreditar mayor conocimiento.

En conclusión, es opinión de esta Dirección General de Profesiones que el asunto planteado debe ser analizado y valorado no sólo por la autoridad en materia educativa, sino que es indispensable participar de esta propuesta a las Instituciones de Educación Superior, ya que ellas han establecido sus planes y programas de estudio.

A T E N T A M E N T E
SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCION
EL DIRECTOR GENERAL DE PROFESIONES

LIC. ENRIQUE SANCHEZ BRINGAS.

ESB/lnp.-

AL CONTESTAR ESTE OFICIO, CITENSE LOS
DATOS CONTENIDOS EN EL CUADRO DEL
ANGULO SUPERIOR DERECHO.

Documento 5. Carta del Secretario particular de la Subsecretaría de Educación Superior e Investigación Científica al Secretario particular del titular de la SEP, 1990

SUBSECRETARIA DE EDUCACION SUPERIOR
E INVESTIGACION CIENTIFICA

SECRETARIA PARTICULAR

Oficio N° 103.2/90 - 015

México, D.F., enero 25 de 1990.

LIC. ANTONIO CANTU GARCIA
Secretario Particular del C. Secretario
de Educación Pública
P r e s e n t e .

Anexo al presente me permito hacerle llegar por indicaciones del C. Subsecretario, Dr. Luis Eugenio Todd y en atención a su oficio N°8498 del pasado 13 de diciembre, opinión del Lic. Enrique Sánchez Bringas, sobre los comentarios que el Dr. Jorge Cervantes, Ex-Presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General, envió al Lic. Carlos Salinas de Gortari, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, relativos a la expedición de títulos profesionales para médicos generales o médicos cirujanos.

Agradeciendo de antemano su atención, me es grato hacerle llegar un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E ,
EL SECRETARIO PARTICULAR

LIC. JAVIER DIAZ DE LA SERNA

c.c.p. C. Carlos Cuadrillo Aguilar.- Secretario Adjunto del C. Presidente de la República.
c.c.p. Dr. Jorge Cervantes.- Ex-Presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General.

Documento 6. Carta del Secretario Particular del Secretario de Salud al Subsecretario de Organización y Desarrollo de la SSA, 1990



C. G.-5

DEPENDENCIA:	SECRETARIA PARTICULAR DEL C. SECRETARIO Lleja Núm. 7. 1er. Piso, Col. Juárez 06696 México, D. F.
SECCIÓN:
MESA:
NÚMERO DEL OFICIO:	1/096/104 00335
EXPEDIENTE:

México, D.F., a 29 ENE. 1990

C. DR. GABRIEL GARCIA PEREZ
Subsecretario de Organización
y Desarrollo
E d i f i c i o .

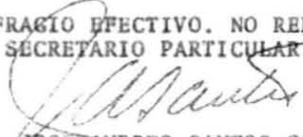
DIRECTO

Por instrucciones del C. Dr. Jesús Kumate Rodríguez, Secretario del Ramo, me permito enviar a usted para la atención procedente, fotocopia de la comunicación del 1° de diciembre último, que el C. DR. JORGE CERVANTES, Ex-Presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General dirigió al C. Primer Mandatario de la Nación, en la que expone la necesidad de modificar los sistemas de enseñanza de la cirugía en nuestro país y señala dos aspectos sobre los que considera urgente tomar medidas.

ANEXO Agradeceré a usted tenga la gentileza de dar respuesta al interesado, marcando copia a esta Secretaría Particular.

Hago propicia la ocasión para reiterarle las seguridades de mi consideración distinguida.

SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCION.
EL SECRETARIO PARTICULAR


DR. JOSÉ ANDRÉS SANTOS GONZÁLEZ

C.c.p. C. Carlos Cuadriello Aguilar, Secretario Adjunto del C. Presidente de la República.-Palacio Nacional, 06067 México, D.F. Ref.: 17444.
C.c.p. C. Dr. Jorge Cervantes.-Hospital A.B.C. Suite 508, Observatorio y Sur 136, 01120 México, D.F.

JASG'rmg

AL CONTESTAR ESTE OFICIO, CÍENDE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL CUADRO DEL ÁNGULO SUPERIOR DERECHO.

Documento 7. Artículo “Es necesario cambiar el título incorrecto de Médico Cirujano”, 2003

Cirujano General Vol. 25 Núm. 2 - 2003

EDITORIAL

Es necesario cambiar el título incorrecto de médico cirujano

On the need to change the incorrect diploma of “médico cirujano”

Dr. Jorge Cervantes*

Desde hace más de 2000 años, el padre de la medicina, Hipócrates, establecía ya claramente la diferencia entre las funciones de un médico y las de un cirujano, recomendando sabiamente a sus alumnos que las actividades quirúrgicas deberían dejarse únicamente en manos de los que se dedicaban a ese oficio.

En la Academia Mexicana de Cirugía, se han presentado en el transcurso de los últimos 25 años, con motivo de la discusión de los grandes temas de la cirugía en México, varias ponencias, tanto en sesiones regulares de la Academia como en eventos de la Semana Quirúrgica Nacional, donde se urgía a la Academia a tomar posiciones de liderazgo en dos asuntos claves para el mejoramiento de la enseñanza y práctica de la cirugía en nuestro país, como son la conveniencia de lograr que el período de formación del cirujano fuera de un mínimo de cinco años, como es el requerido en los países industrializados del primer mundo, donde incluso hay algunos países en los que se necesitan entre seis y ocho años de estudios de posgrado antes de lograr la categoría de cirujano.

En México, la mayoría de los programas tienen residencias de cuatro años y todavía quedan algunos con períodos de solo tres años, lo que me lleva a preguntar ¿qué los graduados de las Escuelas y Facultades de Medicina del país salen tan bien preparados que sólo necesitan tres a cuatro años de estudios de posgrado para convertirse en cirujanos, cuando los graduados de las más famosas universidades del mundo requieren de cinco a ocho años?

El otro tema de gran importancia que ha sido motivo de discusión por años y nada se ha hecho, es el referente al incorrecto título de “Médico Cirujano” que expiden las más de 80 escuelas y facultades de medicina del país a cerca de 9,000 graduados cada año, documento que, al registrarlo en la Secretaría de Salud y en la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, autoriza legalmen-

te a quien lo tiene a practicar la medicina y la cirugía en México, aunque no sepa nada de esta última, lo que ocasiona cotidianamente innumerables casos de complicaciones graves, mutilaciones y muertes. Si un cirujano con buen entrenamiento comete errores, se puede uno imaginar lo que ocurre al paciente que sea “operado” por estos “Médicos Cirujanos”, que sin los conocimientos en la materia, amparados por un título incorrecto, ejercen la cirugía con resultados funestos para sus ingenuas víctimas. A pesar de haber discutido ampliamente este tema en la Academia, nada ha ocurrido al respecto.

Durante los últimos 30 años, en innumerables ocasiones, los profesores de cirugía hemos denunciado esta anomalía ante las autoridades de la Secretaría de Salud y la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, sin obtener respuesta, tal parece que los funcionarios de estas dependencias tienen miedo de cambiar una costumbre muy arraigada en México, al expedir el título de “Médico Cirujano”. Se esgrime como razón que el costo político de este cambio sería elevado, sin importarles el alto costo en tragedias y vidas que esta práctica de procedimientos quirúrgicos por gente mal calificada ocasiona. Ya es hora que se dejen atrás temores al cambio y se actúe con decisión y valor para eliminar una práctica que tantas vidas ha costado. Urge que la Academia y la Asociación Mexicana de Cirugía General tomen el liderazgo en este problema ante las autoridades correspondientes.

Las más de 80 escuelas y facultades de medicina del país (entre las cuales sólo una tercera parte está debidamente acreditada), deben otorgar el título de “Licenciado en Medicina” o “Médico General” sólo a quien termine los estudios de medicina.

Existen 25 programas universitarios aprobados para efectuar residencia de Cirugía General. Al término de la residencia, el médico debe someterse al examen oral y escrito del Consejo Mexicano de Cirugía Gene-

(salto de página)

ral. Si lo pasa, recibe un certificado que lo acredita como Especialista en Cirugía. Dicho certificado tiene validez de sólo 5 años, al cabo de los cuales se deberá obtener la recertificación para poder seguir ejerciendo la especialidad.

No debemos continuar con las inercias del pasado, es necesario efectuar los cambios que el país requiere.

En conclusión, el título de Cirujano o Especialista en Cirugía, lo debe obtener sólo quien haya efectuado estudios completos de posgrado en la especialidad y esté debidamente certificado y re-certifi-

cado por el Consejo Mexicano de Cirugía General. El título de “Médico Cirujano” debe desaparecer, ya que es a todas luces incorrecto y propicia actividades poco éticas.

Debemos luchar porque en México la práctica de la cirugía esté restringida sólo a cirujanos bien calificados y certificados por el Consejo. Si nos quedamos callados y no protestamos por esta conducta aberrante, sin duda seremos cómplices de ella y continuaremos observando y lamentando las graves consecuencias que ocasiona.

* Profesor Titular de Cirugía General de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
Ex-presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General.



Urge un Abraham Flexner en México

Urgent need of an Abraham Flexner in Mexico

Jorge Cervantes-Castro
Departamento de Cirugía, Hospital ABC

En 1904 existían en Estados Unidos y Canadá 155 escuelas de Medicina, que graduaban cada año a aproximadamente 28,000 nuevos médicos; sin embargo, las condiciones sanitarias y la atención médica en esos países eran deficientes, con baja satisfacción de la sociedad que manifestaba gran inconformidad ante la alarmante cantidad de quejas atribuidas a los médicos.

Lo anterior obligó, en 1905, a la Fundación Carnegie, a identificar los eventos críticos que dieron lugar a las inconformidades. Solicitó a Abraham Flexner estudiar a las escuelas de Medicina del país y de Canadá. Para esa época, Flexner era un prestigiado educador de la Universidad Johns Hopkins. En los siguientes cinco años visitó las 155 escuelas de Medicina de su país y del vecino del norte. En 1910 publicó el “Informe Flexner”, que puso al descubierto que la mayor parte de las escuelas y facultades de Medicina de Estados Unidos y Canadá no cumplía los estándares establecidos y no merecían el nombre de escuela porque los cursos que ofrecían eran muy deficientes y, por lo tanto, debían clausurarse.¹

El impacto del “Informe Flexner” obligó a que más de la mitad de las escuelas de Medicina fueran forzadas a cerrar sus puertas, y a las restantes a implementar un rígido sistema de enseñanza de medicina de cuatro años de duración: los dos primeros en las aulas y laboratorios y los restantes en hospitales, con la responsabilidad directa del cuidado de enfermos en supervisión continua de un grupo selecto de docentes.

Este esquema es el que persiste en nuestros días y ha demostrado su utilidad.

Los resultados no se hicieron esperar y para el año 1920 el número de escuelas aprobadas se redujo a solo 85 y el núme-

Recibido: 23 de abril, 2014
Aceptado: 19 de junio, 2014

Correspondencia:
Acad. Dr. Jorge Cervantes Castro
Departamento de Cirugía, Hospital ABC
Av. Observatorio y Sur 132
01120 México DF.
Tel: 55-52723410.
jcervantes@abchospital.com

ro de graduados descendió a cerca de 13,800 por año.

En México, la situación es muy similar a la que existía en Estados Unidos antes de la publicación del "Informe Flexner", con gran cantidad de escuelas y facultades de Medicina que gradúan cada año cerca de 12,000 nuevos médicos, sin la supervisión adecuada de las autoridades educativas correspondientes.

En nuestro país, al parecer, es muy fácil abrir una escuela de Medicina. Se sabe que la entidad máxima para autorizar la apertura de todo tipo de instituciones educativas es la Secretaría de Educación Pública y la similar en cada estado de la República, se conoce que hay estados con varias escuelas de Medicina; Veracruz, por ejemplo, tiene siete escuelas de Medicina, casi una por cada ciudad importante del estado.

Tanto la Secretaría de Educación Pública, como las estatales, otorgan los permisos para el funcionamiento de las entidades de educación superior y éstas son autónomas, como por ejemplo la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Politécnico Nacional, el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, las universidades de los estados, etc., pero las autoridades educativas federal y estatal no supervisan los programas, instalaciones o cuerpo docente ni los grados que esas escuelas o facultades otorgan, lo que propicia lo observado actualmente en México, que más de la mitad de las escuelas y facultades de Medicina funcionan sin un control adecuado de sus programas o, lo que es peor, de la calidad de sus egresados, porque se observa una gran disparidad en los graduados de las más de 120 escuelas y facultades de Medicina del país.

En los medios oficiales es difícil conseguir datos, los más recientes muestran que existen más de 120 escuelas y facultades de Medicina, según la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades

de Medicina (AMFEM),² que fue fundada en 1957 con el objeto de registrar y certificar a las escuelas de Medicina. La AMFEM tiene afiliadas solo 88 escuelas y de estas, sólo 48 cuentan con la certificación adecuada, lo que deja a la mayoría sin registro y certificación oficial.

Además de la AMFEM, se constituyó el Consejo para la Acreditación de Educación Superior (COPAES),³ fundado el 8 de noviembre del 2000 como "la única instancia validada por el gobierno federal para conferir reconocimiento formal a organizaciones cuyo fin sea acreditar programas de educación superior en el país, ofrecidas por instituciones públicas y privadas".

En la página web de COPAES, consultada el 27 de julio del 2012, se aprecia que sólo tiene 44 escuelas y facultades de Medicina acreditadas, 30 de ellas públicas y 14 privadas.

A partir de enero de 2002 el proceso de acreditación de escuelas y facultades de Medicina del país pasó a cargo del Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM)⁴ y, según cifras del 18 de marzo de 2014, el COMAEM tiene registradas 76 escuelas y facultades de Medicina, con solo 53 de ellas acreditadas, 34 públicas y 19 privadas.

La AMFEM, el COPAES y el COMAEM, aparentemente, tienen las mismas funciones y similares atribuciones, pero sin obligatoriedad, lo que revela el desorden generalizado en esta materia, con el consiguiente fenómeno de perpetuar la formación y graduación de miles de médicos; la mayoría, además de recibir el incorrecto título de "Médico Cirujano" y la correspondiente cédula de profesiones, que los autoriza a ejercer la Medicina y Cirugía, con resultados funestos para los pobres pacientes que caen en manos de muchos de ellos.

Además de las tres entidades citadas: AMFEM, COPAES, COMAEM se creó, el 21 de enero de



2005, en la Secretaría de Educación Pública, la Dirección General de Educación Superior Universitaria (DGESU),⁵ adscrita a la Subsecretaría de Educación Superior, cuyo objetivo es: “promover, fomentar y coordinar las acciones para impulsar el fortalecimiento integral de instituciones públicas y particulares de educación superior; así como la mejora de la calidad de sus programas académicos, y que se reconocen como documentos auténticos los certificados, títulos, diplomas o grados que se expidan por las instituciones de educación superior”. No se tienen datos de cuántas escuelas o facultades de medicina están registradas o acreditadas en la DGESU.

En resumen, si analizamos los objetivos y funciones de AMFEM, COPAES, COMAEM y DGESU, vemos que existe entre estas cuatro instancias una gran confusión acerca del número de escuelas acreditadas, programas, cuerpo docente, instalaciones físicas, número de alumnos que se gradúan cada año, así como la nomenclatura de títulos que expiden; esto revela el enorme descontrol entre las entidades que regulan la enseñanza de la Medicina en México.

Ante la alarma del gobierno federal por la gran cantidad de quejas relacionadas con la mala calidad de la atención médica, hace ya más de 18 años (3 de julio de 1996) se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).⁶ “Institución pública que ofrece medios alternos para la solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos. También promueve la prestación de servicios de calidad, y contribuye a la seguridad de los pacientes. Pero sin investigar las causas del problema.”

Lo correcto hubiera sido investigar las causas de la deficiente atención médica y proponer soluciones, entre ellas: investigar a las entidades

formadoras de médicos, cosa que no se ha hecho hasta hoy, por lo que me apresuro a proponer la necesidad de un Abraham Flexner mexicano, que en un plazo razonable estudie y valore las más de 120 escuelas de Medicina del país, y de acuerdo con sus resultados, recomiende la clausura inmediata de la gran cantidad de entidades de educación superior que ofrecen estudios de Medicina que no merecen serlo.

De acuerdo con datos recientes de la OCDE, se requiere una escuela de Medicina por cada dos millones de habitantes, por lo que si deseamos estar a la par de los países desarrollados, en México, con 110 millones de habitantes, en lugar de 120 escuelas de medicina, necesitaríamos tener solo unas 55 escuelas muy buenas. De lograrse lo anterior, se estaría dando un gran paso para resolver el candente problema de médicos que salen de sus escuelas sin la preparación y experiencia adecuadas.

REFERENCIAS

1. Flexner A. The Carnegie Foundation for the Advanced of Teaching. Medical Education in the United States and Canada Bulletin Number Four (The Flexner Report). 1910. Facsimile edition. Boston MA, USA DB. Updike. The Mermount press 1960. Disponible en: www.carnegiefoundation.org
2. Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina (AMEFM). Acta Constitutiva de la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina 1957. Disponible en: www.amfem.edu.mx
3. Acta Constitutiva del Consejo para la Acreditación de Educación Superior (COPAES), noviembre 8, 2000. Disponible en: www.copaes.org.mx
4. Acta Constitutiva del Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM). Enero 2, 2002. Disponible en: www.comaem.org.mx
5. Acta Constitutiva de la Dirección General de Educación Superior Universitaria (DGESU), 21 de enero 2005, adscrita a la Subsecretaría de Educación Superior de la Secretaría de Educación Pública. Disponible en: <http://www.dgespe.sep.gob.mx/>
6. Decreto para la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Diario Oficial de la Federación del 3 junio de 1996. Disponible en: www.conamed.gob.mx

CAPÍTULO I. DATOS HISTÓRICOS DE LA ENSEÑANZA DE LA
MEDICINA EN MÉXICO

**FIGURA 4. Cronología de hitos en la historia de la medicina en México
(1325-2015)**

1325	Se funda México-Tenochtitlan
1469	Fernando e Isabel unen las coronas de Aragón y Castilla
1477	Se crea el Protomedicato
1492	Descubrimiento de América
1521	Se consuma la conquista de México.
1524	Se funda el Hospital de Jesús. Primer hospital del continente
1527	El Médico Francisco López es designado Primer Protomédico en la Nueva España
1551	Felipe II establece la creación de la Real y Pontificia Universidad de México
1553	Francisco Cervantes de Salazar inicia las clases en la Universidad con su cátedra de teología
1579	Juan de la Fuente establece la Cátedra Prima de Medicina
1584	Se gradúan los primeros médicos en la Nueva España
1715	Se funda la Regia Academia Mariana de Práctica Médica

- 1768-1833 Se establece el Real Colegio de Cirugía de la Nueva España
- 1810 Se inicia el movimiento de independencia de México
- 1821 Se consuma la independencia, el país tenía 6 millones de habitantes
- 1831 Se publica la Ley de Cesación del Protomedicato
- 1833 Valentín Gómez Farías clausura la Real y Pontificia Universidad de México y en 1834 se le cambia el nombre por Universidad Nacional y Pontificia. Se crea el Establecimiento de Ciencias Médicas
- 1841 Se publica el reglamento de Estudios Médicos por el Consejo de Salubridad General
- 1842 El Consejo Superior de Salubridad expide el primer permiso como “Médico Cirujano” a Francisco Acosta
- 1846 El establecimiento de Ciencias Médicas cambia su nombre por el de Colegio de Medicina
- 1854 Se compra el antiguo edificio de la Inquisición para la Escuela de Medicina
- 1864 Fundación de la Academia Nacional de Medicina

- 1910 Justo Sierra inaugura la Universidad Nacional y se integra a ella la Escuela de Medicina. Se publica el informe Flexner en Estados Unidos de América
- 1917 La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el derecho a la salud (Artículo 4º)
- 1921 Se crea la Secretaría de Educación Pública
- 1933 Fundación de la Academia Mexicana de Cirugía
- 1945 Se expide la Ley General de Salud y se crea la Dirección General de Profesiones
- 1957 Se funda la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM)
- 1983 Se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS)
- 1995 Se crea el Comité Nacional Normativo de Especialidades Médicas (CONACEM)
- 1996 Se funda la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)
- 2000 Fundación del Consejo para la Acreditación de la Educación Superior (COPAES)

- 2011 Se modifica el artículo 81 de la Ley General de Salud referente a la necesidad de certificación de los especialistas médicos.
- 2015 México cuenta con 120 millones de habitantes, más de 120 escuelas de medicina y cerca de 400 mil médicos.

CAPÍTULO I.

DATOS HISTÓRICOS DE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN MÉXICO

RESUMEN

Se presentan los principales datos históricos de la medicina prehispánica y lo que ocurrió en México en el transcurso de los 300 años de vida de la colonia, desde 1521 hasta la consumación de la independencia en 1821. Durante el Virreinato la enseñanza y práctica de la medicina y cirugía estuvieron ligadas a lo que ocurría en España y desde el año 1646 bajo la severa influencia de la institución del Protomedicato que se encargaba de examinar a los médicos y cirujanos, de expedirles las licencias para ejercer la profesión y de vigilar su desempeño. Al consumarse la independencia se abolió el Protomedicato, se creó el Establecimiento de Ciencias Médicas, lo que dio origen al nacimiento de la Universidad Nacional.

Al hablar sobre los antecedentes históricos de la enseñanza de la medicina en México, conviene hacer un breve comentario sobre la medicina prehispánica.³⁶ Existen innumerables ejemplos de la riqueza de conocimientos médicos registrados en códices indígenas³⁷ sobre la naturaleza curativa de numerosas plantas, de la existencia de algunas deidades asociadas a padecimientos específicos, entre ellas de acuerdo a lo expresado por Fray Bernardino de Sahagún, la diosa tutelar de la medicina, Centeotl, diosa de las hierbas medicinales y titular de los temascales

³⁶ **FLORES Y TRONCOSO** Francisco de Asis. *Historia de la Medicina en México desde la época de los indios hasta el presente*. Tomo I. IMSS, México, 1982, pp 307-308.

³⁷ **LEÓN PORTILLA** Miguel, **MATEOS HIGUERAS** Salvador. *Catálogo de los códices indígenas del México Antiguo*. Boletín Bibliográfico de la Secretaría de Hacienda. Supl. #11, México 1957, pp 18-22.

*“adorábanla los médicos y los cirujanos, y los sangradores y también las parteras y las que dan hierbas para abortar”.*³⁸

La enseñanza de la medicina entre los aztecas era impartida en lugares anexos a los templos llamados Calmecac.³⁹ El cacique era el encargado de supervisarla, la impartían los sacerdotes y la recibían los iniciados que llevaban el nombre de Mamaxtli. La enseñanza era fundamentalmente religiosa, pero se agregaba el conocimiento de las tradiciones y de la medicina, o Ticiotl, que entraba en la categoría de oficio; el padre enseñaba al hijo la manera de conocer la enfermedad y el modo de curarla por medio de plantas medicinales, baños o pequeñas cirugías.⁴⁰

Entre los aztecas el oficio de curar estaba subdividido, y es posible establecer equivalencias con las distintas especialidades actuales como por ejemplo el internista era el Tlama-Tepatiticitl, que curaba con medicinas ingeridas o aplicadas sobre la piel o con baños. El Texoxotla-Ticitl, era el equivalente al cirujano. La Tlamat-Quiticitl era la comadrona y el Papiani-Panama-Cani era el encargado de la extensa herbolaria empleada en Mesoamérica por todos los pueblos indígenas.

³⁸ **ALONSO CONCHEIRO** Antonio. *“Cronología Médica Mexicana. Cinco siglos”*. Consejo de Salubridad General. Siglo XXI, Editores 2010, pp. 71.

³⁹ **FERNÁNDEZ DEL CASTILLO** Francisco. *“La cronología y la medicina Nahuatl”*. Revista El Médico 1958; 7(11): 12-13.

⁴⁰ **JOST** Marc. *“Medicina precortesiana”*. Lab Roussel, México 1952, pp 16-18.

La farmacopea del México antiguo era muy importante en el tratamiento de las enfermedades y los herbolarios llegaban a ocupar una posición destacada en la sociedad.⁴¹

En la época prehispánica también destacó, por avanzada, la civilización maya que abarcó el sureste de México, Guatemala, partes de Honduras y el Salvador. Esta civilización tuvo su esplendor entre los años 400 y 600 de nuestra era, para declinar por razones desconocidas, alrededor del año 800 en que fueron abandonadas las grandes metrópolis Mayas, ejemplo esplendoroso de arquitectura y arte.⁴²

La medicina maya, según se asienta en el Popol Vuh era muy avanzada. Los dioses mayas de la medicina eran Ix Chel, Citboltún y Zanna, que crearon la profesión de los médicos, el Ahmen, que quiere decir “*aquél que entiende*”. El médico maya era considerado profeta.

Los mayas creían que las enfermedades bajaban del cielo como castigo de los dioses. Llamaban a las epidemias Cilich-kohaanz o santa enfermedad.

La medicina maya era fundamentalmente mágica, transmitida por ancianos a los jóvenes y está ricamente documentada en los códices, como el Popol Vuh y el Chilam-Balam. Poco se conoce de la práctica quirúrgica entre los mayas; se sabe que usaban cuchillos de obsidiana para abrir abscesos y otras intervenciones de cirugía menor. Los mayas no practicaban trepanaciones, pero tenían una gran

⁴¹ **BARQUÍN CALDERÓN** Manuel. “*Medicina Precolombina*”. En: **BARQUÍN CALDERÓN** Manuel, **MÉNDEZ CERVANTES** Francisco. “*Historia gráfica de la medicina*”. Méndez Editores, México, 2009. pp 411-430.

⁴² **BARQUÍN CALDERÓN** Manuel. “*Medicina Precolombina*”. Op Cit. México, 2009.

habilidad para realizar incrustaciones de piedras preciosas en los dientes y en practicar operaciones rituales como perforar el tabique nasal para colocar piedras de ámbar como adornos.

En el siglo XVI, en el año 1552, se publicó el primer manuscrito de medicina en América, el libro *“Libellus de Medicinalibus indorum herbis”*, del sabio indígena Martín de la Cruz, originario de Xochimilco, con la colaboración del español Juan Badiano, que se conocería después como el código De la Cruz-Badiano y que contiene una descripción extensa de la variedad de plantas medicinales y de sus usos.^{43,44}

No hay duda que antes de la llegada de los españoles, la medicina prehispánica era abundante en testimonios de la actuación de chamanes y curanderos que efectuaban todo tipo de tratamientos, suturaban heridas, extraían piezas dentales, entablillaban fracturas, atendían partos y llegaron a figurar de manera importante en el tratamiento de heridas en las batallas de la conquista.⁴⁵ Ya consumada ésta, Hernán Cortés en sus cartas de relación al Monarca Español, Carlos V, al solicitar

⁴³ **ALONSO CONCEIRO** Antonio. *“Cronología Médica Mexicana. Cinco siglos”*. Siglo XXI Editores, México 2010, pp 21.

⁴⁴ **DE LA CRUZ** Martín. *“Libellus Medicinabulus Indorum Herbis”*. Versión española del manuscrito en latín. Ed. Fondo de Cultura Económica, IMSS, México, 1991.

⁴⁵ **OCARANZA**, Fernando. *“Historia de la Medicina en México”*. Edición conmemorativa del 1er. Centenario del Establecimiento de Ciencias Médicas 1833-1953. Laboratorios Midy México, 1956 p 127.

personal calificado para ayudar en su labor le decía *“no envíe médicos españoles a estas tierras, pues los autóctonos emplean una muy eficaz medicina”*.⁴⁶

El ascenso al trono en 1469 de los Reyes Católicos, Fernando e Isabel y gracias a su interés en promover instituciones comunes y de centralizar el poder al unir las coronas de Aragón y Castilla propició la formación de varias entidades, entre ellas el Real Tribunal del Protomedicato, creado por Cédula Real el 30 de marzo de 1477.⁴⁷ Dicho tribunal era responsable de velar por el funcionamiento correcto de todos los aspectos de la esfera sanitaria en España, vigilando y supervisando las actividades de los médicos, castigando los casos de “mala praxia” o los excesos de algún personal sanitario.

La enseñanza académica de la medicina en México tiene sus orígenes en lo que ocurría en España. Consumada la conquista de la Gran Tenochtitlán por Hernán Cortés en 1521, se trasplantaron a la Nueva España todas las instituciones de la península, entre ellas el Protomedicato, que se estableció desde los primeros años de la conquista y sentaba las condiciones que deberían llenar los practicantes de la medicina.⁴⁸ Se sabe que por disposición del cabildo de la ciudad de México, el médico Pedro López recibió en 1527 el nombramiento de Primer Protomédico.

⁴⁶ **CORTÉS** Hernán. *“Cartas de Relación”*. Editorial Océano, México, 1986, pp 320.

⁴⁷ **TATE LANNING** John. *“El Real Protomedicato”*. México. Facultad de Medicina e Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM, 1997, pp 39-40.

⁴⁸ Fernández del Castillo Francisco, Hernández Torres Alicia: *El tribunal del Protomedicato en la Nueva España*. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., 1965, p 208.

El 21 de septiembre de 1551 el Rey Felipe II estableció la cédula de creación de la Real y Pontificia Universidad de México que abrió sus puertas el 3 de junio de 1553⁴⁹ con la Cátedra Prima de Teología impartida por Francisco Cervantes de Salazar, siendo hasta 26 años después, en 1579 cuando Juan de la Fuente estableció la Cátedra Prima de Medicina.⁵⁰

En 1584 se graduaron los primeros médicos de la Nueva España en la Real y Pontificia Universidad de México. Desde sus inicios, la enseñanza de la medicina y de la cirugía estaban separadas, ya que la práctica de la cirugía, siguiendo la costumbre europea de la época, se limitaba a los llamados “barberos cirujanos”, que desde la época del Medievo eran los encargados de efectuar diversos tipos de procedimientos quirúrgicos, destrezas adquiridas sin el beneficio de una verdadera escuela, sino por maniobras logradas con el correr del tiempo. Eran artesanos, hacían sangrías, curaban heridas, drenaban abscesos, arreglaban luxaciones, entablillaban fracturas, extraían piezas dentales y en ocasiones hasta amputaban extremidades.

En la colonia proliferó la práctica de la medicina bajo los auspicios y la vigilancia del ayuntamiento de la ciudad de México, que la ejercía a través del cabildo municipal.

La Universidad estableció en 1621 la cátedra de anatomía y cirugía. En 1646 se instauró formalmente en la Nueva España el tribunal del Protomedicato, integrado

⁴⁹ **CERVANTES CASTRO** Jorge. “450 Aniversario de clases en la Universidad de México”. Rev Archipiélago 2003; (40)-17-18.

⁵⁰ **BARQUIN CALDERÓN** Manuel. “Historia de la Medicina”. México. Méndez Editores 1995, p 263.

por tres miembros: el catedrático de la prima de medicina, el decano de la facultad y un tercero nombrado por el Virrey, de entre los catedráticos universitarios. Las funciones de este tribunal fueron examinar a los médicos y cirujanos y expedirles licencias para ejercer.⁵¹

En el tiempo de la colonia una era la institución que instruía, capacitaba y acreditaba a los profesionistas en el ámbito de la salud (la Universidad), y otra la encargada de permitir su ejercicio con clara injerencia de la autoridad (el Protomedicato).

La práctica profesional de los cirujanos, que se hallaba apartada de la medicina, estaba sujeta a las reglas que operaban en España, hasta que en 1771 el Virrey ordenó que el Real Colegio de Cirugía, creado por Cedula Real en 1768,⁵² fuera el encargado de examinar y expedir licencia a los cirujanos. Para ingresar a los estudios del Real Colegio de Cirugía, los interesados deberían probar que eran limpios de sangre, es decir, se aceptaban únicamente los hijos de españoles o criollos (indígenas, negros y mulatos excluidos), presentar su acta de nacimiento y comprometerse a llevar el curso completo de cuatro años para poder lograr su certificado como cirujano. De esta manera los médicos, al terminar sus estudios en el Colegio Real de Cirugía debían acudir después al Protomedicato para ser aprobados. Al ser abolido éste en 1831, acudían a la Facultad Médica o a la Junta de Salud correspondiente. Situación que prevaleció hasta la creación del Estado

⁵¹ **ARCE GURZA** Francisco. *Historia de las Profesiones en México*. SEP/Colegio de México. 1982. pp 39-51.

⁵² **RAMÍREZ ORTEGA**, Verónica, *El Real Colegio de Cirugía de Nueva España, 1768-1833*. México, Instituto de Investigaciones Sociales, Facultad de Medicina-UNAM, Patronato del Hospital de Jesús, Comisión de Estudios Históricos de la Escuela Médico Militar, 2010. Vol IX.

Federal Mexicano, cuando se publicó la primera constitución política expedida el 4 de octubre de 1824 por el Congreso Constituyente.⁵³

En la Nueva España hubo diversos hospitales que funcionaban como los de España: hospicios, orfanatos, asilos y sanatorios, que con el tiempo fueron evolucionando hasta convertirse en establecimientos dedicados solamente a la atención y curación de enfermos.⁵⁴ Destaca el Hospital de Jesús, fundado por el Conquistador Hernán Cortés en 1524 y que todavía funciona en nuestros días. La atención en el Hospital de Jesús, que contaba sólo con 50 camas, era proporcionada por un médico, un cirujano, un barbero, un sangrador y una enfermera; tenía además una cocinera y 11 esclavos para cuidar la limpieza y los trabajos domésticos.⁵⁵

Desde época temprana (1648) se dio dentro del hospital la enseñanza práctica de la anatomía humana y acudían los estudiantes de medicina y cirugía.

Otros hospitales fueron el Hospital de San Hipólito, el Hospital Real de los Naturales, el Hospital de San Lázaro y el Hospital de San Andrés, entre los 128 hospitales que se fundaron en el territorio de la Nueva España durante los 300 años de la colonia.

⁵³ **MORENO GARAVILLA** Jaime Miguel. *“El ejercicio de las profesiones en el Estado Federal Mexicano”*. Edit. Porrúa. Fac de Derecho UNAM. México 2011, pp 23-25.

⁵⁴ **MURIEL** Josefina: *“Hospitales de la Nueva España”*. Tomo I. Editorial Jus 1980, pp 9-359.

⁵⁵ **GASCÓN MERCADO** Julián. *“Breve historia del Hospital de Jesús”*. Quinta edición. Vertiente Editorial. México 2006, pp 9-217.

La mayoría de los hospitales eran atendidos y apoyados por diferentes órdenes religiosas y la enseñanza y práctica de la medicina era exclusivamente tutorial.

El hospital de San Andrés fue el último que se fundó durante la colonia, en el último tercio del siglo XVIII en 1797; tenía 300 camas y era atendido por sacerdotes, médicos y cirujanos.⁵⁶

Al consumarse la independencia de México en 1821, hubo efervescencia en todos los ámbitos de la vida de la nueva nación y la práctica de la medicina no fue una excepción. El 21 de noviembre de 1831, Anastasio Bustamante, Vicepresidente de la República, publicó la ley de Cesación del Real Tribunal del Protomedicato “causante en gran parte del retraso de la enseñanza y símbolo de las restricciones de la corona” y ordenó la creación de la “Facultad Médica”, encargada de vigilar la formación de los médicos y farmacéuticos, así como de supervisar su práctica.⁵⁷

El doctor Valentín Gómez Farías, insigne médico que fungía como Presidente de la República, tomó la iniciativa de reorganizar la enseñanza y ordenó el cierre de la Universidad en 1833: Poco tiempo después, a iniciativa del propio Gómez Farías, se creó el Establecimiento de Ciencias Médicas, alejando la enseñanza del pensamiento de la Real y Pontificia Universidad, que fue sustituida por la Dirección General de Instrucción Pública, cuyo capítulo cuarto era el referente a las Ciencias

⁵⁶ **MARTÍNEZ BARBOSA** Xochitl. *“El hospital de San Andrés”*. Siglo XXI Editores, 2005, pp 7-188.

⁵⁷ **ARRILLADA** JB. (recopilador) Ley de Cesación del Promedicato. Biblioteca de la Secretaría de Gobernación, Nov. 1831, pp 6-14.

Médicas, que adoptó el modelo de la escuela francesa, haciendo énfasis por primera vez en este importante concepto:

“como la salud pública es el primero y más importante objeto de la institución del ayuntamiento, es deber del gobierno velar por que se conserve la salud del pueblo...”

En el reglamento de estudios médicos y de exámenes del Consejo de Salubridad General publicado el 1 de enero de 1841,⁵⁸ el Establecimiento de Ciencias Médicas señaló que para ser médico-cirujano se debería presentar constancia de Bachiller y de Latín. Después de pasar un examen, cursar la carrera de medicina durante cinco años, dividido como sigue: primer año, anatomía, fisiología y elementos de higiene; segundo año: anatomía, patología quirúrgica, elementos de patología general, farmacia y clínica quirúrgica; tercer año: patología quirúrgica, patología médica, operaciones y aparatos de cirugía; cuarto año: terapéutica y materia médica, clínica quirúrgica; quinto año: obstetricia y enfermedades de las mujeres paridas y de los recién nacidos, medicina legal y clínica médica.⁵⁹

Este mismo establecimiento de ciencias médicas, por medio del Consejo de Salubridad General, expedía desde 1842 permisos para ejercer como flebotomistas,

⁵⁸ **MARTÍNEZ CORTÉS** Fernando. *“De las miasmas y efluvios al descubrimiento de las bacterias patógenas”*.

Los primeros cincuenta años del Consejo Superior de Salubridad General. 1993, pp 37, 38, 39.

⁵⁹ **CÁRDENAS DE LA PEÑA** Enrique. *“Temas Médicos de la Nueva España”*. México IMSS. Sociedad Médica Hispano-Mexicana. Instituto Cultural Domecq-Grafica. Creatividad y Diseño, Mexico, 1992, p39.

como “Médicos Cirujanos”, como cirujanos o sólo para ejercer la medicina. (Ver figuras 1 a 4)

Antes de practicar su profesión, los médicos deberían ser sometidos a un doble examen teórico-práctico por dos examinadores del Protomedicato. Una vez autorizados, los médicos cirujanos deberían colocar afuera de sus casas una gran letra “M” para que se supiera quienes eran y estaban obligados a proporcionar ayuda médica a quien lo solicitara, independientemente de su condición económica o social, so pena de ser severamente castigados si el médico se negaba a proporcionar los servicios requeridos.

En el año 1834 se cambió el nombre de la Universidad en lugar de “Real y Pontificia” a “Nacional y Pontificia”.⁶⁰ En 1846, el Establecimiento de Ciencias Médicas cambió su nombre por el de Colegio de Medicina, cuya sede anduvo errante en esa época violenta de la vida del México independiente, hasta que en 1854 se compró por \$50,000.00 pesos el antiguo edificio del Tribunal de la Inquisición, al lado de la plaza de Santo Domingo donde estuvo la Escuela de Medicina durante 102 años, hasta que en 1956, se mudó a su nueva sede en la Ciudad Universitaria, cuando su director era el Dr. Raúl Fournier Villada. Este venerable edificio de la antigua Escuela de Medicina sigue siendo parte de la Facultad de Medicina, es la sede del

⁶⁰ **BARQUÍN CALDERÓN** Manuel, **MÉNDEZ CERVANTES** Francisco. “*Historia gráfica de la medicina*”. Méndez Editores, México, 2009, pp 441-42.

Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina y en su auditorio celebra sus sesiones el Consejo Universitario.⁶¹

Con motivo de la invasión norteamericana, se fundó el Hospital Juárez el 23 de agosto de 1847, que junto con el Hospital de San Hipólito se encargaron de atender a las víctimas de esa guerra, así como a los de la invasión francesa iniciada en 1864. Estos dos nosocomios eran como hospital-escuela, donde se enseñaba medicina y cirugía; funcionaban como “Hospitales de Sangre”; atendían a los múltiples heridos en las guerras de la intervención y del segundo Imperio, siguiendo las enseñanzas y cambios en la práctica quirúrgica, sobre todo por los avances logrados en Francia por los cirujanos napoleónicos como Dominique Larrey, quien popularizó las técnicas de amputación e introdujo el empleo de ambulancias para sacar a los heridos de los campos de batalla y llevarlos a los centros de atención cercanos.⁶²

A mediados del siglo XIX, con las leyes de Reforma, Juárez terminó de secularizar la atención hospitalaria y en 1859 nacionalizó los bienes del clero, entre ellos, la mayoría de los hospitales.

Una vez consolidada la República, a finales del siglo XIX, la enseñanza de la medicina y de la cirugía se basó más en la medicina francesa y se inició la época

⁶¹ **DE LA MAZA** Francisco. *“El Palacio de la Inquisición”*. Instituto de Investigaciones Estéticas. UNAM México, 1961, pp 19-20.

⁶² **FAJARDO ORTIZ** Guillermo. *“Breve historia de los hospitales de la ciudad de México”*. Soc Mex de Historia y Filosofía de la Medicina. 1980: pp 17-75.

en la que un número elevado de distinguidos pioneros de la medicina mexicana acudían a las principales clínicas y hospitales del viejo continente y al regresar a México implantaban el modelo europeo en sus respectivos hospitales, especialmente el desarrollado en Viena por Teodoro Billroth, el gran cirujano austriaco que estableció un programa de capacitación hospitalario de posgrado con reconocimiento y respaldo universitario que contemplaba la rotación y el estrecho contacto con los servicios de medicina y de cirugía, la consulta externa y el seguimiento minucioso de los casos.

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX se establecieron los primeros hospitales de enseñanza en diversas entidades de la República.

Destacaron el Hospital Juárez desde 1847 y el Hospital General de la ciudad de México,⁶³ inaugurado por el Presidente Porfirio Díaz en 1905, donde la enseñanza era tutorial. Aplicaban el modelo europeo: el maestro recibía uno o varios alumnos recién graduados de la carrera de “Médico Cirujano y Partero” que lo acompañaban en todas sus actividades y con el paso del tiempo, generalmente varios años, adquirían las destrezas aprendidas del maestro y se establecían por su cuenta a ejercer su profesión.^{64,65,66}

⁶³ **DÍAZ DE KURI** Martha, **VIESCA TREVIÑO** Carlos. “*Historia del Hospital General*”. México 2001, pp 13-391.

⁶⁴ **LÓPEZ JUAN** Mercedes. “*Consejo de Salubridad General*”. Rev SOMAIS 2005; 1(1): pp 40-42.

⁶⁵ **CORDERO Y GALINDO** Ernesto: “*Una década olvidada de la Medicina Mexicana*”. (2ª. de 3 partes). Rev Facultad de Medicina México, 2002, vol 45(2): pp 78-80.

⁶⁶ **MARTÍNEZ BARBOSA** Xochitl, **MARTÍNEZ CORTÉS** Fernando, **RIVERO SERRANO** Octavio. “*Consejo de Salubridad General 1935-2000*”, SSA Mexico 2003, pp 40-52.

Gracias al maestro Justo Sierra, la enseñanza superior tuvo un momento culminante en septiembre 22, 1910 al reinaugurarse la Universidad Nacional de México, ya no pontificia, todavía no Autónoma y a partir de ese momento se integró formalmente la Escuela de Medicina a la Universidad.⁶⁷

Lo anterior es un breve repaso de los antecedentes de la educación médica en México, pasando por la medicina que practicaban los pueblos indígenas a la llegada de los españoles y la que implantaron los conquistadores al traer de España las prácticas médicas de esos tiempos, mismas que estuvieron vigentes durante más de 300 años de la vida de la Nueva España y que sufrió cambios radicales al lograrse la independencia del país.^{68,69}

⁶⁷ **PALACIO DE LA ESCUELA DE MEDICINA.** *"Historia y Restauración del edificio"*. Publicaciones UNAM. 1980, pp 27- 29.

⁶⁸ **LEÓN Nicolás.** *"Apuntes para la historia y la enseñanza de la Medicina en México"*. Gac Med Mex 1976: 7: pp 12-20.

⁶⁹ **CORDERO GALINDO Ernesto.** *"Una década de la medicina Mexicana"*.(3ª de tres partes) Rev. Fac de Medicina, México 2002,vol 45(2) pp 78-70.

FIGURA 5. El Consejo Superior de Salubridad autoriza a Ignacio Pérez para que ejerza como flebotomiano, 1842

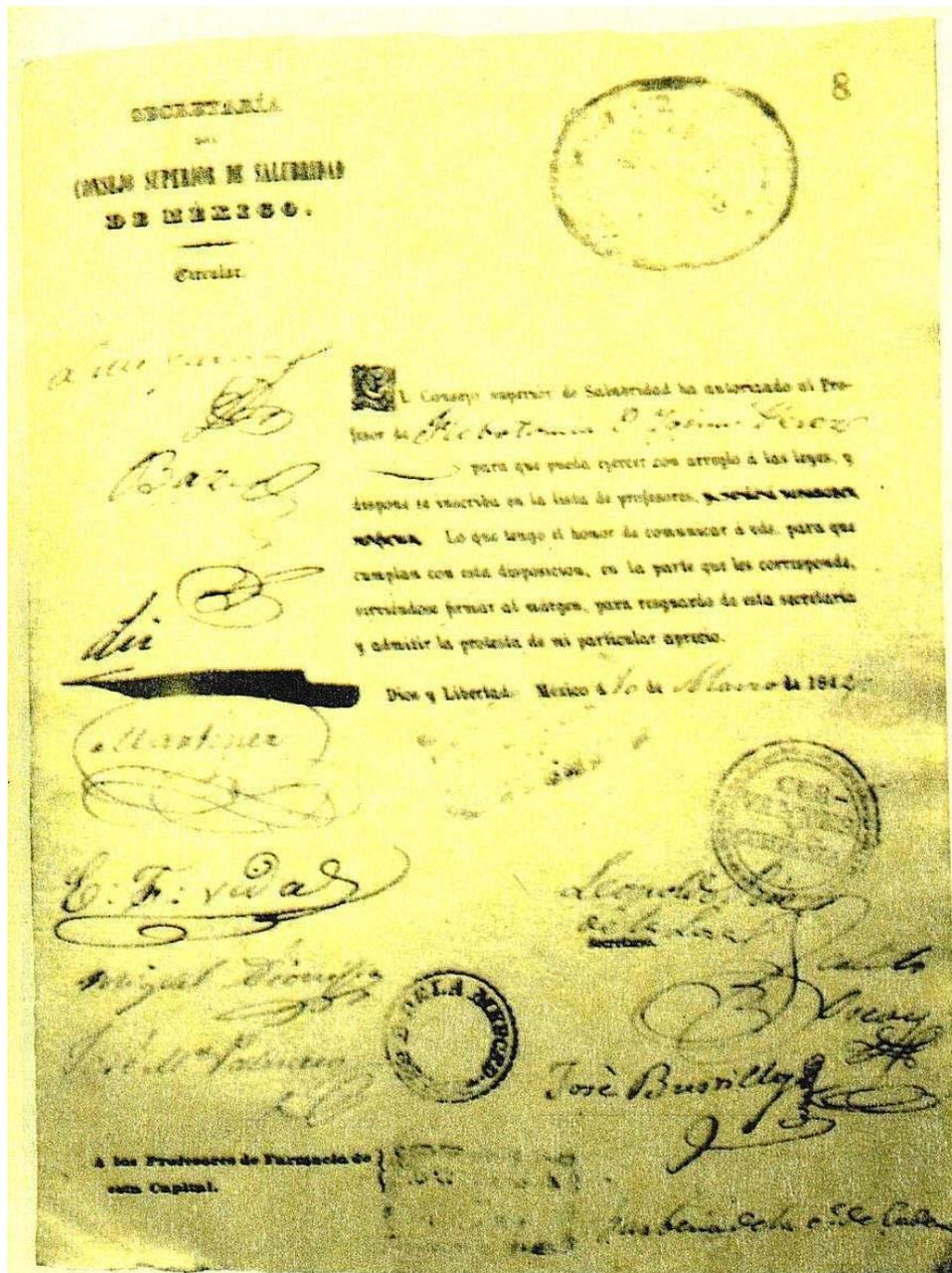


FIGURA 7. El Consejo Superior de Salubridad autoriza a Joaquín Sala para que ejerza como Cirujano, 1842

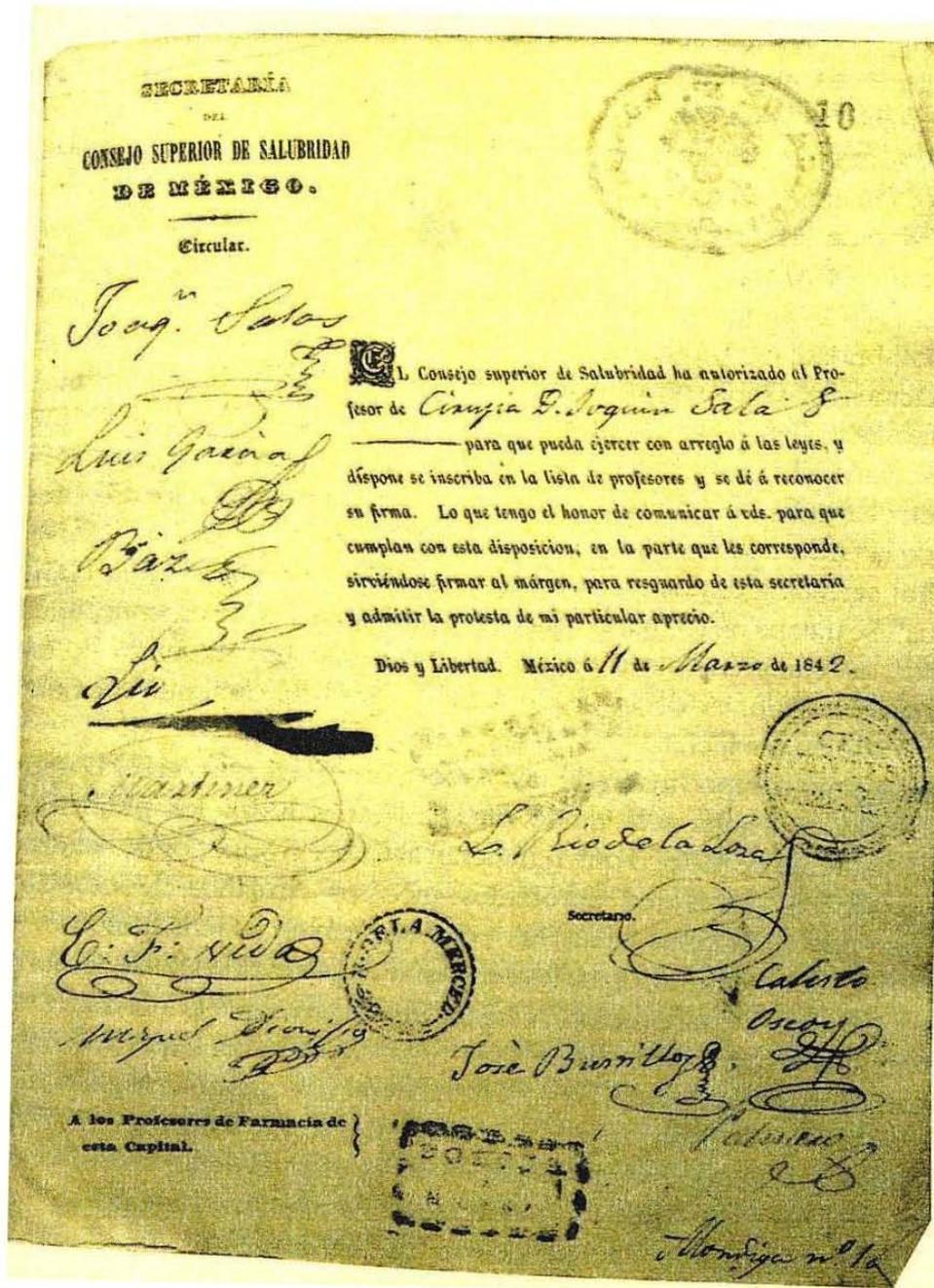
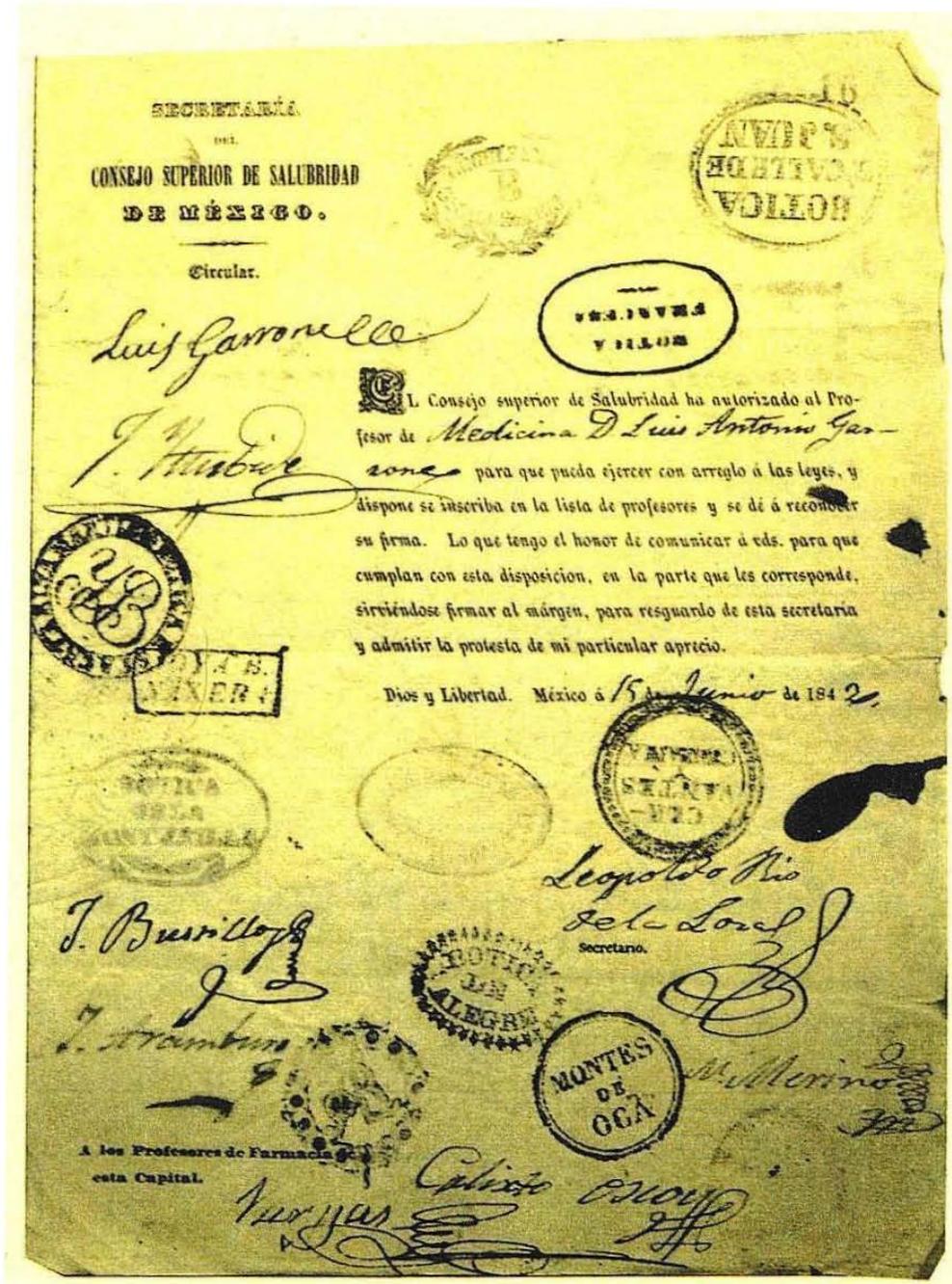


FIGURA 8. El Consejo Superior de Salubridad autoriza a Luis Antonio Garrone para que ejerza la medicina, 1842



CAPÍTULO II. LA FORMACIÓN DEL MÉDICO MODERNO

CAPÍTULO II.

LA FORMACIÓN DEL MÉDICO MODERNO

RESUMEN

Al consumarse la independencia de México en 1821, había en el país seis millones de habitantes y se continuó con el modelo de práctica médica de España. En la primera mitad del siglo XX, gracias a la repercusión del informe Flexner, se adoptó el programa de educación médica que persiste hasta nuestros días, especialmente el desarrollado por la Universidad Nacional a partir de 1910. Se revisa la formación del médico moderno, la proliferación de las escuelas de medicina y la denominación de los títulos que expiden. Se hace especial énfasis en la falta de control oficial, lo que resulta en que más de la mitad de las escuelas de medicina del país no están acreditadas y muchas gradúan médicos con serias deficiencias.

El antecedente de la formación del médico moderno en México se encuentra en el documento publicado el 1 de enero de 1841 por el Establecimiento de Ciencias Médicas, que señalaba los requisitos que deberían llenar los estudiantes para ser “Médicos Cirujanos”: tener grado de bachiller de latín y cursar una carrera de medicina de cinco años, al cabo de los cuales deberían someterse a un examen teórico-práctico por dos examinadores.⁷⁰

Dicho sistema persistió en México hasta principios del siglo pasado. Los estudiantes acudían al “Colegio de Medicina”, en el antiguo Palacio del tribunal de la Inquisición

⁷⁰ **MARTÍNEZ CORTÉS** Fernando, **MARTÍNEZ BARBOSA** Xavier. “*El Consejo Superior de Salubridad, Rector de la Salud Pública en México*”. Consejo de Salubridad General, 1997, pp 21-24.

siguiendo el sistema antiguo, hasta que en 1910, al reinaugurarse la Universidad Nacional de México, la Escuela de Medicina pasó a formar parte de la Universidad.^{71,72,73}

Al inicio del siglo XX, en 1905, Abraham Flexner⁷⁴ un destacado graduado de estudios clásicos de la Universidad Johns Hopkins, en Baltimore, recibió el encargo de la Fundación Carnegie para efectuar un estudio sobre las Escuelas de Medicina en los Estados Unidos, ya que se sabía de la enorme disparidad e irregularidad de los diferentes establecimientos públicos y privados donde se enseñaba esta profesión, lo cual era causa de numerosos incidentes adversos ocasionados por los médicos graduados en dichos sitios. Flexner era conocido por su obra sobre educación, en la cual cuestionaba con severidad el uso exclusivo de conferencias como forma de enseñanza y el aprendizaje de memoria. Nunca había estado en una escuela de medicina, por lo que se dedicó durante cinco años a visitar las 155 escuelas de medicina que había en Estados Unidos y Canadá. Comparó todos los aspectos de la educación, incluyendo infraestructura, cuerpo docente, compromiso

⁷¹ **FLORES Y TRONCOSO** Francisco de Asis. *"Historia de la Medicina en México"*. Tomo I. Instituto Mexicano del Seguro Social. 1982, pp 22-28.

⁷² **ÁLVAREZ AMEZQUITA** José, **BUSTAMANTE** Miguel. *"Historia de la salubridad y la asistencia en México"*. Tomo II. México SSA 1960; pp 436-437.

⁷³ **MARTÍNEZ CORTEZ** Fernando. *"La escuela de Medicina"*. En: **MORENO DE LOS ARCOS** Roberto, **MARTÍNEZ CORTÉS** Fernando. **RODRÍGUEZ ME**, **SALAMANCA GÓMEZ** Fabio. *"El Palacio de la escuela de Medicina"*. México. UNAM 1983. pp 27-126.

⁷⁴ **FLEXNER** Abraham. *"Medical Education in the United States and Canada. A report to Carnegie Foundation for the advancement of teaching"*. Bulletin number four 1910. Facsimile edition. Boston, Ma, USA; DB Updike, The Mermount Press 1960.

con las Universidades, currícula, evaluación de resultados y un sinnúmero de datos relacionados con el mecanismo de operación tanto de escuelas públicas como privadas.

El Informe Flexner fue publicado en 1910 y causó gran impacto debido a las pésimas condiciones que existían en muchas de las escuelas visitadas; entre ellas, resultaba demoledora la descripción de las catorce escuelas de medicina en Chicago a las que describió como “una desgracia del estado cuyas leyes permiten que funcionen instituciones como esas, indescriptiblemente sucias... una verdadera plaga para la nación...”

Como consecuencia del demoledor informe Flexner, más de la mitad de las escuelas de medicina fueron obligadas a cerrar. En 1904 había 155 escuelas de medicina que graduaban 28 mil médicos al año; para el año 1920, el número de escuelas disminuyó a 85 y para ese año se graduaban 13,800 estudiantes.

FIGURA 9. RECOMENDACIONES DE FLEXNER

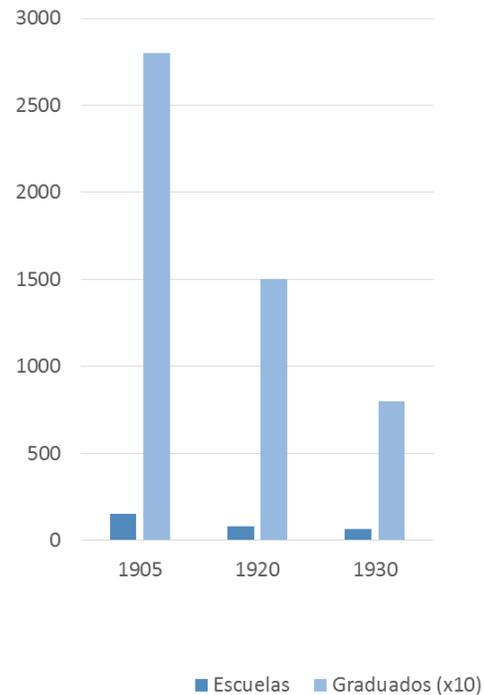
1	Reducir de 155 a solo 35 escuelas a nivel nacional
2	Requisitos más estrictos para ingresar
3	Entrenar a los alumnos en el método científico y fomentar en los docentes la investigación
4	Dar control de los campos clínicos de las escuelas a los hospitales
5	Reforzar los controles del estado sobre las escuelas
6	Carrera de medicina de 4 años, 2 de ciencias básicas y 2 de servicios clínicos en hospitales-escuela
7	Eliminar escuelas privadas no asociadas a universidades
8	Tener profesores de tiempo completo

Fuente: Cervantes Jorge. El excesivo número de escuelas de medicina en México. Congreso Internacional sobre

Responsabilidad Medica. Guadalajara, Jalisco, mayo 12 al 14, 2014.

FIGURA 10. Resultados del reporte Flexner ⁷⁵

- En 1905, había 155 escuelas de medicina en los Estados Unidos, que graduaban 28,000 médicos al año.
- En 1920 había solo 80 escuelas, graduaban 15,000.
- En 1930 quedaban 65 escuelas, graduaban 8,000.



De las modificaciones sugeridas por el Informe Flexner, se estableció en Estados Unidos y Canadá que la carrera de medicina, después del bachillerato, debería constar de un currículo de cuatro años, los dos iniciales, de ciencias básicas en las aulas y laboratorios de las escuelas, más dos años de enseñanza clínica en los hospitales, un internado rotatorio y que las escuelas de medicina deberían tener una vinculación estrecha con las universidades y los hospitales.

⁷⁵ **CERVANTES** Jorge. "El excesivo número de escuelas de medicina en México". Congreso Internacional sobre Responsabilidad Medica. Guadalajara, Jalisco, mayo 12 al 14, 2014.

Otra de las recomendaciones del Informe Flexner fue que deberían integrarse las ciencias básicas y las ciencias clínicas; que se estimulara el aprendizaje activo en lugar del mecanismo de aprender de memoria las conferencias de los educadores y enfatizar que la enseñanza es una tarea de por vida. “El estudiante no sólo mira, oye y memoriza. Él realiza su propia actividad en el laboratorio y en la clínica que son los factores principales en su instrucción y formación disciplinaria”.

Siguiendo lo establecido en México desde el siglo XIX; publicado por el Establecimiento de Ciencias Médicas en 1841, más los conceptos revolucionarios del Informe Flexner de 1910, se instituyó en el país el modelo de educación médica que persiste hasta nuestros días, el cual consta de dos años de instrucción básica en las aulas y laboratorios de las escuelas; dos años de enseñanza clínica en los hospitales, un año de internado rotatorio de pregrado y un año de servicio social.^{76,77}

⁷⁶ **MARTÍNEZ CORTÉS** Fernando. “*La Medicina científica en el siglo XIX Mexicano*”, FCE 1987, pp 57.

⁷⁷ **FLORES ECHAVARRÍA** Rosalinda, **SÁNCHEZ FLORES** Adelita, **CORONADO HERRERA** Manuel, **AMADOR CAMPOS** Julio Cesar. “*La formación médica en México y los procesos en búsqueda de garantizar la calidad de los egresados*”. Rev Fac Med UNAM 2011 vol; 44 pp 75-80.

El siguiente es el modelo que sigue la UNAM^{78,79,80,81,82} y que estableció la definición del perfil del egresado por competencias aprobado por el Consejo Técnico de la Facultad de Medicina el 17 de septiembre del 2008. Dicho perfil de egreso se definió con ocho competencias básicas:

1. Pensamiento crítico, juicio clínico, toma de decisiones y manejo de la información.
2. Aprendizaje autorregulado y permanente.
3. Comunicación efectiva.
4. Conocimiento y aplicación de las ciencias biomédicas, socioeconómicas y clínicas en el ejercicio de la medicina.
5. Habilidades clínicas de diagnóstico, pronóstico, tratamiento y rehabilitación.
6. Profesionalismo, aspectos éticos y responsabilidades legales.
7. Salud poblacional y sistema de salud. Promoción de la salud y prevención de enfermedades.
8. Desarrollo y crecimiento personal.

⁷⁸ **HERNÁNDEZ ZINZUN** Gilberto. *“La calidad de la Educación Médica en México”*. Plaza y Valdés. Edit. México 1998., pp 68-75.

⁷⁹ **NARRO ROBLES** José: *“Los desafíos de la Educación Médica en México”*. UNAM 1990, pp 192.

⁸⁰ **DE LA GARZA AGUILAR** Javier. *“Reflexiones sobre la calidad de la carrera de medicina en México”*. Gac Med Mex 2995; 141: pp 129-141.

⁸¹ **SÁNCHEZ-MENDIOLA** Melchor, **DURANTE-MONTIEL** Irene, **MORALES-LÓPEZ** Sara, **LOZANO-SÁNCHEZ** José Rogelio, **GRAUE-WIECHERS** Enrique. *“Plan de Estudios 2010 de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México”*. Gac Méd Méx. 2011; 147: pp 152-8.

⁸² **PIÑA-GARZA** Enrique, **GONZÁLEZ-CARBAJAL** Eleuterio, **LÓPEZ-BÁRCENA** Joaquín. Et al. *“Fundamentación académica para la elaboración de un plan de estudios de medicina en México”*. Gaceta Médica de México. 2008; 144: pp 189-97.

Este plan de estudios, muy completo, sería recomendable que lo siguieran las principales escuelas y facultades de medicina del país, pero es necesario reconocer que existe una enorme disparidad en la enseñanza que ofrecen las más de 120 que operan actualmente en México y que gradúan más de 12,000 profesionistas cada año.⁸³

⁸³ Ver anexo #1 con nombre y localización de las 103 Escuelas y Facultades de Medicina. Subdivisión de Educación Continua. Fac. de Medicina UNAM 2011.

FIGURA 11. Número de escuelas y facultades de medicina por entidad federativa ⁸⁴

#	ENTIDAD FEDERATIVA	FA	FR
1	Distrito Federal	14	11.86%
2	Jalisco	10	8.47%
3	Veracruz	9	7.63%
4	Tamaulipas	8	6.78%
5	Baja California	7	5.93%
7	Puebla	6	5.08%
8	Chiapas	5	4.24%
9	México	5	4.24%
10	Tabasco	5	4.24%
11	Durango	4	3.39%
12	Guanajuato	4	3.39%
13	Nuevo León	4	3.39%
14	Chihuahua	3	2.54%
15	Coahuila	3	2.54%
16	Morelos	3	2.54%
17	San Luis Potosí	3	2.54%
18	Sonora	3	2.54%
19	Yucatán	3	2.54%
20	Aguascalientes	2	1.69%
21	Guerrero	2	1.69%
22	Michoacán	2	1.69%
23	Oaxaca	2	1.69%
24	Querétaro	2	1.69%
25	Sinaloa	2	1.69%
26	Campeche	1	0.85%
27	Colima	1	0.85%
28	Hidalgo	1	0.85%
29	Nayarit	1	0.85%
30	Quintana Roo	1	0.85%
31	Tlaxcala	1	0.85%
32	Zacatecas	1	0.85%

Total: 118 escuelas registradas. Baja California Sur no tiene escuela o facultad de medicina. Se utilizó como total el número de escuelas y facultades entre ANUIES y AMFEM. FUENTE: AMFEM,

A.C. 2014. FA: Frecuencia absoluta; FR: Frecuencia relativa.

La razón de esta proliferación de escuelas y facultades en nuestro país es que la máxima autoridad educativa en México, la Secretaría de Educación Pública, que a nivel Federal se supone es la entidad responsable de todo lo relacionado con la

⁸⁴ Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina A.C (AMFEM), 2014.

educación,⁸⁵ no es la única que otorga la autorización para abrir instituciones de enseñanza. Como vivimos en una República Federal formada por 32 estados soberanos,⁸⁶ la Secretaría de Educación de cada estado tiene la facultad de expedir la autorización para que se abran unidades educativas, tanto públicas como privadas; por eso existen Estados de la República que cuentan con varias escuelas de medicina, casi una por cada ciudad importante de ese estado.

Con el afán de regular el funcionamiento de la enseñanza de la medicina en México, se creó en 1957 la AMFEM (Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina) entidad que pretende agrupar y certificar a todas las escuelas y facultades de medicina que existen en el país.⁸⁷

Durante los últimos años, la AMFEM constituyó e implementó el Sistema Nacional de Acreditación buscando contribuir al mejoramiento de la educación médica en México. Su mecanismo de acción consiste en verificar que las instituciones educativas cumplan con los estándares de calidad establecidos por la propia AMFEM.⁸⁸

Uno de los numerosos problemas que enfrenta la AMFEM, es que al formar parte de esta organización y someterse a su escrutinio NO ES OBLIGATORIO para las

⁸⁵ **VASCONCELOS** José. “La ley de educación”. En: **VASCONCELOS** José. “Memorias II. El Desastre”. Fondo de Cultura Económica, México, 1982, pp 18-26

⁸⁶ **MORENO GARAVILLA**, Jaime Miguel. “El ejercicio de las Profesiones en el Estado Federal Mexicano”. Edit. Porrúa, México, 2011, pp 35-40.

⁸⁷ AMFEM. Acta Constitutiva Junio 1, 1957.

⁸⁸ **AMFEM**. Sistema Nacional de Acreditación. México 1995.

escuelas y facultades de medicina. Para entender cómo funciona esta organización, vemos que al 30 de marzo del 2014 existen en el país 120 escuelas y facultades de medicina y la AMFEM tiene registradas solo 93, lo que deja a 33 instituciones en el limbo, sin que haya una autoridad que pueda valorar si tienen la capacidad de cumplir con el programa académico requerido.

De las 93 escuelas y facultades de medicina registradas en la AMFEM (52 escuelas públicas y 41 privadas), únicamente 33 públicas (35%) y 18 privadas (19%) reúnen los requisitos para ser acreditadas (54%); las restantes 42 (46%) no alcanzan la acreditación respectiva, debido a que sus planes y programas de estudio no son suficientes como para proporcionar una educación médica adecuada a sus educandos, cuentan con una acreditación vencida (10 públicas y 4 privadas) o tienen un programa de reciente creación que no ha sido evaluado (3 públicas y 10 privadas).⁸⁹

El Consejo para la Acreditación de Educación Superior, A.C. (COPAES),⁹⁰ se fundó el 8 de noviembre del año 2000 y “es la única instancia validada por el Gobierno Federal para conferir reconocimiento formal a organizaciones cuyo fin sea acreditar programas de educación superior en el país, ofrecidas por instituciones públicas y privadas”.

⁸⁹ **AMFEM**, Octubre 2015. Dato proporcionado por la Lic. Yvonne E. Fischer Hess.

⁹⁰ **CONSEJO PARA LA ACREDITACIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR**, A.C. “*Acta Constitutiva*” (COPAES). Nov. 6, 2000.

En el sitio de internet de COPAES consultado el 27 de julio del 2012, se ve que COPAES tiene sólo 44 escuelas y facultades de medicina acreditadas a nivel nacional, 30 escuelas públicas y 14 privadas, como se podrá observar en el Anexo 2 “COPAES: Escuelas de medicina acreditadas”.

A partir del mes de enero del 2002, el proceso de acreditación de las escuelas y facultades de medicina en el país pasó a cargo de COMAEM (Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica, A.C.),⁹¹ organismo integrado por personas morales, instituciones públicas y privadas de nacionalidad mexicana cuyo objetivo esté vinculado con el propósito de elevar la calidad de la Educación en Medicina.

Forman parte del COMAEM: la Academia Nacional de Medicina, la Academia Mexicana de Cirugía, la Secretaría de Salud y la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) con miembros observadores del IMSS, ISSSTE, de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, del Colegio Médico de México y por distinguidos representantes de la sociedad civil.

El COMAEM es ahora el máximo organismo acreditador de la educación médica impartida en México, tanto de sus insumos como de sus procesos y resultados, en los niveles de pre y posgrado con reconocida autoridad moral para realizar sus tareas y es un órgano consultor y asesor oficial de las instituciones relacionadas de manera directa e indirecta con la educación médica y su objetivo es acreditar los

⁹¹ **CONSEJO MEXICANO PARA LA ACREDITACIÓN DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA** “Acta Constitutiva” (COMAEM). Enero 2002.

programas de estudios de medicina en todas sus modalidades y emitir un dictamen de acuerdo al proceso que para tal efecto establece.^{92,93,94,95}

El COMAEM es financieramente estable, cuenta con personalidad jurídica propia, es autónomo, encargado de emitir los dictámenes relativos a la acreditación de escuelas y facultades y garantiza su compromiso con todos los asuntos concernientes a la profesión médica.

A continuación los datos más recientes de COMAEM respecto al número de Escuelas y Facultades así como su estado de certificación.⁹⁶

⁹² **PÉREZ** Jorge, **VALLES** Antonio, **CASERAS** Xavier, **GUAL** Arcadio. “Competencias profesionales que han de adquirir los licenciados en Medicina durante sus estudios de pregrado”. *Educación Médica* 1991; 2: pp 37-45.

⁹³ **GARCÍA-GARCÍA** José Antonio, **GONZÁLEZ-MARTINEZ** José Francisco, **ESTRADA AGUILAR** José Luis, **URIEGA-GONZÁLEZ** Plata Silvia. “Educación médica basada en competencias”. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2010; 73 (1): pp 57-69.

⁹⁴ **ABREU HERNÁNDEZ** Luis Felipe, **CID ÁNGEL** Neftalí, **HERRERA CORREA** Gil, et al. “Perfil por competencias del médico general mexicano”. Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, México; 2008.

⁹⁵ **ARGUDIN VÁZQUEZ** Yolanda. “Educación basada en competencias”. Edit. Trillas, México, 2005, pp 1-4.

⁹⁶ **COMAEM**, 2012.

FIGURA 12. Reporte de estatus escuelas o facultades de medicina registradas en COMAEM

Estatus	Públicas	Privadas	Cantidad
Acreditadas	34	19	53
Acreditación vencida	11	0	11
No acreditadas	6	6	12
Total	51	15	76

Datos disponibles hasta Abril, 2012. Fuente: COMAEM.

El costo del proceso de acreditación por el COMAEM para el año 2012 era de \$95.000.00 con una vigencia de 5 años. La acreditación es voluntaria, por lo que no existen sanciones; sin embargo, la Norma Oficial Mexicana para ciclos clínicos e internado de pregrado obliga a las escuelas a contar con la acreditación del Consejo para la Acreditación de la Educación Superior, A.C. (COPAES) para disponer de campos clínicos.⁹⁷

Existen importantes diferencias entre AMFEM, COPAES y COMAEM: mientras que AMFEM tiene listadas 93 escuelas y únicamente 51 acreditadas, 33 públicas y 18 privadas; COPAES tiene 44 escuelas y facultades acreditadas, 30 públicas y 14 privadas.⁹⁸ Por último, COMAEM tiene 76 escuelas registradas con 51 acreditadas.

Respecto a la denominación de los títulos profesionales expedidos por las escuelas de medicina registradas en AMFEM existe lo siguiente:

⁹⁷ **COPAES**. "Reglamento del Consejo para la Acreditación de Educación Superior", (COPAES A.C.), 2000.

⁹⁸ **AMFEM**, A.C., 2015.

FIGURA 13. Denominación de títulos expedidos por escuelas y facultades de medicina en México ⁹⁹

TÍTULO EXPEDIDO	Número de escuelas/facultades
Médico Cirujano	62
Licenciado en Medicina	12
Médico Cirujano y Partero	9
Médico Cirujano Partero	5
Médico General	4
Médico	4
Licenciado en Médico Cirujano	1
Licenciado en Medicina Homeopática	1
Médico Cirujano Integral	1
Médico Cirujano Militar	1
Médico Cirujano Partero y Homeópata	1
Médico Homeópata Cirujano y Partero	1
Médico Naval	1
Total	103

FUENTE: Subdivisión de Educación Continua. Facultad de Medicina. 2011.

Lo anterior nos permite observar que del total de escuelas y facultades de medicina registradas, casi el 80% tiene una denominación errónea al referirse al egresado como “Médico Cirujano”, con alguna de sus variantes. Una vez obtenido el título, el médico acude a la Dirección General de Profesiones, Federal o Estatal y le es

⁹⁹ **FACULTAD DE MEDICINA.** Subdivisión de Educación Continua. UNAM, 2011.

concedida una cédula que lo autoriza para ejercer en este país la profesión indicada en el título. En algunas escuelas de medicina el título aparece con el aberrante y disonante término “Licenciado en Médico Cirujano”.



UNIVERSIDAD ANÁHUAC

otorga a

Isaac Saley Spindel

el título de

Licenciado en Médico Cirujano



con Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios por Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de noviembre de 1982, en atención a que terminó los estudios correspondientes y acreditó los requisitos establecidos para ello.

Huixquilucan, Edo. de México, a 12 de septiembre de 2008

El Rector

M. C. Jesús Quirce Andrés

En el caso que nos ocupa y preocupa del título de “Médico Cirujano”, el profesionalista que recibe esa cédula puede dedicarse a ejercer por igual la medicina y la cirugía.¹⁰⁰ Existen evidencias de sobra de que al graduarse en una Escuela de Medicina, el médico posee sólo conceptos generales de las principales patologías del cuerpo humano, que de ninguna manera le convierten en especialista¹⁰¹ pero, peor aún, de cirugía tiene sólo conocimientos elementales, que de ninguna manera lo capacitan para efectuar procedimientos quirúrgicos. Si puede, cuando es necesario, suturar laceraciones simples, drenar abscesos superficiales, hacer curaciones de heridas, etc., pero por supuesto, no tiene los conocimientos ni destrezas requeridas para operaciones quirúrgicas como apendicectomía o hernioplastías umbilicales o inguinales, para citar sólo algunos de los problemas quirúrgicos más comunes.^{102,103}

Si revisamos lo que ocurre en otros países, respecto a la duración de los estudios de medicina, vemos que en los Estados Unidos y Canadá, se exige un período de cuatro años seguidos de un año de internado de pregrado y el recién graduado obtiene el título de “MD” (Medical Doctor), equivalente a “Médico General”, sin especialización alguna y menos con reconocimiento de capacitación quirúrgica.

¹⁰⁰ **CERVANTES CASTRO** Jorge. “Es necesario cambiar el título incorrecto de Médico Cirujano”. Cir.Gral.2003, 25 (2) pp 178-17.

¹⁰¹ **ECHVERRIA ZUNO** Santiago. “La formación de médicos especialistas. Una responsabilidad compartida”. Cir Ciruj 2008; 76: 449.

¹⁰² **CERVANTES CASTRO** Jorge. “Iatrogenia en Cirugía”, 1992. Op Cit.

¹⁰³ **CERVANTES** Jorge. “Iatrogenic Injuries in Surgery”. Acta Chirurgica Belga 1996; Op Cit.

En América Latina existe una gran diversidad en los períodos de capacitación para obtener el título de médico. La mayoría de los países exigen un período de cinco años, seguidos por un internado y en algunos países se exige un año de servicio social en una comunidad rural. Respecto a la nomenclatura, la mayoría de escuelas y facultades expide títulos de “Médico Cirujano”, como en México; en otros como en Argentina, el título es de Médico; y en el colmo de la aberración, en Venezuela las mujeres se gradúan como “Medicas Cirujanas”.

FIGURA 14. Comparación de la duración de los estudios de medicina y nombre del título en diversos países

	País	Años	Título
1	Argentina	6	Médico
2	Brasil	6	Médico Cirujano
3	Canadá	4	Medical Doctor (médico general)
4	Chile	5	Médico Cirujano
5	Colombia	5	Médico
6	España	6	Licenciado en Medicina y Cirugía
8	Estados Unidos	4	Medical Doctor (médico general)
9	Francia	6	Doctor en Medicina
10	Italia	6	Doctor en Medicina y Cirugía
11	México	6	Médico Cirujano
12	Panamá	5	Doctor en Medicina
13	Portugal	6	Licenciatura en Medicina
14	Uruguay	6	Doctor en Medicina
15	Venezuela	6	Médico Cirujano y Médica Cirujana

FUENTE: Información propia, obtenida a partir de datos proporcionados por cirujanos de cada país mediante consulta personal.

Al hacer un resumen sobre la formación de los médicos en México podemos observar una enorme disparidad entre las Escuelas y Facultades de Medicina que

funcionan actualmente en el país¹⁰⁴ y vemos que a pesar de que existen varias instituciones que supuestamente regulan su funcionamiento; se hacen evidentes grandes diferencias en los números mostrados por la AMFEM, el COPAES y COMAEM, lo que demuestra que prácticamente la mitad de las Escuelas y Facultades de Medicina no están acreditadas.

Con base en lo anterior se puede concluir que debido a que un número elevado de Escuelas y Facultades de Medicina en México funcionan sin la acreditación correspondiente; y al carecer de ella, es posible que numerosos médicos que se gradúan actualmente en dichas instituciones tengan serias deficiencias en su preparación, lo que indudablemente repercutirá en la calidad de la atención médica que proporcionarán a sus pacientes, amparados en su mayoría con un título de “Médico Cirujano” y por la cédula correspondiente, sin que exista actualmente algún mecanismo para corregir esta grave anomalía.

Si nos remitimos a lo expresado al iniciar este capítulo podemos ver que a más de 100 años de distancia del Reporte Flexner, sus señalamientos tienen aplicación muy puntual a lo que ocurre actualmente en México según lo expresado por el doctor José Narro Robles hace 11 años, cuando era director de la Facultad de la Medicina

¹⁰⁴ **FRENK MORA**, Julio, **ROBLEDO VERA** Cecilia, **NIGENDA LÓPEZ** Gustavo, et al. “*Políticas de formación y empleo de médicos en México. 1977-1980*.” Salud Pública de México, 1990; 32 (4): 440-448.

de UNAM en el año 2004, quien cita textualmente parte fundamental del informe Flexner:¹⁰⁵

“En los últimos años se ha registrado una enorme sobreproducción de médicos mal preparados. Esto se ha presentado sin consideración alguna con respecto a las necesidades de la población.”

“En gran parte, la sobreproducción de médicos mal preparados se debe a la existencia de un número excesivo de escuelas de medicina comerciales, que vive en razón de la mercadotecnia que dirigen a una masa de jóvenes preparados con deficiencias de conocimientos que son desviados del mercado laboral hacia el estudio de la medicina.”

“Hasta hace poco, el establecimiento de una escuela de medicina ha probado ser un negocio rentable porque los métodos de enseñanza han sido fundamentalmente teóricos. Conforme la necesidad de laboratorios se han incrementado, los gastos han crecido, y la calidad de la enseñanza se ha deteriorado.”

“Las universidades han fallado en buena parte al no evaluar adecuadamente los grandes avances de la educación médica y el costo creciente de la enseñanza. Deseosas de aparentar que cuentan con un espectro completo,

¹⁰⁵ **NARRO ROBLES** José: “La Herencia de Flexner. Las ciencias básicas, el hospital, el laboratorio y la comunidad”. Gaceta Med, Mex 2004; 140(1): 52-55.

muchas universidades han establecido escuelas de medicina sin tener en cuenta los estándares requeridos ni los costos que esto requiere.”

“La existencia de muchas de las escuelas ineficientes e innecesarias se intenta justificar con el argumento de que sirven a jóvenes de bajos recursos. El argumento defiende en realidad a las escuelas miserables y no a los jóvenes pobres.”

“En virtud de todos estos hechos, el futuro parecería plantear la necesidad de contar con un número reducido de escuelas de medicina, mejor equipadas y mejor organizadas que las que ahora existen.”

“Igualmente, las necesidades de la sociedad plantean la pertinencia de tener menos médicos graduándose cada año, pero con una mejor preparación.”

“En verdad, si somos honestos, tendremos que reconocer que parte de nuestra realidad es compatible con la descripción flexneriana de hace casi cien años. Pronto tendremos que hacer algo, de hecho, pronto tendremos que hacer mucho.”

“A la sociedad se le debe asegurar en todo momento que quien ejerce la medicina en cualquier etapa de su vida profesional, sea capaz y competente, que tiene los conocimientos, las habilidades y la actitud necesaria para fungir como médico”.

En resumen, existe un serio problema en nuestro país respecto a la proliferación de escuelas de medicina y a las diferentes entidades que supuestamente regulan y

controlan su funcionamiento como se observa en el siguiente cuadro que indica la existencia de 118 escuelas y facultades de medicina en México y a los miles de médicos graduados cada año, por lo que es necesario alzar la voz, señalar deficiencias, proponer soluciones y exigir que estas se lleven a la práctica. Sólo así podremos hacer algo en favor de la educación médica en México.^{106,107,108,109,110,111}

¹⁰⁶ **NARRO ROBLES** José, **MOCTEZUMA** David. *“La información en el marco de la reforma del sector salud”*. En: **DE LA FUENTE** Juan Ramón, **TAPIA CONREY** Roberto, **LEZAMA FERNÁNDEZ** Miguel Ángel, editores. México. McGraw Hill, 2002.

¹⁰⁷ **GONZÁLEZ CARBAJAR**, Eleuterio. *“El diagnóstico de la Salud en México”*. México. Publicaciones Técnicas de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. UNAM: 1978.

¹⁰⁸ **NARRO ROBLES** José. *“Indicadores generales de salud pública y de los servicios de salud”*. Gac Med Mex 2000; 136 Supl: 1-6.

¹⁰⁹ **LIFSHITZ GUINZBERG** Alberto. *“La práctica médica en los albores del Siglo XXI”*. Cir Ciruj 2010: 78:p 469.

¹¹⁰ **CERVANTES**, Jorge. *“El excesivo número de Escuelas de Medicina en México”*. Presentado en el I Congreso Internacional de Responsabilidad Médica. Organizado por: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México y Universidad de Guadalajara. 13 de mayo de 2014.

¹¹¹ **CERVANTES** Jorge. *“Urge un Abraham Flexner en México”*. Gaceta Médica. Academia Nacional de Medicina 2014. 82(5): 473-475.

FIGURA 15. Escuelas y facultades de medicina en México

	Fuente	Número
1	Directorio Nacional de la AMFEM 2014	89
2	Catálogo de licenciaturas ANUIES 2012	80
3	Certificadas por COMAEM (Abril 2012)	50
4	Dirección de Educación en Salud, Secretaría de Salud (Marzo 2012)	105
5	Con alumnos sustentantes del ENARM 2013	84
6	Combinación de datos AMFEM y ANUIES	118

Fuente: Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM). Abril, 2014.

FIGURA 16. El gran negocio de las escuelas privadas de medicina

Escuela	Costo Anual
TEC Monterrey (D.F.)	\$895,848.00
Universidad Anáhuac	\$812,285.00
Universidad Panamericana	\$763,350.00
Universidad La Salle	\$699,869.00
Universidad del Valle de México	\$560,160.00
Universidad Cuauhtémoc Guadalajara	\$450,000.00
Universidad Latinoamericana	\$444,160.00
Centro de Estudios Universitarios Xochicalco (Ensenada)	\$423,720.00
Universidad Hipócrates (Guerrero)	\$417,000.00
Universidad del Valle Atemajac (Jalisco)	\$371,000.00
Universidad Olmeca (Tabasco)	\$142,740.00

Al analizar la problemática del excesivo número de escuelas de medicina del país, la Academia Nacional de Medicina convocó en abril de 2014 al “Seminario Internacional sobre Políticas de Formación de Médicos Especialistas”. En la conferencia de clausura, el Rector de la UNAM, Dr. José Narro Robles, analizando lo que dijo hace 11 años, cuando dirigía la Escuela de Medicina expresó lo siguiente:

*“La UNAM convoca a la Secretaría de Salud, la ANUIES, la AMFEM y la Academia Nacional de Medicina a la integración de un grupo de trabajo para el estudio de los asuntos relacionados con la formación de recursos médicos para el país y a sostener una reunión de trabajo en fecha próxima”.*¹¹²

A la fecha de la publicación de esta tesis (octubre, 2015), dicha convocatoria no ha tenido lugar, y sigue sin atenderse este candente problema del excesivo número de escuelas de medicina en México que gradúan cada año a más de 12 mil médicos, muchos de ellos con serias deficiencias en su preparación.

¹¹² **NARRO ROBLES**, José. “Prioridades en la formación de médicos en México”. En: “Seminario Internacional sobre Políticas de Formación de Médicos Especialistas”. Academia Nacional de Medicina. México, abril 21, 2014.

CAPÍTULO III. LA FORMACIÓN DEL CIRUJANO GENERAL

CAPÍTULO III.

LA FORMACIÓN DEL CIRUJANO GENERAL

RESUMEN

Al terminar la carrera de medicina, los interesados en ingresar a una residencia de cirugía general en alguna de las 133 sedes autorizadas para ello en el país, deben competir cada año con más de 3,500 candidatos que toman el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Medicas (ENARM), solo 18% logra una de las 620 plazas de ingreso a un programa de cuatro años de duración y al completarlo deben de obtener la certificación del Consejo Mexicano de Cirugía General antes de estar plenamente autorizado a ejercer su especialidad. Un alarmante 35% de los graduados no pasa el examen del Consejo.

Como señalamos en páginas anteriores, una vez terminados sus estudios de medicina, el recién graduado acude con su título a la Dirección General de Profesiones dependiente de la Secretaría de Educación Pública federal o estatal, donde se le expide una *“Cédula con efectos de patente para ejercer la profesión de Médico Cirujano.”* En un trámite posterior, la Secretaría de Salud le asigna un número de registro y en poder de esos documentos se encuentra autorizado, en todo el territorio nacional, para ejercer su profesión. Sin embargo, el recién graduado de las más de 120 facultades y escuelas de medicina del país no tiene la formación ni está capacitado para ejercer como cirujano,¹¹³ ni en ningún otro campo

¹¹³ **BARRIENTOS FORTES** Tomás, **BARRAGÁN** Ramón. *“Cómo enseñar la cirugía en la Licenciatura de medicina general”*. En: **VEGA MALAGÓN** Jesús Alberto. Ed. *“La Cirugía General y el Cirujano”*. Universidad Autónoma de Querétaro 2011, pp.15-25.

especializado de la clínica, sino que es un médico general capacitado para brindar atención primaria sobre los problemas más frecuentes de salud en su comunidad, lo que se conoce como primer nivel de atención.

Los médicos interesados en obtener la especialización en cirugía deben seguir un largo trayecto, de varios años,¹¹⁴ que comienza con un curso de preparación para inscribirse en el examen de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS),¹¹⁵ entidad académica que se fundó el 19 de octubre de 1983 reconociendo la importancia del derecho a la salud y considerando la gran disparidad de programas de formación de recursos humanos para la salud que existen en México con el propósito de identificar las áreas de coordinación entre las instituciones educativas y las de salud, así como entre estos dos en el proceso de formación de recursos humanos que se necesitan en el sistema nacional de salud. Para tal efecto se encarga de elaborar y aplicar el examen que deben aprobar los médicos en México interesados en especializarse en alguna rama del conocimiento médico.

La CIFRHS está integrada por representantes de la Secretaría de Programación y Presupuesto, de la Secretaría de Educación Pública, de la Secretaría de Salud, del

¹¹⁴ **CERVANTES** Jorge, **CERVANTES** Arturo. "Health Care Delivery System. Effects on surgical education: the Mexican panorama". *World J Surg* 1994; 18: 695-698.

¹¹⁵ **CIFRHS**. *Acuerdo Presidencial de creación de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud*. Octubre 18, 1983.

IMSS, del ISSSTE, del Sistema Nacional para el Desarrollo de las Familias y del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica.

También forman parte, miembros del Consejo de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Enseñanza Superior A.C. (ANUIES), de la Academia Nacional de Medicina y representantes de los Institutos Nacionales de Salud.

Esta comisión es un órgano de consulta de la SEP y de la Secretaría de Salud, y entre sus funciones principales está identificar las áreas de coordinación entre las instituciones educativas y de salud, así como entre el sector educativo y el sector salud en el proceso de formación de recursos para la salud.

En el aspecto que nos ocupa, de la formación de cirujanos, la CIFRHS tiene la facultad de proponer criterios de selección para los alumnos que desean estudiar una especialidad. Para tal fin la CIFRHS ha elaborado desde su creación, un ambicioso programa de selección de los médicos aspirantes a cursar alguna de las 47 especialidades reconocidas mediante un estricto examen nacional de selección que se efectúa cada año en el mes de octubre y cuyos resultados se publican en la prensa nacional al mes siguiente para que los médicos seleccionados puedan solicitar el ingreso a los programas acreditados en cada especialidad.

Una de las especialidades más solicitadas actualmente es la de cirugía general, que sólo cuenta con 620 plazas para residentes de primer año en todo el país. Anualmente se inscriben y presentan el examen más de 3,500 aspirantes. Con el modelo de la curva o Campana de Gauss, se seleccionan los mejores 620

aspirantes por número de puntos obtenidos, solo 18% logra el pase;¹¹⁶ lo que les permite acceder a alguna de las 133 sedes con programas de enseñanza aprobados por 34 diferentes universidades o escuelas de Medicina.¹¹⁷ (Ver anexo 3: “Listado de las 133 sedes con programas de residencias en cirugía general”).

Los restantes que no fueron seleccionados, cerca de 3,000 médicos que no logran ingresar a un programa de formación como cirujanos, se agregan a la gran cantidad de médicos generales en todo el país, pero con su cédula de “Médico Cirujano” que los ampara en el ejercicio de su profesión.

Generalmente los alumnos mejor calificados entre estos 620, son los que acuden a solicitar las mejores plazas en los hospitales públicos o privados de prestigio; por consiguiente, quienes se encuentran en la última escala de los 620, tienen que buscar acomodo en los lugares sobrantes, que por lo general cuentan con programas de poco prestigio académico.^{118,119}

Existen numerosas instituciones que ofrecen oportunidades de enseñanza para la formación de cirujanos.¹²⁰ Un hecho es que no hay uniformidad en los programas,

¹¹⁶ Datos de CIFRHS, Noviembre 2012.

¹¹⁷ **FACULTAD DE MEDICINA**, División de estudios de posgrado. Subdivisión de Educación Continua. UNAM Mayo 2011.

¹¹⁸ **CERVANTES** Jorge. “*Surgical Education in Mexico*”. World J Surg 2009; 34 (45): 815-817.

¹¹⁹ **QUIJANO NAREZO** Manuel. “*Perspectivas de la cirugía en México al final del Siglo XX*”. Cir Gen 2000; 22: 78.

¹²⁰ **TAPIA JURADO** Jesús, **VÁZQUEZ RETA** José Arturo, **VÁZQUEZ** Guerrero, **MEJÍA DAMIÁN** Alberto Fernando. “*Programa Básico de Educación en la especialidad de cirugía general*”. En: **VEGA MALAGÓN** Jesús Arturo. Ed. “*La cirugía general y el cirujano*”. Universidad Autónoma de Querétaro 2011, pp 109-125

que por regla, todos son de cuatro años de duración. Uno de los mejores programas, por mucho, es el que ofrece la Universidad Nacional Autónoma de México,¹²¹ que tiene en el país 25 sedes aprobadas por la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina, y siguen el PUEM¹²² (Programa Único de Especialidades Médicas). Para Cirugía General se requiere un período mínimo de cuatro años en un hospital de enseñanza, con la supervisión estricta de un profesor titular y de profesores asociados. Estos docentes tienen nombramiento oficial universitario. Los alumnos deben cubrir todas las materias del PUEM y demostrar a satisfacción de sus Profesores que han adquirido las destrezas necesarias para obtener el grado de especialista en Cirugía General.^{123,124,125}

Las otras instituciones con programas de adiestramiento para cirugía general son 33 facultades o escuelas de medicina de universidades estatales o privadas. Entre las que destacan por su prestigio se encuentran: la Universidad de Guadalajara, la de San Luis Potosí, la del Hospital Universitario de Monterrey, del Hospital Civil de Guadalajara, la Escuela de Medicina del Instituto Tecnológico de Estudios

¹²¹ **NARRO ROBLES** José. “*Los desafíos de la educación médica en México*”. UNAM, 1990: p 192.

¹²² **UNAM**. “*Programa Único de Especialidades Médicas en Cirugía General*”. Fac. de Medicina, División de Estudios de Posgrado, Subdivisión de especialidades médicas. Departamento de desarrollo curricular. 2009.

¹²³ **COTE ESTRADA** Lilia. “*Nivel de competencia del cirujano general*”. Cir Gral. 2003; 25: pp 180-184.

¹²⁴ **ATHIE GUTIÉRREZ** Cesar, **ARENAS MÁRQUEZ** Humberto, **GUTIÉRREZ RODRIGUEZ** Leopoldo, **MANZANO TROVAMALA** José, **MIER Y DÍAZ** Juan, **RAMÍREZ BARBA** Héctor, **VALDÉZ GÓNZALEZ** Rafael, Vicencio Tovar Alfredo. “*La normatividad de la enseñanza de Cirugía General en México*”. Cir Ciruj 1997; 65:p 94-96.

¹²⁵ **PEREA SÁNCHEZ** Alejandro, **BELMARES TABOADA** Jaime. “*El perfil del Cirujano General ideal en la época moderna*”. En: Ed.Univ.Autonoma Queretaro,2011, pp 445-459.

Superiores de Monterrey (ITESM), la Universidad La Salle, de los diversos hospitales de la seguridad social y de las fuerzas armadas.

El campo de la Cirugía General es muy extenso, ya que es la madre de todas las especialidades quirúrgicas, así que el graduado de un buen programa de Cirugía General debe estar capacitado para tratar la patología habitual que se observa en la comunidad, como la cirugía de pared abdominal, cirugía gastroenterológica, cirugía laparoscópica, de cabeza y cuello, cirugía endócrina, cirugía de tórax y cirugía vascular, así como cirugía oncológica y la relacionada con trauma.¹²⁶

La formación de un buen cirujano, requiere una mezcla de conocimientos básicos aplicados a las áreas de anatomía, fisiología, bioquímica, patología, histología, bacteriología, entre otras; así como habilidades y destrezas que no se limitan sólo al acto quirúrgico, sino que abarcan todos los aspectos de la clínica: el diagnóstico, las indicaciones de un procedimiento quirúrgico, los cuidados pre, trans y postoperatorios, y lo que es muy importante, el criterio para poder actuar y tomar decisiones sobre la marcha, al enfrentar situaciones inesperadas o de emergencia. Durante sus cuatro años de residencia, el programa debe incluir rotaciones en hospitales donde se puedan adquirir destrezas que no se obtienen en su hospital

¹²⁶ **CERVANTES CASTRO** Jorge. "La enseñanza de la cirugía y la iatrogenia". En: "Iatrogenia en Cirugía General". **ARRUBARRENA** Víctor Manuel, **GUTIÉRREZ SAMPERIO** Cesar. Quadranta Servicios Editoriales. 2001, pp 17-22.

sede^{127,128,129,130} y durante el último año, el residente debe cumplir un Servicio Social de cuatro meses como cirujano único en un pequeño hospital o centro de salud en alguna comunidad rural del país. Al término de su residencia de cuatro años y como requisito para graduarse, el residente debe elaborar una tesis y presentar un examen final, que lo hará acreedor al título universitario de “Cirujano General.” Una vez obtenido dicho documento, el recién graduado como cirujano debe acudir a la Dirección de Profesiones que a su vez le expide la cédula de “Especialista en Cirugía General” (figura 17); y después debe presentar los exámenes, escrito y oral del Consejo Mexicano de Cirugía General para obtener el certificado correspondiente como cirujano.

La cirugía es quizá la rama de la medicina que más transformaciones ha experimentado en las últimas décadas; basta con señalar los importantes desarrollos tecnológicos como los de la cirugía de mínima invasión, la microcirugía, la cirugía endoscópica, la cirugía endovascular, entre otras; para nombrar únicamente algunos de los grandes avances logrados a finales del siglo XX y a principios del siglo XXI.

¹²⁷ **CERVANTES CASTRO** Jorge. *“La Práctica de la Cirugía General en los hospitales Privados”*. Temas de Actualidad en Cirugía. 50 Aniversario de la Academia Mexicana de Cirugía. México, 1983, pp 28-29.

¹²⁸ **ROBERTS KE, BELL RL, DUFFY AJ.** *“Evolution of Surgical Skills Training”*. World J Gastroenterol 2006, 12; 185: pp 378-385.

¹²⁹ **TAPIA JURADO** Jesús. *“Residencia de Cirugía general en cuatro años”*. Cir Gen 1994; 16, 21.

¹³⁰ **ANASTAKIS DJ, WANZEL KR, BROWN MH, MCLEROY JH, HAMSTRA SJ, ALI J.** *“Evaluating the effectiveness of a 2 years curriculum in a surgical skills center”*. Am J Surg 2003; 185: pp 378-385.

FIGURA 17. DIPLOMA DE CIRUJANO GENERAL



Con la impresionante revolución en la era de la informática, los residentes de cirugía tienen acceso a infinidad de canales de información sobre nuevas tecnologías y pueden practicar diferentes técnicas en modelos de cirugía virtual. Todo lo anterior le proporciona al residente una capacidad inagotable para ampliar su preparación.^{131,132}

¹³¹ **ÁLVAREZ CORDERO** Rafael. "Del paleocirujano al cibernauta de la cirugía". Cir Gen 2000; 22: p 78.

¹³² **QUIJANO NAREZO** Manuel. "El futuro de la cirugía". Gac Med Mex 2000; 136: pp 89-92.

Debido a que no existe un criterio uniforme para la elaboración y el seguimiento de los programas de enseñanza de cirugía en el país, estos son muy variables. Hay instituciones que cuentan con excelentes departamentos de cirugía experimental en animales, o con laboratorios equipados con sofisticados maniqués y robots para prácticas en simuladores; programas que incluyen estancias de sus residentes por periodos electivos en hospitales del extranjero o en programas de intercambio de residentes con otras universidades o instituciones del país. Entre más acceso a profesores o instituciones diferentes tenga el residente de cirugía durante su período formativo, mejor será su preparación. Desgraciadamente existen también instituciones con grandes carencias tanto en equipos como en facilidades para lograr una sólida formación de los residentes, lo que se ve reflejado al término del programa cuando muchos de estos graduados no logran pasar el examen de certificación del Consejo Mexicano de Cirugía General.

Se sabe que cada año, de las 34 diferentes sedes con 133 programas de capacitación aprobados por las diferentes universidades, para la carrera de Cirugía General que existen en el país, egresan entre 450 y 500 nuevos cirujanos. Como es de esperar, todos ellos deberían someterse al examen del Consejo Mexicano de Cirugía General para lograr la certificación, pero según datos recientes del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM), en los últimos cinco años sólo se han certificado menos de la mitad de los egresados de dichos programas, como se muestra en la siguiente figura.¹³³

¹³³ Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas. CONACEM, Noviembre 2014.

FIGURA 18. Total de egresados en cirugía general que obtuvieron la certificación del Consejo Mexicano de Cirugía General

AÑO	EGRESADOS
2007	206
2008	166
2009	219
2010	196
2011	230
TOTAL	1017

Fuente: Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas. CONACEM, 2014.

De hecho, en el año 2014 un alto porcentaje (30%) de los residentes de cirugía que presentaron el examen escrito del Consejo Mexicano de Cirugía General, obtuvieron calificación reprobatoria,¹³⁴ lo que refleja la mala calidad del programa en el que se formaron. Después del examen escrito, deberán pasar el examen oral y al aprobarlo, recibirán el certificado que los acredita como especialistas en cirugía general.¹³⁵

Una vez en poder de este documento, el verdadero cirujano general puede iniciar la búsqueda de empleo en algún hospital del sector salud, dedicarse a la medicina privada o continuar su formación en alguna de las super especialidades de la cirugía, como la cirugía oncológica, endócrina, vascular, cirugía de tórax, cirugía

¹³⁴ Consejo Mexicano de Cirugía General AC. Nov. 2014

¹³⁵ **CERVANTES CASTRO** Jorge. "El problema de la deficiente preparación del cirujano general en México". Cir Gen 2014; 43 (2). 130-131.

pediátrica, entre otros programas que son aún más difíciles de conseguir que los de cirugía general, debido a la menor disponibilidad de plazas.^{136,137}

La mayor parte de las instituciones de salud, oficiales o privadas, exigen desde hace muchos años, que el especialista obtenga su certificación en el Consejo de la especialidad correspondiente, pero este trámite no es obligatorio, aunque es muy importante desde el punto de vista académico, de prestigio y protección en caso de demandas médicas.

Este mecanismo de certificación se inició en México desde hace cerca de 60 años, cuando en 1953 se fundó el Consejo Mexicano de Médicos Anatomopatólogos, y en 1974 se habían creado 19 Consejos de Especialidad que acudieron a la Academia Nacional de Medicina buscando apoyo e idoneidad. En 1995 en unión con la Academia Nacional de Medicina y la Academia Mexicana de Cirugía se estableció el CONACEM (Comité Normativo Nacional de Especialidades Médicas, A.C), entidad académica que otorga el reconocimiento e idoneidad a los Consejos.¹³⁸

El Consejo Mexicano de Cirugía General, establecido en 1978,¹³⁹ es la institución que certifica, mediante un riguroso examen escrito y oral, la preparación del Cirujano General al expedirle el Certificado, que tiene una vigencia de cinco años, al cabo de

¹³⁶ **MERCADO** Miguel Ángel. *“La subespecialización en Cirugía General: Evolución de la práctica y la enseñanza de la cirugía gastrointestinal”*. Rev Gastroenterol Mex 2010; 75(1); pp 23-50.

¹³⁷ **ARENAS** Humberto. *“La reforma de la enseñanza y práctica de Cirugía General”*. Cir Gen 1996; 18: pp 53-58.

¹³⁸ **CONACEM** Acta de Fundación, 15 Febrero 1995.

¹³⁹ **CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA GENERAL**, A.C. Acta de Fundación, Octubre 1978.

los cuales, el especialista debe obtener su recertificación, que se puede lograr mediante un examen escrito o demostrando con documentos que se encuentra actualizado en sus áreas de conocimientos al haber participado en cursos de educación médica continua durante los cinco años de vigencia de su Certificado. Esto debido a la enorme rapidez del avance de conocimientos, las nuevas técnicas quirúrgicas, los novedosos recursos, sobre todo tipo de apoyos al paciente, la nutrición parenteral total, los antibióticos de nueva generación, las técnicas de procedimientos no invasivos, los innumerables avances en cirugía endoscópica, etc., que implican la necesidad de recertificarse después de cinco años para estar actualizado en su profesión.^{140,141,142}

Por lo expuesto anteriormente, se puede ver claramente que existe una gran diferencia entre el recién graduado que recibe el título a todas luces incorrecto de “Médico Cirujano” y el médico que después de varios años de estudios y exámenes de certificación es un auténtico “Cirujano General”, ampliamente calificado para ejercer esa rama especializada de la medicina.¹⁴³

¹⁴⁰ **ARENAS MÁRQUEZ** Humberto, **ANAYA PRADO** Roberto. Errores en cirugía, estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica. *Cir.Gral.*2008;76 (4) pp 355-361.

¹⁴¹ **CERVANTES CASTRO** Jorge. “*La Superación del Cirujano y la Cirugía*”. *Cir Gral* 1982; 7: p 164.

¹⁴² **CERVANTES CASTRO** Jorge. “*La Cirugía General en México*”. En: *temas de actualidad en cirugía*. **VILLAZÓN ZAGÚN** Alberto, **FIGUERAS** Nicolás, **ARRUBARRENA** Víctor Manuel. Ed. Cia Continental. México, 1983: pp 23-50.

¹⁴³ **VEGA MALAGÓN** Jesús, **COTE** Lilia, **ATHIE** Armando de Jesús, **PÉREZ CASTRO** Vázquez Jorge. “*Cirugía General. Transición o transformación*”. *Cir Gral* 2006; 28: pp 127-129

Entre la gran variedad de profesiones que existen en México, la de cirujano general es indudablemente una de las más sobre reguladas, con un mayor número de controles y aun así, los verdaderos especialistas en cirugía general pueden incurrir en errores, que son causa de incapacidades y muertes, con un alto costo emocional y económico, para los pacientes, familiares y para los mismos cirujanos involucrados.^{144,145}

Lo anterior describe a grandes rasgos el proceso que se sigue en México para la formación de un cirujano general, que comparado con lo que ocurre en otros países, primordialmente en los Estados Unidos de América o en diversos lugares de Europa, nos hace aparecer como que quedamos cortos en el período de adiestramiento para formar a un buen cirujano general. Si en México se requieren cuatro años, en Estados Unidos son cinco, en Bélgica y Holanda son seis y en Alemania se necesitan siete años de residencia para graduarse como cirujano general.^{146,147} Por otro lado, si nos comparamos con nuestros países hermanos de América Latina,¹⁴⁸ México se encuentra a la cabeza, ya que existen países como

¹⁴⁴ **KOOHN L, CORRIGAN J, DONALDSON M.** *“To err is human: Building a Safer Health system”*. Washington, SC National Academy press 1999, pp 208-210.

¹⁴⁵ **TOLEDO PEREIRA** Luis Horacio. *“Historia, Cirugía y Cultura”*. México, JGH Editores 1998.

¹⁴⁶ **MARTÍNEZ MIER** Gustavo. *“Allen Oldfather Whipple: La cirugía y el cirujano”*. Cir Gen 2002; 24(4): pp 335-342.

¹⁴⁷ **TOLEDO PEREIRA** Luis Horacio. *“Maestros de la Cirugía Contemporánea”*. México. JGH Editores 1999.

¹⁴⁸ **CERVANTES** Jorge. *“La cirugía en América Latina”*. Rev. Latinoamericana de Cirugía. 1994; 3 (1): 2-3.

Brasil donde la residencia de cirugía general tiene una duración de sólo dos años, en Ecuador, Venezuela y Chile es de tres años.^{149,150,151}

En la opinión de muchos expertos, y basado en mi propia experiencia como profesor de cirugía de la UNAM a lo largo de los últimos años, estimo que el período ideal para formar un muy buen cirujano general debería ser de cinco años de una residencia sólida que permita formar un cirujano competente en todas las áreas de la cirugía general.^{152,153,154,155} Un buen especialista en cirugía, debe ser “un cirujano científico” que domine el arte y la ciencia de la cirugía, sobre todo las ciencias básicas, la fisiología, la clínica, la patología; que conozca las técnicas y domine las destrezas; que tenga la capacidad para resolver problemas, especialmente complicaciones inesperadas; que sepa emplear el juicio crítico y pueda ejercer su profesión con altos valores éticos y morales.

¹⁴⁹ **CERVANTES** Jorge. “La importancia de la educación quirúrgica en América Latina”. FELAC, 2009-Boletín14,4

¹⁵⁰ **CERVANTES** Jorge. “Surgical Education and practice in América Latina”. The Lancet Commission on Global Surgery. Sao Paulo, Brazil. 19 aug, 2014.

¹⁵¹ **BUENO FERREIRA** Eugenio. “Surgical Education in Brazil”. World J Surg 2010; 34:880-883.

¹⁵² **CERVANTES** Jorge. “Surgical Education in Mexico”. World Journal of Surgery 2010; 34(5) 875-876.

¹⁵³ **CERVANTES CASTRO** Jorge. “La Definición del Cirujano Ideal”. Rev Anales Médicos ABC 1993; 38-2: 164.

¹⁵⁴ **CERVANTES CASTRO** Jorge. “Iatrogenia-Errores en Cirugía”. Rev Archipiélago. 1995; 1-1-: 24-25.

¹⁵⁵ **VEGA MALAGÓN** Jesús, **ZALDIVAR LELO** de Larrea Guadalupe, **VEGA MALAGÓN** Genaro, **ÁVILA MORALES** Javier, **VEGA PÉREZ** Olivia, **ROMERO MARTÍNEZ** José Luis. “El cirujano científico y la Enseñanza de la cirugía en México. Primera Parte: Cirujano Científico y la enseñanza en el pregrado de la cirugía”. Cir Gal 2004; 26: 212-222.

FIGURA 19. Tabla comparativa de duración de estudios de cirugía general y denominación del título en diversos países

	País	Años	Título
1	Alemania	7	General Surgeon
2	Argentina	4	Doctor en Cirugía
3	Bélgica	6	General Surgeon
4	Brasil	2	Cirujano General
5	Canadá	5	General Surgeon
6	Chile	3	Especialista en Cirugía General
7	Colombia	4	Especialista en Cirugía General
8	Ecuador	3	Experto en Cirugía General
9	España	5	Cirugía General y del aparato digestivo
10	Estados Unidos	5	General Surgeon
11	Francia	5	Chirurgie Generale
12	Guatemala	4	Licenciado en Cirugía
13	Italia	6	Especialista en Cirugía General
14	México	4	Especialista en Cirugía General
15	Panamá	4	Especialista en Cirugía General
16	Portugal	6	Cirugía General
17	Uruguay	5	Especialista en Cirugía General
18	Venezuela	3	Especialista en Cirugía General

FUENTE: Información obtenida a partir de búsqueda personal consultando el sitio de distintas escuelas de medicina a través de internet.

Un aspecto no menos importante en la formación de los residentes de cirugía en México es que todos reciban un apoyo económico de la institución donde efectúan su residencia. La beca al principio es modesta y va incrementando cada año. Además debe recibir prestaciones, como uniformes, alimentos, alojamiento y en muchos casos, seguro médico. Es interesante señalar que en algunos países de América Latina, los residentes de cirugía no sólo no reciben remuneración por su

trabajo, sino que en Uruguay por ejemplo el residente tiene que cubrirle a la institución un pago mensual o anual durante el período de su residencia.¹⁵⁶

Para evitar casos de incidentes adversos por fatiga debido a largas horas de trabajo,^{157,158,159} la mayoría de los programas funcionan con guardias ABC, es decir los residentes están de guardia dentro del hospital cada tercer noche y tienen derecho a disfrutar de dos semanas de vacaciones cada 6 meses.

¹⁵⁶ **ESTAPÉ CARRIQUIRRI** Gonzalo. “*Surgical Education in Uruguay*”. World J Surg 2010; 34: 880-883.

¹⁵⁷ **HOWARD SK, GABA DM, ROSENKIND MR, ZAICOME VP**. “*The risks and implications of excessive daytime sleepiness in resident physicians*”. Acad Med 2002; 77: 1019-1025.

¹⁵⁸ **RUELAS BARAJAS** Enrique, **TENA TAMAYO** Carlos, **SÁNCHEZ GONZALEZ J**. “*Eventos adversos identificables en las quejas médicas*”. Cir. Ciruj 2008, 76, pp 153-160.

¹⁵⁹ **AGUIRRE GAS** Héctor, **VAZQUEZ STUPIÑAN** Felipe. “*El error Médico. Eventos adversos*”. Cir. Ciruj 2006: 74: pp 495-503.

CAPÍTULO IV. LA PRÁCTICA DE LA CIRUGÍA EN MÉXICO

CAPÍTULO IV.

LA PRÁCTICA DE LA CIRUGÍA EN MÉXICO

RESUMEN

Según datos de la Dirección General de Salud de la Secretaría de Salud publicados en 2012, había en el país 387,187 médicos, se proporcionaron cerca de 4 millones de consultas y 3.6 millones de intervenciones quirúrgicas al año, pero se desconoce el número de quienes eran en realidad verdaderos cirujanos o los típicos "Médicos Cirujanos" que amparados en dichos títulos efectuaron tal número de cirugías. Las estadísticas anteriores demuestran la realidad de la anarquía mexicana, que los médicos, de acuerdo a Ley General de Profesiones, que data de la primera mitad del siglo pasado, puedan ejercer libremente su profesión en todo el territorio nacional, tanto en hospitales del sector salud o en instituciones privadas sin que haya autoridad que verifique y exija que se cumpla lo establecido en los últimos cambios de la Ley General de Salud del 1 de septiembre del 2011 que establece el requisito del certificado de la especialidad a quien pretenda ejercer la cirugía.

Las estadísticas disponibles del Sistema Nacional de Salud, existen desde hace años; sin embargo, son limitadas. Para conocerlas con certeza se requiere un análisis sobre el número de "Médicos Cirujanos" y el número de hospitales públicos y privados en el país.

Consultando datos proporcionados por la Dirección General de Información en Salud (DGIS), de la Secretaría de Salud al 23 de junio del 2012, había en este sector un total de 387,187 médicos agrupados en 14 categorías, pero si excluimos los de la última categoría que es de 2,358 de pasantes de odontología, queda un total

354,429 médicos trabajando en diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud.¹⁶⁰

Es interesante observar que entre las 14 categorías de médicos aparece la columna “Médicos Cirujanos” (General y especializado) con un total de 8,424 médicos dedicados presumiblemente a actividades relacionadas con la cirugía (Figura 20).

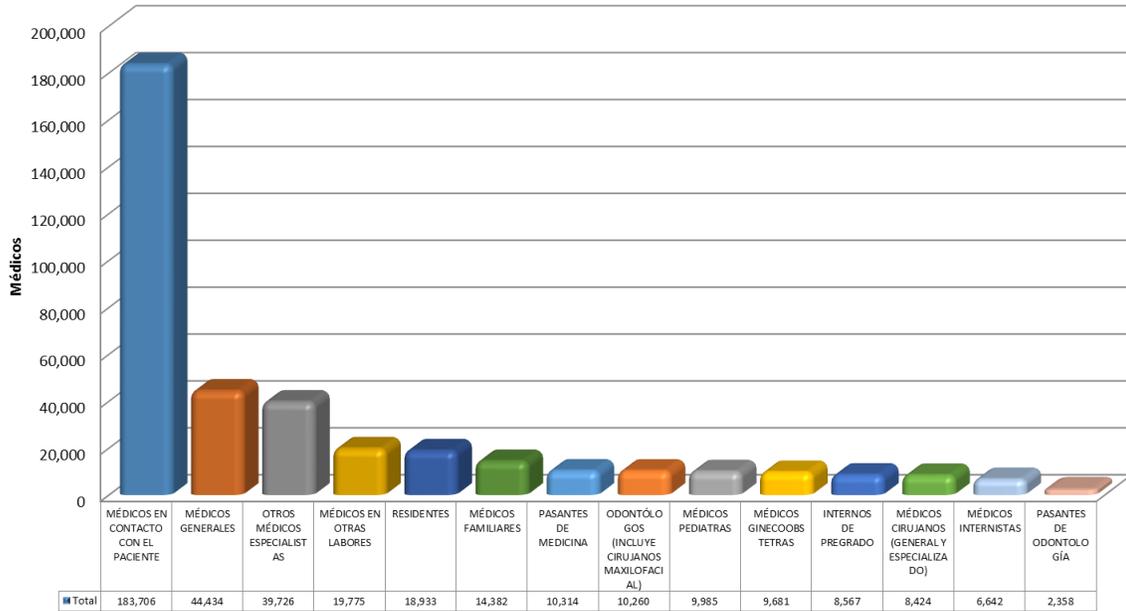
¹⁶⁰ Información obtenida en la página de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud, enero 2015.

FIGURA 20. TOTAL DE MÉDICOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (TABLA Y GRÁFICA)

Tipo	SSA	ESTATAL	IMSS	IMSS- OPORTU- NIDADES	ISSSTE	MUNICI- PAL	PEMEX	PRIVADA	SEDENA	SEMAR	UNIVERSI- TARIO	Total
MÉDICOS EN CONTACTO CON EL PACIENTE	88,954	63,653	16,071	6,305	3,569	2,446	1,673	622	272	84	57	183,706
MÉDICOS GENERALES	30,565	3,730	4,843	3,120	811	993	105	237	16	10	4	44,434
OTROS MÉDICOS ESPECIALISTAS	15,120	17,484	4,404	161	903	853	410	227	122	18	24	39,726
MÉDICOS EN OTRAS LABORES	6,971	10,356	1,483	187	272	171	132	188	0	11	4	19,775
RESIDENTES	6,953	9,909	719	854	443	0	55	0	0	0	0	18,933
MÉDICOS FAMILIARES	0	13,187	978	4	193	0	2	18	0	0	0	14,382
PASANTES DE MEDICINA	8,263	0	10	1,869	10	0	143	0	0	18	1	10,314
ODONTÓLOGOS (INCLUYE CIRUJANOS MAXILOFACIAL)	6,370	2,248	681	182	218	138	385	0	24	12	2	10,260
MÉDICOS PEDIATRAS	5,213	3,289	836	15	241	191	79	61	42	12	6	9,985
MÉDICOS GINECOOBSTETRAS	4,528	3,682	1,023	14	189	107	71	39	23	0	5	9,681
INTERNOS DE PREGRADO	3,785	4,293	191	0	136	0	152	0	0	0	10	8,567
MÉDICOS CIRUJANOS (GENERAL Y ESPECIALIZADO)	3,634	2,987	1,286	19	212	81	148	22	29	2	4	8,424
MÉDICOS INTERNISTAS	2,373	2,844	1,085	6	182	83	35	18	15	0	1	6,642
PASANTES DE ODONTOLOGÍA	2,150	0	15	61	31	0	88	0	1	12	0	2,358
Total de médicos	184,879	137,662	33,625	12,797	7,410	5,063	3,478	1,432	544	179	118	387,187

Fuente: Catálogos abiertos de bases de datos Dirección General de Información en Salud (DGIS)

TOTAL DE MÉDICOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (GRÁFICA)



Fuente: Catálogos abiertos de bases de datos Dirección General de Información en Salud (DGIS)

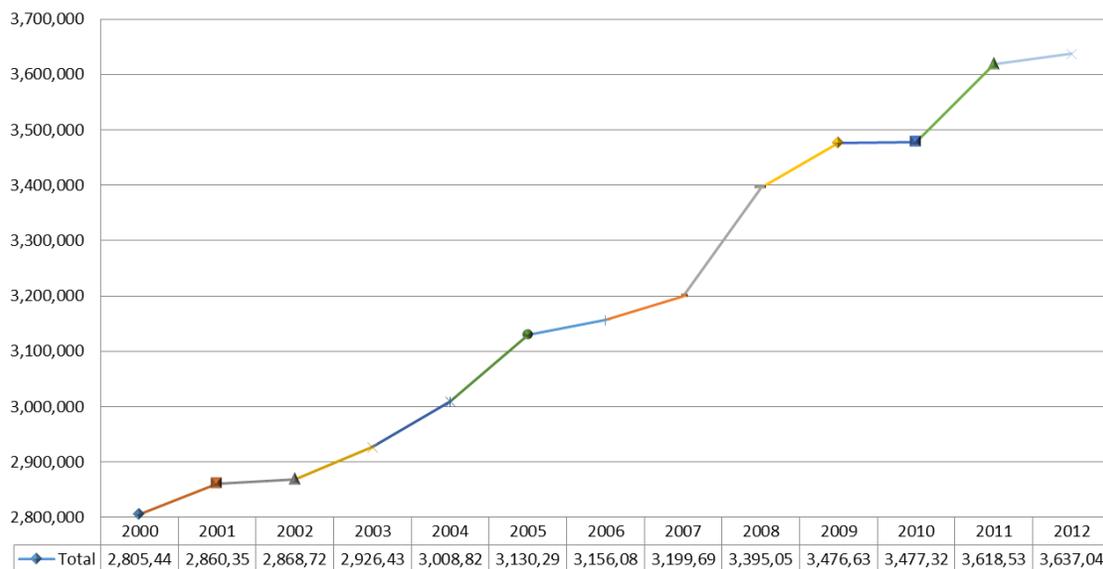
Revisando la misma fuente, del total de 387,187 médicos, se realizaron en el año 2012 un número de 3,912.414 consultas de cirugía (Figura 21) lo que resultó en ese año en 3,637.048 intervenciones quirúrgicas por personal del Sector Salud, casi una operación por cada consulta.

FIGURA 21. TOTAL DE CIRUGÍAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2000-2012 (TABLA Y GRÁFICA)

Año	Secretaría de Salud	IMSS	ISSSTE	IMSS Oportunidades	Estatales	PEMEX	SEDENA	SEMAR	Universitarios	Niño Poblano	CRM	Seguro Popular	Total
2000	874,351	1,403,848	252,251	116,235	59,617	32,362	31,021	9,620	20,037	0	6,099	0	2,805,441
2001	905,972	1,421,254	253,728	108,845	78,515	31,945	29,592	9,155	18,725	2,619	0	0	2,860,350
2002	949,170	1,432,895	252,593	97,251	58,434	32,694	27,785	9,839	8,059	0	0	0	2,868,720
2003	1,008,890	1,424,343	252,073	96,501	51,804	34,155	30,880	10,704	17,088	0	0	0	2,926,438
2004	1,068,207	1,436,094	253,448	89,166	65,119	34,270	30,740	10,826	18,589	2,368	0	0	3,008,827
2005	1,192,516	1,423,199	265,290	87,970	81,237	34,667	0	11,260	31,453	2,701	0	0	3,130,293
2006	1,273,838	1,403,058	237,834	86,601	73,089	33,796	0	11,711	33,440	2,714	0	0	3,156,081
2007	1,281,094	1,431,597	241,340	86,012	76,499	35,322	0	10,713	34,420	2,701	0	0	3,199,698
2008	1,429,954	1,437,323	260,863	84,029	85,655	35,507	0	19,616	39,410	2,701	0	0	3,395,058
2009	1,503,679	1,441,872	245,303	80,739	74,976	35,502	52,076	6,918	33,374	2,196	0	0	3,476,635
2010	1,542,649	1,457,866	244,498	85,350	77,737	37,251	0	6,522	22,949	2,502	0	0	3,477,324
2011	1,605,837	1,487,354	244,928	95,493	73,086	35,211	59,314	7,028	7,217	3,066	0	0	3,618,534
2012	1,616,008	1,514,905	248,571	105,002	68,938	35,748	24,867	9,818	9,632	3,559	0	0	3,637,048

Fuente: Catálogos abiertos de bases de datos Dirección General de Información en Salud (DGIS).

TOTAL DE CIRUGÍAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2000-2012 (GRÁFICA)



Fuente: Catálogos abiertos de bases de datos Dirección General de Información en Salud (DGIS, 2014)

De las 3,637,048 intervenciones quirúrgicas realizadas en el año 2012 por médicos del sector salud, vemos que el mayor porcentaje lo ocuparon las dependencias de la Secretaría de Salud (SS) con 1,600,301 (44%) siguiendo los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con 1,516,649 (41.7%) después por dependencias del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con 247,319 el (6.8%) y el 8% restante 290,936 operaciones ocurrieron en diversos hospitales oficiales como los de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), de la Secretaría de Marina (SEMA), de Petróleos Mexicanos (PEMEX), del Seguro Popular y otros menores.

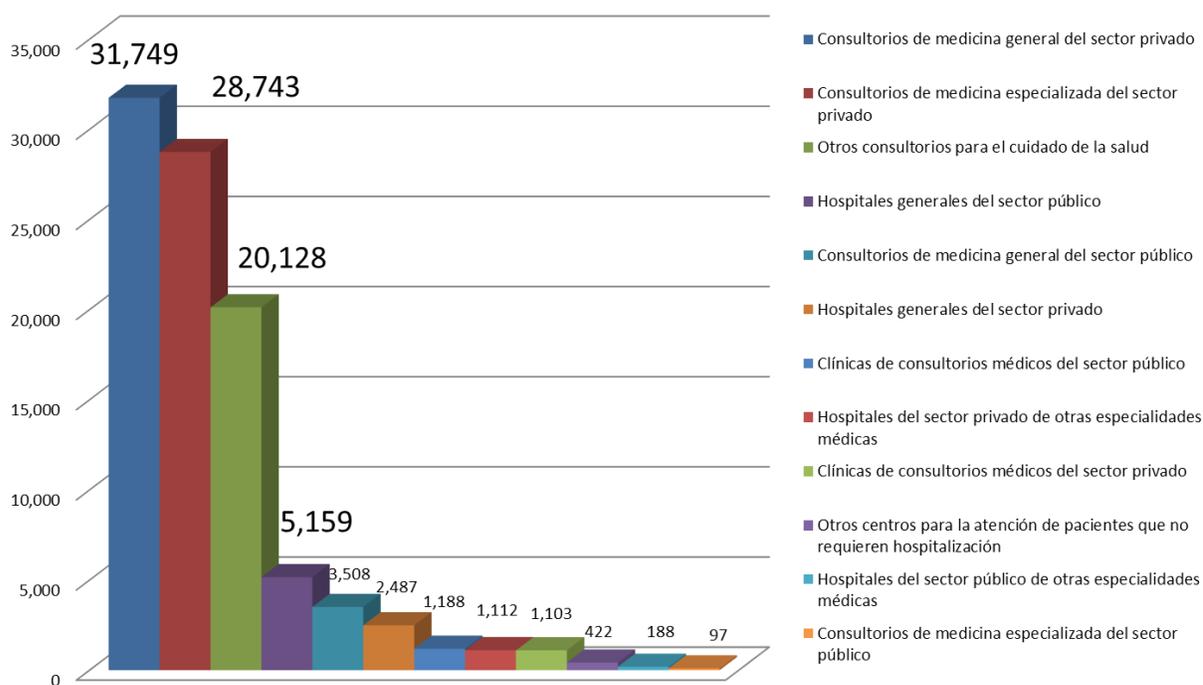
Aunque el dato recogido de la (DGIS) es valioso por los números, no se especifica el tipo de intervenciones quirúrgicas realizadas, solo dice escuetamente número de cirugías por institución y por año, el cual, por cierto ha tenido un notable incremento de 2,800.000 en el año 2000 a la cifra de 3,637.048 en el año 2010, un crecimiento del 29.8% en 10 años, lo que refleja sin duda un avance en la cobertura de la resolución de problemas quirúrgicos en instituciones del sector salud.

Todo lo anterior refleja a grandes rasgos lo que ocurre en instituciones oficiales, pero no se conocen datos de lo que acontece en medicina privada.

En el ámbito privado es casi imposible conocer el dato.¹⁶¹ Existe la Asociación Nacional de Hospitales Privados, pero esta tiene registrados solamente 100 hospitales, que obviamente es sólo una mínima parte de lo que realmente existe.¹⁶²

De acuerdo con el INEGI, existen 5,159 hospitales generales del sector público y 2,487 del sector privado; 188 hospitales del sector público de otras especialidades médicas y 1,112 hospitales del sector privado de otras especialidades médicas.¹⁶³

FIGURA 22. Consultorios, clínicas y hospitales del Sistema Nacional de Salud (DENUE, 2014)



¹⁶¹ **CERVANTES** Jorge. *“la práctica de la cirugía en hospitales privados”*. Tema de actualidad en cirugía. Cincuenta Aniversario de la Academia Mexicana de Cirugía, 1983.

¹⁶² Dato consultado en la Asociación Nacional de Hospitales Privados A.C., enero 2015.

¹⁶³ Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE), INEGI 2014.

Además, existen miles de pequeñas clínicas donde se efectúan diariamente cientos de operaciones sin que se lleve un control sobre el número y tipo de procedimientos.

Respecto al número de cirujanos generales activos en el país, o el número de “Médicos Cirujanos”, que sin entrenamiento formal efectúan cotidianamente intervenciones quirúrgicas en hospitales y clínicas privadas, se solicitaron datos a la Asociación Mexicana de Cirugía General sobre cuántos cirujanos generales tiene registrados y nos dieron la cifra de 3,200, pero para dar una idea de la irregularidad que tenemos, se conocen cifras del reciente Congreso Nacional de la Asociación celebrado en la ciudad de León, Guanajuato en octubre del 2014 hubo más de 4,000 “cirujanos” registrados.¹⁶⁴

Otro dato más interesante, cuando se solicitó en noviembre del 2014 al Consejo Mexicano de Cirugía General conocer el número de cirujanos generales que cuentan con la certificación vigente, se observó que sólo 2,182 tienen este documento.^{165,166,167,168}

¹⁶⁴ Dato consultado en la Asociación Mexicana de Cirugía General, febrero 2015.

¹⁶⁵ **ATHIE GUTIÉRREZ** Cesar. *“Aspectos legales de la certificación profesional en la cirugía general y el cirujano”*. **VEGA MALAGÓN** Jesús A. Universidad Autónoma de Querétaro. México, 2011. pp.391-397.

¹⁶⁶ **RODRÍGUEZ** Abraham Amiva. *“El marco jurídico del ejercicio profesional de la cirugía general”*. En: *“La cirugía general y el cirujano”*. **VEGA MALAGÓN** Jesús. Universidad Autónoma de Querétaro. México, 2011. pp 327-329.

¹⁶⁷ **ARENAS MÁRQUEZ** Humberto. *“Calidad en salud y su relación con el proceso de certificación y recertificación.”* Cir Gen, 2002; 24:72-77.

¹⁶⁸ **ARENAS MÁRQUEZ** Humberto. *“Estado actual: Ser y quehacer de la cirugía general en la perspectiva de la Asociación Mexicana de Cirugía General”*. Cir. Gen. 1996; 18 (2):51-52.

Indudablemente que persisten muchas irregularidades en el quién, cómo, dónde y que tipo de médicos están practicando cirugías en nuestro país y mientras no se regule lo anterior, seguiremos observado complicaciones y tragedias.

Si la Dirección General de Información en Salud (DGIS) tiene registrados en su área a un total de 387,187 médicos,¹⁶⁹ seguramente la gran mayoría tienen el título de “Médico Cirujano” que es el que expiden 80% de las escuelas y facultades de medicina del país, y posiblemente muchos de ellos son los que efectúan las casi 4 millones de cirugías efectuadas al año en el sector salud.

A raíz de los cambios en el reglamento del artículo 81 y subsecuentes de la ley general de salud del primero de septiembre del 2011, referente a que se requiere el certificado de la especialidad a todo médico que desee involucrarse en actividades quirúrgicas, es preocupante ver que entre 387,187 médicos del sector salud solo a 8,424 los tengan registrados como de “cirugía general y de especialidades” y presumiblemente esos 8,424 sean los que efectuaron las 3,637,048 operaciones al año, lo que da un total de 432 operaciones quirúrgicas realizadas cada año por los médicos registrados como cirujanos generales en el sector salud.

De estos 8,424 médicos no se especifica cuantos son verdaderos “Cirujanos Generales” que estén debidamente certificados o que solo sean los típicos “Médicos Cirujanos”.

¹⁶⁹ Catálogos abiertos de bases de datos Dirección General de Información en Salud (DGIS, 2014).

En resumen, estamos en México ante una situación que miles de médicos amparados por un título de “Médico Cirujano” o alguna variante que incluya la palabra “Cirujano”, efectúan en el sector salud cerca de 4 millones de intervenciones quirúrgicas al año amparados en los antes mencionados títulos.

Se sabe el número de intervenciones quirúrgicas del sector oficial por año y por institución pero no se sabe el tipo de operaciones por especialidad, el número de complicaciones y muertes secundarias a dichos procedimientos, que puede ser considerable si se observa el número de quejas que recibe cada año la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

No se conoce el número de intervenciones quirúrgicas efectuadas cada año en el país por médicos en el sector privado, ni se sabe cuántos de estos son en realidad verdaderos especialistas en cirugía ni qué número de “Médicos Cirujanos” efectúan todo tipo de intervenciones quirúrgicas en los cientos de hospitales y clínicas privadas en todo el territorio nacional

Aquí vale la pena preguntar ¿Quién está vigilando que se cumpla lo estipulado en la última modificación a la Ley General de Salud del 1 de septiembre del 2011 referente a que sólo los cirujanos que cuenten con la certificación vigente deberían estar practicando intervenciones quirúrgicas?

Respecto al marco legal de la práctica de la cirugía, nos referimos a la Ley de Profesiones en México, donde el Artículo 5º establece que “a ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode siendo lícito”.

La Ley General de Profesiones establece en su Artículo 5º que: “para ejercer la profesión se requiere una cédula que expide la Dirección General de Profesiones, dicha cédula es personal, intransferible, no tiene caducidad y es válida en todo el territorio nacional”. Así, amparados por el título y la cédula correspondiente ya sea de “Médico Cirujano” o algunas de las variantes que expiden las 120 escuelas de medicina, los médicos en México están autorizados legalmente para practicar la profesión indicada en ambos documentos, sin que haya autoridad que certifique o verifique que el portador de dicho documento está efectivamente capacitado para hacerlo. En otras palabras, no existe impedimento para que el médico mexicano pueda ejercer su profesión en todo el territorio nacional, ya que de acuerdo con el Artículo 121 en su Fracción V especifica que: “los títulos profesionales expedidos por un Estado, con sujeción a sus leyes, serán respetados en los otros”.

Actualmente, para la práctica de las profesiones se sigue aplicando la ley de la Dirección General de Profesiones expedida en México en 1945 con algunas modificaciones para intentar regular una realidad profesional totalmente distinta que cómo se podrá advertir sin mayor complicación, esta ley se ha visto rebasada en múltiples aspectos por la evolucionada realidad social.^{170,171}

A diferencia de otras carreras y de otras especialidades, la medicina y en particular la cirugía están sujetas a una serie de regulaciones, como son los exámenes de

¹⁷⁰ **MORENO GARAVILLA** Jaime. *“El ejercicio de las Profesiones en el Estado Federal Mexicano”*. Edit. M. Porrúa, México 2011.

¹⁷¹ **DÍAZ PIÑA** Antonio. *Marco legal de las profesiones en México*. Rev Alegatos 2013 núm. 85, pp 1009-1025.

admisión para ingresar a un programa de especialización, el requisito de lograr la certificación y recertificación de los especialistas.

Para entender mejor estos requerimientos ausentes en otras disciplinas, como las de arquitectura, contaduría y derecho, por enumerar solo algunas en las que la medicina y en particular la cirugía están sobrerreguladas, es indudable que esto se explica porque en esta profesión se pone en juego lo más valiosos del individuo, su vida y este bien fundamental necesita criterios estrictos de selección sobre quién y cómo será responsable de la vida de un paciente.

CAPÍTULO V. LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS Y LOS CONSEJOS
(CONACEM)

CAPÍTULO V.

LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS Y LOS CONSEJOS (CONACEM)

RESUMEN

Cada año en México, las más de 120 escuelas de medicina gradúan a cerca de 12 mil nuevos médicos generales, el típico médico de primer nivel de atención en la comunidad. Los avances en la ciencia y tecnología han requerido la especialización en diversas ramas de la medicina, y así quien aspire a una especialización debe de seguir los mecanismos establecidos por la Comisión Intersecretarial de Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), presentar un examen y lograr una plaza en el Sistema Nacional de Salud. En 2013, cerca de 30 mil médicos generales presentaron el examen y solo 27.6% resultó aprobado. Cabe preguntar qué harán los miles de nuevos médicos generales que se quedan sin mayores oportunidades de superación.

La complejidad y extensión en la práctica de la profesión médica ha hecho imposible que todos los médicos posean los conocimientos y las destrezas necesarias para poder ejecutar todas y cada una de las acciones médicas. Por ello, muchos médicos prosiguen sus estudios y adquieren la capacidad y el perfeccionamiento en la ciencia y la técnica de su especialidad que les permita actuar en circunstancias en las que el resto de sus compañeros de profesión no están preparados.¹⁷²

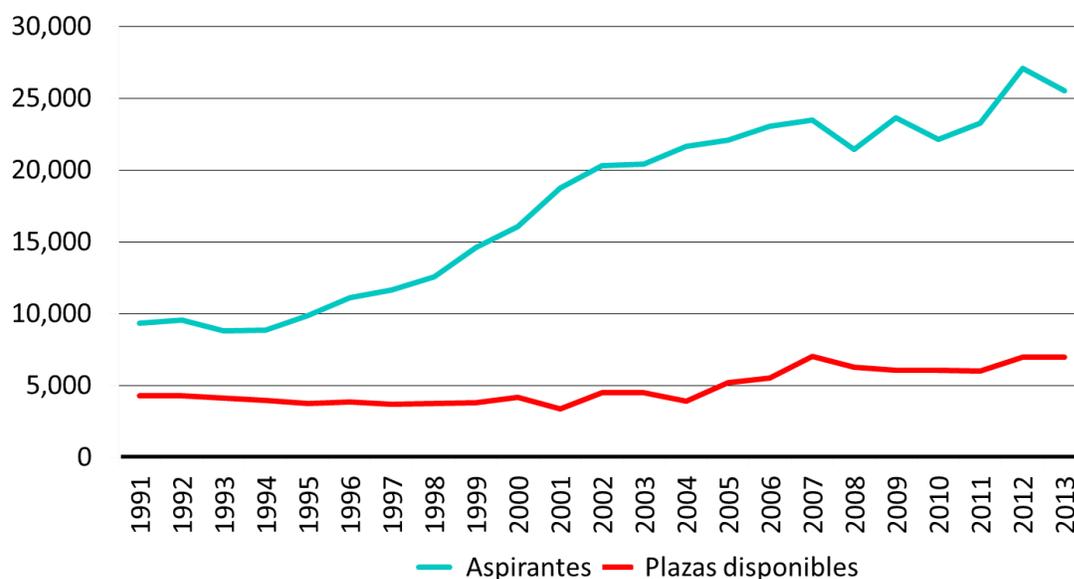
¹⁷² **CANO VALLE**, Fernando. "*La tercera academia*". Gac. Méd. Méx vol.140 no.6 México nov/dic. 2004

Estos conocimientos y destrezas en la ciencia y en la técnica constituyen lo que generalmente se conoce como “especialidad médica” y quienes lo poseen se distinguen como “especialistas” en determinada rama de la medicina.

Cada año se gradúan en México alrededor de 12 mil nuevos médicos, que aunque la mayoría reciban el título de “Médico Cirujano”, son en realidad médicos generales con los conocimientos básicos de las ramas troncales de la medicina, como son la medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia y cirugía. Los interesados en proseguir hacia una especialidad que les ofrece mayores oportunidades de desarrollo profesional y económico deben de presentar el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM), que aplica cada año la Comisión Intersecretarial de Formación en Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS).

El interés para acceder a una especialidad es enorme, pero la posibilidad de alcanzarla es limitada, como se podrá apreciar en la siguiente gráfica que muestra el elevado número de aspirantes que crece cada año y la poca posibilidad de lograr una plaza para iniciar la residencia en la especialidad solicitada, que solo lo alcanza el 27.6% de los aspirantes. En los últimos 10 años realizaron el examen un total de 405,008 aspirantes y solo lo pasaron 111,846 (27.6%). (Figura 23).

FIGURA 23. RESULTADOS DEL ENARM (1991-2013) ¹⁷³



Fuente: Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud,

<http://www.cifrhs.salud.gob.mx>, consultado el 11 de agosto de 2014.

La sociedad mexicana acepta esto en sus leyes al expresarlo específicamente en la Ley de Profesiones y restringe el derecho de titularse como especialistas a los médicos que han proseguido o continuado sus estudios, la preparación en destrezas y capacitación adecuadas para poder ejecutar, en forma eficiente, las acciones médicas comprendidas en el terreno de cada especialidad y que han sido

¹⁷³ Cervantes Jorge. El excesivo número de escuelas de Medicina en México. Presentado en el Congreso Internacional de responsabilidad Médica. Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM y Universidad de Guadalajara. Declaración de Guadalajara. 2014.

reconocidos por las instituciones de enseñanza superior, las instituciones oficiales de salud y cada uno de los Consejos de Especialidades Médicas.

La Academia Nacional de Medicina considera que la formación de los Consejos de Especialidades Médicas está justificada como medida de protección a la sociedad, que carece de bases para juzgar la preparación y capacidad de quien se califica a sí mismo como especialista. Así mismo, considera que los propios doctos y experimentados especialistas a través de los consejos correctamente integrados y adecuadamente supervisados por la propia Academia Nacional de Medicina, sean quienes determinan los requisitos mínimos de preparación y adiestramiento necesarios para poder obtener o adquirir la calidad de especialista, así como lo necesario para poder conservar esta calidad en las condiciones cambiantes en que se desarrolla la medicina moderna o contemporánea.

En este sentido, la Academia Nacional de Medicina, cuerpo consultivo del Gobierno Federal, señala que los Consejos de Especialidades deben seguir los siguientes principios esenciales:¹⁷⁴

1. Deben estar destinados en forma exclusiva, a evaluar los conocimientos y destrezas necesarias para ejercer una especialidad médica y reconocer a quienes la poseen.

¹⁷⁴ Academia Nacional de Medicina, Cuerpo Consultivo del Gobierno Federal, Directorio de Consejos de Especialidades y Médicos Certificados, Ediciones PLM S.A de C.V. Programas educativos, México, 1993.

2. Deben certificar a todos los médicos especialistas que, llenados lo requisitos, lo soliciten voluntariamente, y recertificarlos si así lo contemplan sus normas, cada cinco años.
3. Deben establecerse en forma exclusiva en las áreas de la medicina en que exista directa o indirectamente, el “acto médico”; es decir, que haya enfermos que requieran la atención, el manejo o tratamiento de un médico para curar, aliviar o consolar sus patologías, enfermedades o padecimientos.

La Academia Nacional de Medicina dictaminará sobre la creación de Consejos de nuevas Especialidades Médicas.

El Artículo 5° Constitucional, como garantía individual; regula el ejercicio de las profesiones ¹⁷⁵ y el Artículo 9° de ese mismo ordenamiento establece: “El derecho de asociarse o reunirse pacíficamente con cualquier objeto lícito”, por lo que aspirando a mejorar la actuación profesional de sus miembros, un destacado grupo de médicos mexicanos especialistas en anatomopatología se unieron y en 1963 fundaron el Consejo Mexicano de Médicos Anatomopatólogos.¹⁷⁶ Lo anterior, siguiendo el modelo de nuestro vecino país del norte que se inició en 1917 cuando un selecto grupo de médicos oftalmólogos creó el “Board” de Examinadores en Oftalmología, el cual estableció un mecanismo de certificación y autorregulación por

¹⁷⁵ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Texto vigente. Última reforma publicada D.O.F. 09-02-2012.

¹⁷⁶ Acta Constitutiva del Consejo Mexicano de Médicos Anatomopatólogos, A.C. 1963.

los pares, dando lugar después a la integración de los “Medical Boards” (Consejos Médicos) en las distintas especialidades en medicina y cirugía, formalizando en 1936 al crearse el “American Board of Medical Specialities”.¹⁷⁷ Estas entidades civiles e independientes, después de analizar la formación y práctica del especialista, le expiden un certificado que tiene una vigencia de cinco años, al cabo de los cuales el especialista debe recertificarse por medio de un examen o mostrando a satisfacción del “Board” que está al día en sus conocimientos y destrezas por haber acudido a cursos de educación médica continua.

El primer Consejo en México fue el de los médicos anatomopatólogos que se constituyó en 1963, recibió la idoneidad de la Academia Nacional de Medicina en 1975. Al cundir el ejemplo se difundió y se formaron más consejos; éstos y la Academia de Medicina se unieron a la Academia Mexicana de Cirugía¹⁷⁸ y se formó en 1995 el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, (CONACEM)^{179,180} que a la fecha agrupa y da idoneidad a 47 consejos, que son cuerpos colegiados formados por prestigiados y probos representantes de la comunidad profesional de la misma disciplina. Cabe notar que son elegidos por sus propios pares para asumir la responsabilidad de establecer el proceso de certificación y recertificación periódica de sus compañeros de profesión y de los nuevos especialistas, con base en los requisitos de preparación y adiestramiento de

¹⁷⁷ American Board of Medical Specialities, ABMS. Folleto publicado por ABMS, 2008; 05:133.

¹⁷⁸ Consejo de Certificación de Especialidades Médicas. Academia Nacional de Medicina. 1993.

¹⁷⁹ Acta Constitutiva de CONACEM, febrero 1995.

¹⁸⁰ CONACEM. Estatutos. <http://conacem.anmm.org.mx> Consultado septiembre 20, 2011.

cada campo de la práctica médica y la demostración de competencia en exámenes de certificación, o bien la evaluación de la actualización de los especialistas por medio de pruebas de recertificación.¹⁸¹

**FIGURA 24. Consejos de especialidades médicas registradas en el
CONACEM**

1	Anestesiología
2	Angiología y Cirugía Vascular
3	Médicos Anatomopatólogos
4	Comunicación, Audiología, Otoneurología y Foniatría
5	Cardiología
6	Cirugía General
7	Cirugía Oral y Maxilofacial
8	Cirugía Neurológica
9	Cirugía Pediátrica
10	Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva
11	Cirugía de Tórax
12	Dermatología
13	Endocrinología
14	Especialistas en Enfermedades del Colon y Recto
15	Gastroenterología
16	Genética
17	Geriatría
18	Ginecología y Obstetricia

¹⁸¹ **ESPINOSA DE LOS REYES** Víctor Manuel. *Parte I. La certificación de profesionistas y especialistas.* Introducción. En: Foro Trinacional, México. Dirección General de Asuntos Jurídicos, SSA 1993, pág. 23.

19	Hematología
20	Infectología
21	Inmunología Clínica y Alergia
22	Medicina Aeroespacial
23	Medicina Crítica
24	Medicina del Deporte
25	Medicina Familiar
26	Medicina Interna
27	Medicina Legal y Forense
28	Medicina de Rehabilitación
29	Medicina del Trabajo
30	Medicina de Urgencias
31	Médicos Nucleares
32	Nefrología
33	Neumología
34	Neurofisiología Clínica
35	Neurología
36	Oftalmología
37	Oncología
38	Ortopedia y Traumatología
39	Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello
40	Patología Clínica
41	Pediatría
42	Psiquiatría
43	Radiología e Imagen
44	Radioterapia
45	Reumatología

46	Salud Pública
47	Urología

Lista de los consejos de especialidades médicas registradas en el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas. Fuente: (CONACEM, 2014).

Como resultado del trabajo de certificación de los consejos, se beneficia en primer lugar a la población, promoviendo la mejoría en la calidad de la práctica médica especializada, estimulando el estudio y la actualización permanente de los especialistas.¹⁸²

El Consejo Mexicano de Cirugía General se fundó el 19 de noviembre de 1977¹⁸³ a instancias de un comité formado por 15 profesores de posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM. El 11 de noviembre de 1978 se otorgó el certificado a 1,719 médicos que acreditaron dedicarse exclusivamente a la práctica de la cirugía general y a partir de ese año se establecieron los requisitos para poder acceder al examen de certificación. El año siguiente, en diciembre de 1979 se efectuó el primer examen de certificación y desde esa fecha dicho examen se ha venido efectuando cada año en el Distrito Federal y en diversas sedes alternas en Estados de la República que cuentan con el suficiente número de candidatos. El examen consiste de dos partes, uno escrito de más de 300 reactivos de opción múltiple que se efectúa

¹⁸² **ABREU HERNÁNDEZ** Luis Felipe. *“Las implicaciones sociales de la calidad profesional de los médicos y la recertificación.”* Gac. Med. Mex 2000; 136:122.

¹⁸³ Consejo Mexicano de Cirugía General AC. Historia y estatutos. Nov. 1978.

en dos sesiones de tres horas. Al aprobar ese examen, el cirujano es sometido semanas después a un examen oral administrado por tres pares de cirujanos en dos sesiones de casos clínicos, durante tres horas. Si se comprueba que el cirujano ha demostrado ser competente en resolver los problemas clínicos que se le presentan, se le extiende el Certificado de Cirujano General, que tiene una vigencia de cinco años. En 1990 se inició el programa de examen de re- certificación.

Cuando el Consejo Mexicano de Cirugía General inició sus funciones, le fue otorgado el certificado a todos los médicos que demostraron dedicarse exclusivamente a la práctica de la cirugía y se les expidió el certificado reconociendo su especialidad. En lo sucesivo, todo médico interesado en obtenerlo debe pasar los dos exámenes mencionados para obtener el certificado, que tiene una vigencia de cinco años, al cabo de los cuales se deberá recertificar, lo que puede lograr por medio de un examen o demostrando que está al día en sus habilidades, si demuestra su asistencia a eventos de educación médica continua (figura 25).

FIGURA 25. CERTIFICADO DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA GENERAL



EL CONSEJO MEXICANO
DE CIRUGÍA GENERAL, A.C.

extiende el presente

CERTIFICADO

como

ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

AL:

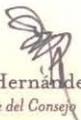
Dr. Isaac Baley Spindel

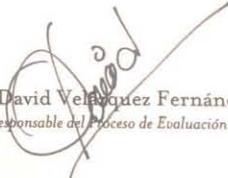


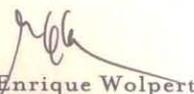
en virtud de haber demostrado la competencia
requerida para el ejercicio de la especialidad
en los Estados Unidos Mexicanos

Vigencia de: 27 de Julio de 2013 a 27 de Julio de 2018

2013 - 2018


Dra. Adriana Hernández López
Presidente del Consejo


Dr. David Velázquez Fernández
Responsable del Proceso de Evaluación


Dr. Enrique Wolpert
*Presidente del Comité Normativo Nacional
de Consejos de Especialidades Médicas*

México, D.F., 25 de Octubre de 2013

Con este certificado, el médico que termina su residencia de cirugía general y recibe el diploma universitario de cirujano, acude a la Dirección General de Profesiones (DGP) donde se le expide una cédula de especialista en cirugía general y sólo así calificado, debe de proceder a ejercer su profesión en alguna institución pública o privada. Esto es lo que debería ser; sin embargo, en la práctica no es así. En la última consulta efectuada el 24 de noviembre del 2011 en CONACEM, se encontró que se han otorgado certificados de cirujano general a 7,127 especialistas y de éstos, sólo 2,182 (30.61%) tienen vigente su recertificación.¹⁸⁴ Este es un hecho preocupante que revela la falta de interés de los cirujanos de nuestro país por recertificarse, ya que dicho trámite requiere estudio permanente y la asistencia continua a cursos de la especialidad. Desgraciadamente, las instituciones públicas y privadas no ejercen presión a estos especialistas para que logren la recertificación y les permiten seguir trabajando en sus hospitales sin cumplir ese elemental requisito.^{185,186}

Un aspecto interesante que habla de la deficiente preparación que reciben los residentes de Cirugía General durante su período formativo de cuatro años, es que del total de residentes que se gradúan cada año, que es de cerca de 400 en todo el país, sólo toma el examen de certificación un poco más de la mitad y de éstos, 30%

¹⁸⁴ Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas. (CONACEM). Septiembre 2011

¹⁸⁵ **CORVERA BERNARDELLI** Jorge. *“La vigilancia de la medicina por parte de los medios”*. Gac. Mex. Mex 1990:126: 20-21.

¹⁸⁶ **CORVERA BERNARDELLI** Jorge: *“La reglamentación de la Medicina”*. Gac. Med. Mex. 1988; 124-5.

lo reprueban, lo que refleja la mala calidad del programa universitario que los formó.¹⁸⁷

A continuación se mencionan algunos datos recientes del Consejo Mexicano de Cirugía General:¹⁸⁸

En el año 2011 sólo hubo 330 solicitudes para el examen escrito, y 102 residentes lo reprobaron (30.9%). De los 228 que pasaron el examen escrito, 95% aprobó el examen oral y sólo 5% no lo aprobó.¹⁸⁹

Esta información, que debería ser del conocimiento público, no ha sido posible difundirla debido a la oposición de los directivos de esos programas, quienes aducen que el dar a conocer el nombre de dichas instituciones afectaría a las mismas, algo que me parece verdaderamente inadmisibles, ya que de hacerse públicos los datos de donde provienen los residentes que no aprueban el examen del Consejo, se estaría orientando a los futuros residentes a lograr acomodo en una institución que les garantice una preparación adecuada y sabiendo estos datos, evitarían inscribirse en programas de poco prestigio académico y estos programas, a su vez,

¹⁸⁷ **CERVANTES CASTRO** Jorge. *“El problema de la deficiente preparación del cirujano general en México”*. Cir. Gral, 2014; 3 (2): 130-131.

¹⁸⁸ Consejo Mexicano de Cirugía General, noviembre 2014.

¹⁸⁹ Consejo Mexicano de Cirugía General, AC. Informe Anual. Agosto 2011.

al ver el pobre resultado de sus graduados, los debería inducir a buscar una solución mejorando los mismos.^{190, 191}

En este campo hay mucho potencial para efectuar cambios tendientes a lograr una formación sólida de los residentes de cirugía para que puedan aprobar el examen y obtener la certificación.

Con los cambios del 1° de septiembre del 2011 aprobados por el Congreso a la Ley General de Salud,¹⁹² en el artículo 81 se especifica que:

“Para la realización de procedimientos médico quirúrgicos de especialidad, se requiere que el especialista haya sido entrenado para la realización de los mismos en instituciones de salud oficialmente reconocidas ante las autoridades correspondientes, y que cuenten con:

- 1. Cédula de especialista legalmente expedida por las autoridades educativas competentes.*
- 2. Certificado vigente de especialista que acredite capacidad y experiencia en la práctica de los procedimientos y técnicas correspondientes en la materia”.*

¹⁹⁰ **CERVANTES** Jorge. *“latrogenia en Cirugía”*. Ed. Salvat. México, 1991.pp 1-247.

¹⁹¹ **ESPINOSA DE LOS REYES** Víctor Manuel. *“La Academia Nacional de Medicina de México y la Certificación de los especialistas por los Consejos de Especialidades Médicas”*. Facultad de Medicina UNAM. México, 2004.

¹⁹² Decreto por el que se reforman los artículos 81, 83 y 271 de la Ley General de Salud. Septiembre 1, 2011.

Las modificaciones al artículo 81 de la Ley General de Salud, servirán sin duda para evitar muchos problemas al exigir que sólo los especialistas debidamente capacitados y con certificación vigente efectúen procedimientos quirúrgicos, ya que como se encontraba redactada la ley hasta la reciente publicación del decreto del 1º de septiembre del 2011, cualquier médico con título de “Médico Cirujano”, estaba autorizado a efectuar todo tipo de procedimientos quirúrgicos y muchos lo hacían sin tener la preparación para ello, con resultados funestos para los pacientes que se sometían a operaciones por dichos “Médicos Cirujanos”.¹⁹³

Este logro, alcanzado después de muchos años de esfuerzos, establece que “El Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM) tendrá la naturaleza de organismo auxiliar de la Administración Pública Federal a efecto de supervisar el entrenamiento, habilidades, destrezas y calificación de la pericia que se requiere para la certificación y recertificación de la misma en las diferentes especialidades de la medicina reconocidas por el Comité y las instituciones de salud oficialmente reconocidas ante las autoridades competentes”.

“Los consejos de especialidades médicas que tengan declaratoria de idoneidad y que estén reconocidas por CONACEM, constituido por la Academia Nacional de Medicina, la Academia Mexicana de Cirugía y cuatro miembros de los Consejos de Especialidad, están facultados para expedir certificados de su respectiva especialidad médica” y por último “para la expedición de la cédula de médico

¹⁹³ **CERVANTES CASTRO** Jorge. “*La cirugía general en México*”. En: Temas de actualidad en cirugía. **Villazón** Alberto. **FIGUERAS** Nicolás. **ARRUBARRENA** Víctor Manuel. Eds. Cia. Edit. Continental México, 1983: 23-50.

especialista las autoridades educativas competentes solicitarán la opinión del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM)".

Un dato de interés, es que en la mayoría de los hospitales públicos y privados el requerimiento de la certificación y re-certificación no es obligatorio, por lo que en este aspecto, se debe insistir en que se cumplan las disposiciones establecidas en la reciente modificación del artículo 81 de la Ley General de Salud que establece claramente que quienes efectúen procedimientos quirúrgicos deberán contar con la respectiva certificación o re-certificación. De lograrse lo anterior se estaría dando un paso muy importante hacia el mejoramiento de la práctica quirúrgica en nuestro país con la consecuente disminución de complicaciones, incapacidades, muertes y tragedias que ocurren como sucede hasta ahora, debido a que existe una anarquía absoluta en el tema.^{194,195,196,197}

¹⁹⁴ **CERVANTES CASTRO** Jorge. *"Iatrogenia quirúrgica revisitada"*. Clínicas quirúrgicas, Academia Mexicana de Cirugía. México 2006, págs. 37-45. 141.

¹⁹⁵ **MARÍN MÉNDEZ** José Alfonso, **MAGAÑA SÁNCHEZ** Ignacio Javier, **VEGA PÉREZ** Alfredo Jesús, **DÁVILA ESQUIVEL** Felipe de Jesús. *"Problemas actuales que enfrenta el cirujano general"*. En: *"La cirugía general y el cirujano"*. **VEGA MALAGÓN** Jesús Alberto, Universidad Autónoma de Querétaro. México, 2011. Págs. 471-479.

¹⁹⁶ **GUARNER** Vicente. *"El futuro incierto de la cirugía general. Una especialidad en proceso de extinción."* Gac Med Mex 2001; 6: 45-50.

¹⁹⁷ **GUTIÉRREZ SAMPERIO** Cesar. *"Ética y cirugía"*. En: **GUTIÉRREZ SAMPERIO** Cesar, **ARRUBARRENA** Víctor Manuel, **CAMPOS CASTRO** Francisco. *"Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo"*. 3ª. Ed. El Manual Moderno, México 2006, págs. 747-762.

CAPÍTULO VI. COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO
(CONAMED)

CAPITULO VI.

COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO (CONAMED)

RESUMEN

Como consecuencia de la gran cantidad de quejas por mala o deficiente atención médica, el Gobierno Federal creó en 1996 la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), buscando resolver los conflictos entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud. Esta entidad recibe cada año más de 10 mil nuevas quejas que trata de resolver con sus funciones de asesoría, gestión, conciliación y arbitraje, pero no se ocupa de investigar las causas de las mismas, ir a la raíz del problema. Se plantea la necesidad de identificar las escuelas de medicina que gradúan los miles de médicos que originan las quejas y obligarlas a preparar mejor a sus graduados o en su defecto, clausurarlas.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se creó por decreto presidencial el 4 de junio de 1996¹⁹⁸ con el propósito de resolver los conflictos suscitados entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud de carácter público, privado o social, así como de contribuir a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios médicos de nuestro país.

Entre las atribuciones más importantes de la CONAMED se encuentran la de brindar asesoría e información en forma gratuita, tanto a los usuarios como a los prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones en materia de

¹⁹⁸ Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), publicado en el Diario Oficial de la Federación, 3 Junio 1996.

salud; así como de recibir, investigar y atender las quejas que sean presentadas por los usuarios en relación a posibles irregularidades en la prestación o negativa de servicios médicos.

La CONAMED realiza las siguientes acciones.^{199,200}

1. Atiende las quejas presentadas.
2. Brinda la orientación y asesoría especializada que el usuario necesite, particularmente la que se refiere a los alcances y efectos legales del proceso arbitral y de los otros procedimientos existentes.
3. Gestiona la atención inmediata de los usuarios cuando la queja se refiere a demora, negativa de servicios médicos o cualquier otra que pueda ser resuelta por esta vía.
4. Actúa en calidad de amigable componedor y árbitro, atendiendo a las cláusulas compromisorias y compromisos arbitrales.
5. Puede intervenir discrecionalmente y no a petición de parte en asuntos de interés general, propugnando por la mejoría de los servicios médicos, para cuyo efecto emitirá opiniones técnicas y recomendaciones que estime necesarias.
6. Gestión pericial.

¹⁹⁹ **AGUIRRE GAS** Héctor, **CAMPOS CASTOLO** Esther Mahuina, **CARRILLO-JAIMES** Arturo, **ZAVALA-SUÁREZ** Etelvina, **FAJARDO-DOLCI** Germán. “Análisis crítico de las quejas CONAMED”, 1996-2007. Rev CONAMED 2008; 13: 1-16.

²⁰⁰ **HERNÁNDEZ-TORRES** Francisco, **AGUILAR-ROMERO** María Teresa. “Queja Médica y Calidad de la Atención de la Salud”. Rev CONAMED 2009; 14: 26-49.

Para resolver controversias derivadas de quejas por los usuarios de los servicios médicos la CONAMED puede recurrir a:

- Orientación
- Gestión
- Conciliación
- Arbitraje

Debido al impacto que originó la creación de la CONAMED, que en sus primeros 12 años había recibido miles de solicitudes,^{201,202} se crearon comisiones estatales de arbitraje médico en la mayoría de las entidades federativas excepto en seis estados: Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Zacatecas, Hidalgo y Quintana Roo, entidades que al carecer de comisión local de arbitraje médico, turnan sus casos a la CONAMED central.

A pesar de que muchos cuestionamos la creación de la CONAMED, su función ha sido parcialmente satisfactoria ya que al ofrecer vías de solución a los conflictos con sus mecanismos de conciliación y arbitraje, han disminuido considerablemente las quejas presentadas ante los tribunales civiles y penales, reduciendo los tiempos y costos de las controversias y aligerando el trabajo de los ministerios públicos y los jueces. La profesión médica también ha sido fortalecida al evitar los litigios

²⁰¹ **AGUIRRE GAS** Héctor, **VÁZQUEZ-ESTUPIÑAN** Felipe. Cir Ciruj 2006; 74: 495-503.

²⁰² **FAJARDO-DOLCI** Germán, **RODRÍGUEZ SUÁREZ** Francisco Javier, **CAMPOS-CASTRO** Esther Mahuina, **CARRILLO-JAIMES** Arturo, **ZAVALA-SUÁREZ** Etelvina. **AGUIRRE GAS** Héctor Gerardo, “Análisis de quejas derivadas de las prácticas quirúrgicas”. Cir Ciruj 2009; 77: 205-213.

judiciales prolongados y al llegar a conciliación con los quejosos, ha contribuido a mejorar la relación médico paciente y la práctica de la medicina en general.

Antes del 29 de junio de 1992, cuando se creó la Comisión Nacional de Derechos Humanos ²⁰³ (CNDH), las denuncias contra fallas médicas habitualmente se presentaban ante diversas instancias judiciales. Como ejemplo, cito un trabajo de investigación elaborado por la Dra. Luz María Reina Carrillo Fabela, de la Dirección General de Coordinación de Servicios Periciales de la Procuraduría General de la República realizado a solicitud del Agente del Ministerio Público Federal:²⁰⁴

En un período de 16 años (de 1976 a 1992), durante la etapa de la averiguación previa por el probable delito de falta de responsabilidad médica, se encontraron en este periodo sólo 283 dictámenes médicos periciales. En 135 casos (48%) no existió falla médica; en 59 casos (21%) no se pudo determinar por falta de elementos; en 89 casos (31%) se dictaminó que sí hubo falta médica por negligencia o impericia.

La falta médica más común fue la negligencia con 79% y la impericia con 21%. El servicio médico con mayor número de quejas fue el de ginecoobstetricia con 36% de los casos, seguido por el de cirugía general con 19%, el servicio de urgencias con el 17% y finalmente el servicio de anestesia con 13% de los casos revisados.

²⁰³ Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Publicada en el Diario Oficial de la Federación. 29 de junio de 1992.

²⁰⁴ **REYNA CARRILLO**, Luz María. *“La responsabilidad profesional del médico en México”*. Edit. Porrúa México, 2009, pág. 40-54.

Antes de que existiera la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, muchos casos se presentaban ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) que había tramitado 2,386 expedientes de quejas previo al convenio que celebró la CNDH con la CONAMED el 14 de julio del 2000.

Es de interés señalar que de las 2,386 quejas atendidas por la CNDH, ésta solo emitió 59 recomendaciones a instituciones del sector salud. Cabe mencionar que las resoluciones de este organismo descentralizado no son obligatorias; en cambio, las resoluciones que emite la CONAMED en calidad de árbitro, constituyen un acto de autoridad para los efectos del juicio de garantías, según la jurisprudencia 56/2001, lo que los hace obligatorios.

Al cumplir diez años la CONAMED, de junio 1996 a diciembre 2007, se habían recibido 182,407 solicitudes; de ellas, 159,097 (87%) se resolvieron satisfactoriamente por el área de orientación y gestión. Se elaboraron 4,867 dictámenes (2.6%) y 18,443 casos (10%) fueron turnados al área de conciliación.²⁰⁵

De los 18,443 casos enviados a conciliación (100%) sólo hubo 433 de arbitraje (2.35%).

La mayor parte de las quejas entre estos 18,443 casos se originó en instituciones del IMSS con 9,303 (50%); 2,841 casos (15%) en el ISSSTE; 536 (3%) en hospitales federales de la Secretaría de Salud y 229 (1.2%) en hospitales del Gobierno del Distrito Federal; el restante en hospitales privados.

²⁰⁵ Informe de labores CONAMED, 2010.

Entre las nueve especialidades con mayor frecuencia de quejas, seis eran quirúrgicas, en primer lugar ortopedia y traumatología con 1,024 casos (11%); cirugía general con 807 casos (9%); ginecología con 776 (9%); oftalmología con 508 (5.6%); urología con 268 (3%) y urgencias quirúrgicas con 208(2.3%). De las nueve especialidades informadas con mayor frecuencia, que suman 5,501 quejas, hubo seis especialidades quirúrgicas con 3,591 casos, equivalente a 65% de las quejas de las nueve especialidades analizadas y 40% del total de quejas revisadas.

FIGURA 26. Quejas por especialidad CONAMED

	Especialidad	N	%
1	Ortopedia y traumatología	1.024	11.37
2	Urgencias médicas	871	9.67
3	Cirugía general	807	8.96
4	Ginecología	776	8.62
5	Medicina familiar	576	6.39
6	Oftalmología	508	5.64
7	Obstetricia	463	5.14
8	Urología	268	2.98
9	Urgencias quirúrgicas	208	2.31
10	Otras	3,505	38.92
	Total	9,006	100

Fuente: Informe de labores CONAMED, 2010.

Para dar una idea de la reducción de casos potenciales de quejas contra instituciones médicas o profesionales de la medicina, se analizan a continuación datos referentes al último informe de labores de CONAMED:

En el año 2010 CONAMED recibió 11,585 asuntos y tenía pendientes de resolver 1,157 del año 2009, lo que da un total de 12,742 casos analizados en este período.

Se resolvieron un total de 11,659 a través de diferentes vertientes del proceso arbitral, lo que da una eficiencia global del 91%.²⁰⁶ De los 11,585 nuevos casos recibidos en 2010 se resolvieron por asesoría especializada 4,555 casos (39%) solo por orientación 4,421 (38%), admisión de queja formal por gestión indirecta 654 (6%). Entre estos 11,652 casos de arbitraje se resolvieron en etapa conciliatoria 1,582 (13%) y sólo 89 casos (0.7%) pasaron al proceso formal de arbitraje médico.

En el mismo informe de labores del año 2010, entre 641 casos de mala práctica revisados, destaca que la mayoría de reclamaciones fueron contra las instituciones oficiales de salud, encabezadas por el IMSS, con 53%; sigue el ISSSTE, con 16.8%; hospitales de la Secretaría de Salud con 5.14%; PEMEX con 4%; SEDENA, con 2%; y SEMAR, con 0.15%. Las quejas contra instituciones privadas ocurrieron en 18%.

Respecto a los especialistas involucrados, sobre quejas contra Cirujanos Generales, la CONAMED no dispone de información sobre si los médicos involucrados eran en realidad Cirujanos Generales Certificados, si contaban con recertificación vigente, o si sólo eran “Médicos Cirujanos” que efectuaban procedimientos quirúrgicos en los que ocurrió una complicación que dio lugar a una queja ante la CONAMED.

Por lo que se ve, la función de la CONAMED sí ha servido para resolver adecuadamente un alto porcentaje de casos de quejas médicas y ha evitado que

²⁰⁶ Informe de labores CONAMED, 2010

dichos casos llegaran a los juzgados civiles o penales,^{207,208,209,210} pero no cuenta con datos para verificar la competencia de los “Médicos Cirujanos” involucrados.

Cuando se creó CONAMED por decreto presidencial el 4 de junio de 1996, el gobierno buscaba atender y darle solución a la gran cantidad de quejas que se recibían de los pacientes por deficiencias y mala atención médica en diversas instituciones del sector público y privado, pero en lugar de investigar las causas, el verdadero origen del problema de la mala atención médica, se optó por atender las quejas con el propósito de resolver los conflictos suscitados entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud en todo el territorio nacional.

Al crear esta nueva dependencia burocrática para atender quejas, se perdió la gran oportunidad de estudiar el origen de las mismas, en otras palabras, ir a la raíz del problema: investigar a las escuelas de medicina que están titulando los médicos causantes de las inconformidades. En sus 18 años de vida, la CONAMED ha recibido y sigue recibiendo miles de quejas por mala atención médica, pero persiste sin abordar la causa de los mismos.

²⁰⁷ **TENA TAMAYO** Carlos. “Contexto del modelo mexicano de arbitraje médico”. Rev CONAMED 2002; 7 (2): 612.

²⁰⁸ **COTE ESTRADA** Lilia, **GARCÍA TORRES** Paul Octavio. “La práctica médica y sus consecuencias jurídicas”. Cir. Gen. 2012; 24 (3):237-238

²⁰⁹ **MAGALLON IBARRA** Jorge Mario. “Fuente histórica de la responsabilidad médica”. En: Arbitraje Médico. Fundamentos teóricos y análisis de casos representativos. Ed Trilla. México 2005, p. 70.

²¹⁰ **AGUIRRE GAS** Héctor, **ZAVALA-VILLAVICENCIO** Jesús Antonio, **FAJARDO-DOLCI** Germán. “Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Errores médicos, mala práctica y responsabilidad profesional”. Cir Ciruj 2010; 78: 456-462.

Si no se conoce el origen de un problema, este no se puede resolver, por lo que propongo que estudiemos y sigamos el ejemplo de lo que ocurrió en nuestro vecino país del norte hace ya más de cien años, cuando tenían un problema similar, la manera como lo manejaron y los resultados que obtuvieron.²¹¹ En México, la situación es muy parecida a la que existía en Estados Unidos hace cien años, antes de la publicación del “Informe Flexner”, con gran cantidad de escuelas y facultades de Medicina que gradúan cada año cerca de 12,000 nuevos médicos, sin la supervisión adecuada de las autoridades educativas correspondientes. En nuestro país, al parecer, es muy fácil abrir una escuela de Medicina. Se sabe que la entidad máxima para autorizar la apertura de todo tipo de instituciones educativas es la Secretaría de Educación Pública y la similar en cada estado de la República. Se conoce que hay estados con varias escuelas de Medicina; Veracruz, por ejemplo, tiene nueve escuelas de Medicina, casi una por cada ciudad importante del estado.

Tanto la Secretaría de Educación Pública, como las estatales, otorgan los permisos para el funcionamiento de las entidades de educación superior y muchas son autónomas, como por ejemplo la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, las universidades de los estados, etc., pero las autoridades educativas federal y estatal no supervisan los programas, instalaciones o cuerpo docente ni los grados que esas escuelas o facultades otorgan, lo que propicia lo observado actualmente en México, que más de la mitad de las escuelas y facultades de Medicina funcionan sin un control

²¹¹ **CERVANTES CASTRO** Jorge. “Urge un Abraham Flexner en México”. *Cir Cir.* 2014; 83 (5): 473-475.

adecuado de sus programas o, lo que es peor, de la calidad de sus egresados, porque se observa una gran disparidad en los graduados de escuelas y facultades de Medicina del país.

En los medios oficiales es difícil conseguir datos, los más recientes muestran que existen más de 120 escuelas y facultades de Medicina, según la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM),²¹² que fue fundada en 1957 con el objeto de registrar y certificar a las escuelas de Medicina. La AMFEM tiene afiliadas solo 93 escuelas y de estas, sólo 51 cuentan con la acreditación adecuada, lo que deja a la mayoría sin registro y certificación oficial. Además de la AMFEM, se constituyó el Consejo para la Acreditación de Educación Superior (COPAES),²¹³ fundado el 8 de noviembre del 2000 como “la única instancia validada por el gobierno federal para conferir reconocimiento formal a organizaciones cuyo fin sea acreditar programas de educación superior en el país, ofrecidas por instituciones públicas y privadas”.

En el sitio de internet de COPAES, consultado el 27 de julio del 2012, se aprecia que sólo tiene 44 escuelas y facultades de Medicina acreditadas, 30 de ellas públicas y 14 privadas.

²¹² Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM). Acta Constitutiva de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, 1957. Disponible en: www.amfem.edu.mx

²¹³ Acta Constitutiva del Consejo para la Acreditación de Educación Superior (COPAES), noviembre 8, 2000. Disponible en: www.copaes.org.mx

A partir de enero de 2002 el proceso de acreditación de escuelas y facultades de Medicina del país pasó a cargo del Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM)²¹⁴ y, según cifras del 18 de marzo de 2014, el COMAEM tiene registradas 76 escuelas y facultades de Medicina, con solo 53 de ellas acreditadas, 34 públicas y 19 privadas.

La AMFEM, el COPAES y el COMAEM, aparentemente, tienen las mismas funciones y similares atribuciones, pero sin obligatoriedad. Esto revela el desorden generalizado en esta materia, con el consiguiente fenómeno de perpetuar la formación y graduación de miles de médicos; la mayoría, además de recibir el incorrecto título de “Médico Cirujano” y la correspondiente cédula de profesiones, que los autoriza a ejercer la Medicina y Cirugía, con resultados funestos para los pobres pacientes que caen en manos de muchos de ellos.

Además de las tres entidades citadas: AMFEM, COPAES, COMAEM; se creó el 21 de enero de 2005 en la Secretaría de Educación Pública, la Dirección General de Educación Superior Universitaria (DGESU),²¹⁵ adscrita a la Subsecretaría de Educación Superior, cuyo objetivo es: “promover, fomentar y coordinar las acciones para impulsar el fortalecimiento integral de instituciones públicas y particulares de educación superior; así como la mejora de la calidad de sus programas académicos,

²¹⁴ Acta Constitutiva del Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM). Enero 2, 2002. Disponible en: www.comaem.org.mx

²¹⁵ Acta Constitutiva de la Dirección General de Educación Superior Universitaria (DGESU), 21 de enero 2005, adscrita a la Subsecretaría de Educación Superior de la Secretaría de Educación Pública. Disponible en: <http://www.dgespe.sep.gob.mx/>

y que se reconocen como documentos auténticos los certificados, títulos, diplomas o grados que se expidan por las instituciones de educación superior”. No se tienen datos de cuántas escuelas o facultades de medicina están registradas o acreditadas en la DGESEU.

De acuerdo con datos recientes de la OCDE,^{216,217} se requiere una escuela de Medicina por cada dos millones de habitantes. Si deseamos estar a la par de los países desarrollados, en México, con 120 millones de habitantes, en lugar de 120 escuelas de medicina, necesitaríamos tener solo unas 60 escuelas muy buenas. De lograrse lo anterior, se estaría dando un gran paso para resolver el candente problema de médicos que salen de sus escuelas sin la preparación y experiencia adecuadas.

En un estudio actual sobre las escuelas de medicina en el mundo, se demostró que México ocupa el sexto lugar entre los 193 países reconocidos por las Naciones Unidas, de acuerdo con el International Medical Education Directory y el Avicenna Directory, para el año 2013.²¹⁸

²¹⁶ OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.

²¹⁷ **SCHOENSTEIN**, Michael. “Marco conceptual y modelo de formación de Recursos Humanos para la Salud. La experiencia de la OCDE”. En: “Seminario Internacional sobre Políticas de Formación de Médicos Especialistas. Academia Nacional de Medicina”, 21 y 22 de abril, 2014. México.

²¹⁸ **DUVIVIER** Robert J, **BOULET** JR, **OPALEK** Amy, **VAN ZANTEN** Martha, **NORCINI** John. “Overview of the world’s medical schools: an update”. Med Educ. 2014 Sep; 48 (9): 860-9.

FIGURA 27. PAÍSES CON EL MAYOR NÚMERO DE ESCUELAS DE MEDICINA EN EL MUNDO (2014)

Posición	País	Escuelas de Medicina		Habitantes (en millones)
		(n)	%	
1	India	304	11.7	1,200
2	Brasil	182	7.0	203
3	EUA	173*	6.7	320
4	China	147	5.7	1,367
5	Pakistan	86	3.3	184
6	México	84	3.2	120
7	Japón	80	3.1	127
8	Turquía	72	2.8	76
9	Rusia	62	2.4	145
10	Bangladesh	61	2.3	159
11	Colombia	57	2.2	48
12	Irán	54	2.1	77
13	Indonesia	51	2	252
14	Italia	41	1.6	60
15	Corea del Sur	41	1.6	50
16	Francia	40	1.5	63
17	Filipinas	38	1.5	99
18	Alemania	36	1.4	80
19	Argentina	32	1.2	42
20	Nigeria	32	1.2	177

Fuente: Duvivier Robert J, Boulet JR. Op. Cit. Med Educ. 2014 Sep; 48 (9): 860-9.

Si centramos nuestra atención en este estudio, vemos que China, el país más poblado del mundo, con casi 1,400 millones de habitantes, tiene registradas solo 147 escuelas y la India con más de 1,200 millones de personas, registra 304 escuelas. Mientras tanto, México con 120 millones de habitantes, tenía en ese registro solo 84, pero actualmente tenemos más de 120 escuelas de medicina que gradúan cada año 12 mil nuevos médicos, por lo que es urgente investigar y corregir

este apremiante problema, que no se va a resolver si persistimos observando el gran número de quejas que recibe cada año CONAMED por la deficiente atención a los pacientes por los médicos egresados de dichas escuelas.^{219,220,221,222,223}

²¹⁹ **SANDOVAL GUTIÉRREZ JL, PALOMAR MORA** Morales E. *“Reforma de Flexner en el posgrado médico: Una necesidad inminente”*. Cir Torax 2012; 71 (4): 376-377.

²²⁰ **FRENK** Julio, **LINCOLN** Chen, **ZULFIQAR** A. Bhutta, **JORDAN** Cohen, **NIGEL** Crisp, Timothy Evans, Harvey Fineberg, et al. 2010. *“Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world”*. The Lancet 376(9756): 1923-1958.

²²¹ **BARZANSKY**, Barbara M; **GEVITZ**, Norman. *“Beyond Flexner: Medical Education in the Twentieth Century”*. Ed. College of Medicine at Chicago. USA, 1992. 264 págs.

²²² **COOKE**, Molly; **IRBY**, David M; **O'BRIEN**, Bridget C. *“Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School and Residency”*. J Chiropr Educ. 2011 Fall; 25(2): 193–195.

²²³ Declaración de Guadalajara. I Congreso Internacional de Responsabilidad Médica. Organizado por: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México y Universidad de Guadalajara. 13 de mayo de 2014.

CAPÍTULO VII. ORDENAMIENTOS JURÍDICOS Y NORMATIVIDAD
REFERENTE AL DERECHO DE PROTECCIÓN A LA SALUD

FIGURA 28. MARCO NORMATIVO QUE REGULA LA SALUD EN MÉXICO



CAPÍTULO VII.

ORDENAMIENTOS JURÍDICOS Y NORMATIVIDAD REFERENTE AL DERECHO DE PROTECCIÓN A LA SALUD

RESUMEN

El artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, y que el Estado debe de garantizarlo. Se pretende que todas las personas tengan acceso a las mejores prácticas de salud y que los pacientes sean atendidos por personal altamente calificado. El derecho a la protección de la salud implica una serie de responsabilidades compartidas entre el Estado, la sociedad y los interesados, cuyo sistema y basamento deberá estar integrado y regido por los principios de universalidad, equidad y calidad. Si el Estado no cumple con esta función, estará faltando a su obligación de atender este derecho fundamental de todo individuo. En la actualidad, debido a lo complejo del problema, el Estado carece de la capacidad para asumir totalmente esta responsabilidad. En este capítulo se analiza el marco normativo que regula el derecho a la protección de la salud (figura 25).

Breve referencia histórica

El tránsito del pensamiento ideológico del liberalismo constitucional del siglo XIX a las ideas de la justicia social que consagró nuestra Constitución de 1917, significó un verdadero cambio de paradigma dentro de la configuración constitucional, en efecto, la inclusión de un catálogo de derechos fundamentales de carácter social, recogidos de las demandas que se originaron en el movimiento revolucionario mexicano comenzado en 1910, fueron el germen y la savia nutricia que

desencadenaría con el paso del tiempo el desarrollo e inclusión de más derechos de esta naturaleza.

Inicialmente nuestro texto supremo de 1917, no reconoció expresamente el Derecho a la protección de la salud, sin embargo se realizó una breve referencia en el artículo 123, fracción XV, a la obligación del patrón de mantener centros de trabajos que garanticen la integridad y salud del trabajador²²⁴, sin lugar a dudas se comenzaba a vislumbrar la génesis de lo que posteriormente la misma Constitución reconocería firmemente como verdadera garantía constitucional.

Desde luego, con el desarrollo del sistema internacional de derechos humanos, se lograron varios avances en su positivización o reconocimiento legal, destacando en primera instancia los cuerpos legales escritos después de la Segunda Guerra Mundial, siendo la Declaración Universal de los Derechos Humanos, pionera en el reconocimiento del derecho a la protección de salud, estipulándolo en su artículo 25 de la siguiente forma:

"Artículo 25.

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los

²²⁴ Vid. *Diario Oficial del Órgano del Gobierno Provisional de la República Mexicana*, del lunes 5 de febrero de 1917, Tomo V, 4 época, número 30,

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum/CPEUM_orig_05feb1917.pdf visto el 27 de marzo de 2015 a las 11:07 a.m.

*servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad"*²²⁵.

La teleología o finalidad de las disposiciones normativas internacionales, como la anteriormente descrita, estriba en la consideración del ser humano como receptáculo de derechos básicos basándose fundamentalmente en la universalidad de la dignidad humana, para protegerlo íntegramente en su calidad de persona, independientemente del Estado o País al que pertenezca.

Con la misma motivación surgió la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de 1948, preconizando el derecho a la preservación de la salud y el bienestar:

*"Artículo XI. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad"*²²⁶

²²⁵ **GOMEZ PACHECO**, Máximo, *"Los Derechos Humanos documentos básicos"*, Santiago, Ed. Jurídica de Chile, 2000, Pp. 135-138

²²⁶ Ídem. P. 145

El artículo anterior significó, por lo que respecta al ámbito internacional de los Derechos Humanos en el continente americano, el primer antecedente que reconocía la universalidad de tal derecho y que establecía la obligación respectiva al Estado de garantizarlo, sin embargo es menester mencionar que matizaba la obligación a las capacidades financieras del Estado en cuestión.

La conclusión del establecimiento de la protección a la salud en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, fue el Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos y Sociales, conocido comúnmente como el "Protocolo de San Salvador"²²⁷ suscrito el 17 de noviembre de 1988, ampliando y pormenorizando el Derecho a la salud, por tal sentido se estima pertinente citar íntegramente el artículo 10:

"Artículo 10

Derecho a la Salud

- 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.*
- 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:*

²²⁷ Aludido protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, debiendo considerarse pretérito protocolo como la parte sustantiva en materia de derechos económicos y sociales.

- a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;*
- b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;*
- c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;*
- d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;*
- e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y*
- f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”²²⁸.*

La configuración y creación normativa del citado artículo 10, constituye un punto de inflexión en el reconocimiento del Derecho a la salud, al involucrar a los sujetos titulares del derecho y a las autoridades, con el objetivo no solamente de atacar los problemas de salud, sino de prevenirlos a través de campañas gubernamentales y de brindar elementos informativos y educativos a la masa poblacional, con ello teóricamente podemos hablar de una mayor expansión del derecho, sin embargo falta aún precisar la ingente necesidad de contar con profesionales médicos

²²⁸ **GOMEZ PACHECO**, Máximo, "Los Derechos Humanos documentos básicos", Santiago, Ed. Jurídica de Chile, 2000, Pp. 157

especializados que puedan brindar a los pacientes verdaderos servicios de calidad que correspondan con las necesidades actuales de la población.

Por lo que respecta a nuestro país, el 20 de diciembre de 1982, el Ejecutivo Federal presentó una iniciativa de reforma al artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la que se considera al cuidado de la salud como un derecho universal, en donde todas las personas son titulares, no solamente grupos vulnerables, como podrían serlo los menores de edad o los trabajadores, en ese sentido se establece un efectivo principio de universalidad de la norma, expandiendo su ámbito de protección a todo el elemento humano del Estado, finalmente esta iniciativa fue aprobada por ambas cámaras en 1983, adicionando el siguiente párrafo al artículo cuarto de nuestra constitución vigente:

*"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución."*²²⁹

El párrafo anterior sigue vigente en el Derecho Positivo Mexicano y constituye desde el punto de vista jurídico una Garantía Constitucional cuyo titular es el gobernado,

²²⁹ *Diario Oficial de la Federación*, Jueves 3 de febrero de 1983, P. 2

erigiéndose en una obligación jurídica de la autoridad correspondiente el garantizar y proteger el derecho a la salud de todas las personas.

Una vez relatada sucintamente la historia jurídica del derecho a la protección de la salud en México y su recepción del derecho internacional, resulta pertinente, aunque sea de forma somera, dilucidar sobre su estructura jurídica como Derecho Fundamental, precisando sus alcances, sus titulares y sus límites, verificando y siguiendo la ruta crítica de la presente investigación consistente en afirmar la necesidad imperante de contar con médicos efectivamente capacitados, y más aún en el área de Cirugía.

El Derecho Fundamental a la protección de la salud y sus bienes jurídicos tutelados

La protección y el desarrollo de los sistemas asistenciales es una de las tareas fundamentales desde los puntos de vista políticos y económicos en los Estados democráticos contemporáneos, representando una de las claves elementales de bienestar por parte del Estado.

El bienestar implica a su vez la adaptación integral al medio físico, biológico y social en que el individuo vive y realiza sus actividades, por lo que tanto aquella como esta, son bienes que deben gozar de la protección del Estado y del Derecho.

En virtud de las anteriores consideraciones resulta imprescindible realizar una revisión y exposición de los contenidos del derecho a la protección de la salud como derecho fundamental, analizando los elementos constitutivos de carácter constitucional que le dan origen, forma y alcance.

Aunque no es el objetivo de la presente investigación, hablaremos de forma tangencial de algunos conceptos elementales de carácter teórico que la doctrina nos ofrece como basamento de los Derechos Fundamentales, lo anterior con el fin de brindar un pequeño panorama que sirva de plataforma para las reflexiones que se suscitarán.

En primera instancia es pertinente aclarar lo que se entiende como Derecho Fundamental y para ello Hernández del Valle señala que son: "*el conjunto de derechos y libertades jurídicas e institucionalmente reconocidos y garantizados por el derecho positivo*"²³⁰.

Para Miguel Carbonell, inspirado en Luigi Ferrajoli, los Derechos Fundamentales son "*todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a todos los seres humanos en cuanto son dotados del status de personas, de ciudadanos o de personas con capacidad de obrar*"²³¹

230 **NOGUEIRA ALCALÁ**, Humberto "Teoría y dogmática de los derechos fundamentales", Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, 2003. P. 58.

231 **CARBONELL**, Miguel, "Los Derechos Fundamentales en México", Porrúa, México, 2005. P. 8

231 Ídem. P. 12

Lo que podemos apreciar de las anteriores definiciones es la idea precisa que refuta a los Derechos Fundamentales como todos aquellos derechos subjetivos que se atribuyen al gobernado en su calidad de persona y que la mayor parte de la doctrina señala como su substancia elemental a la dignidad de la persona humana.

Dignidad proviene del latín *dignitatis*²³², es decir lo que merece o lo que es merecido. En Roma la *dignitas* era el merecimiento de los cargos públicos, reservándose luego el vocablo para las funciones civiles.

En la Edad Media, la dignidad era la calidad del oficio habiéndose dicho que la dignidad es una propiedad del cargo. En el siglo XII comenzó a insinuarse que la dignidad es cualidad humana y que el hombre es la más digna de las criaturas. En el siglo antepasado León XIII habló “de la altísima dignidad de los hijos de Dios a la que son llamados los hombres”.^{233,234}

En estricto sentido natural la idea de la dignidad del hombre aparece con anterioridad en la metafísica de las costumbres, de Kant,²³⁵ y así surgió el imperativo categórico: obra de manera que tu conducta pueda servir de norma universal, a través del cual renace la vieja regla de los clásicos: "no quieras para

232 Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.aed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>

233 **GANDASE GUILARRAURI**, José Manuel. "Estudio sobre el origen de la sociedad". En: Revista Internacional de Sociología. Madrid, 1946. 20 pp.

234 **MARTÍNEZ**, Chono. "Los trabajadores. Ordenamiento sistemático de la doctrina peronista y la doctrina social de la iglesia". Ed. Dunken, Buenos Aires, 2006. 464 pp.

235 **KANT**, Immanuel. "Fundamentación de la Metafísica de las costumbres". Ed. Tecnos, 2005, 260 pp.

otro lo que no quieras para ti" o el precepto cristiano "ama a tu prójimo como a ti mismo".

Es así que la idea de la dignidad como absoluta e intrínseca al ser humano tuvo como uno de los primeros precursores modernos, al gran filósofo de Königsberg Immanuel Kant, en su proposición fundamental, anteriormente mencionada, conocida como imperativo categórico, consistente en obrar de tal manera que nuestro actuar se convierta en ley universal, sustentando la anterior idea, en la premisa de que el hombre es un fin en sí mismo y no como un medio al servicio de otros fines, pues su rasgo distintivo es precisamente la dignidad.

La dignidad conserva una estrecha relación con la naturaleza humana, siendo ella la igualdad ontológica de todos los seres humanos, por lo tanto esta noción se convierte en la fuente primigenia de protección al ser humano, pues si consecuentemente todos partimos de la misma naturaleza, no se pueden permitir ni legitimar tratos de carácter subjetivo, discriminaciones ilegales o arbitrariedades de los órganos estatales.

Por lo que respecta a la dignidad humana -indisolublemente ligada a la protección jurídica de la salud-, constituye el punto toral que regula las cuestiones comprendidas dentro de la responsabilidad médica, no sólo como presupuesto inicial de su estudio, sino como guía de todo el actuar del médico y que más adelante vincularemos con la necesidad de contar con médicos altamente especializados que coadyuven a garantizar efectivamente la protección de la salud.

Las reflexiones anteriores nos plantean una dimensión de suma trascendencia, pues los Derechos Fundamentales protegen la esencia del ser humano, permiten su desarrollo y proyección, y lo anterior vinculado con la protección del derecho a la salud indisolublemente ligado a la vida de las personas, nos presenta la importancia de su estudio y la aplicación correcta por parte de todos los actores relacionados: Estado, comunidad usuaria y médicos.

Secularmente los Derechos Fundamentales o también denominados como Garantías Constitucionales, se han categorizado para su estudio en derechos de libertad, igualdad, seguridad jurídica, propiedad y sociales o prestacionales, precisamente en esta última categoría es donde se ubica el derecho a la protección de la salud, y aunque de momento pareciera ser solo una división doctrinal, en el momento último de su eficacia se presentaran escenarios interesantes que abordaremos más adelante.

Por lo que respecta a la configuración constitucional el artículo cuarto de nuestra constitución establece el derecho a la protección de la salud en la siguiente forma:

"Artículo 4.-

(...)

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades

federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución."²³⁶

Al leer el primer enunciado "*toda persona tiene derecho a la protección de la salud*", surgen los dos primeros bloques a analizar, el primero de ellos son los sujetos titulares del derecho -toda persona- y subsecuentemente el objeto del derecho subjetivo consagrado en la norma constitucional es decir la -protección de la salud- en donde se expondrá qué comprende a este derecho.

Sujetos que intervienen en el Derecho a la Protección de la salud

Sobre los sujetos que intervienen en la relación que deriva del Derecho Fundamental a la protección de la salud, encontramos como la doctrina nos lo señala, dos sujetos, uno activo y otro pasivo, el primero de ellos es el titular del derecho, el cual como la norma nos lo señala es "*toda persona*", en la anterior frase encontramos un principio de universalidad lo que significa que independientemente de la nacionalidad, sexo, edad, raza o condición social cualquier ser humano sujeto a la jurisdicción nacional, será titular del derecho consagrado en el cuarto párrafo del artículo cuarto constitucional.

236 Vid. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/hm/1.htm>, consultado el 28 de marzo de 2015.

El concepto anterior se ve reforzado por la normatividad de carácter internacional²³⁷ que preconiza el principio de universalidad en el Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos y Sociales, al señalar en su artículo 10 que *"toda persona tiene derecho a la salud"*²³⁸ y que *" la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado"*²³⁹, con ello el ámbito protector se expande tanto a nacionales como a extranjeros con o sin estancia legal en el país, sin mediar discriminación, en virtud de que ambos se encuentran sujetos a la jurisdicción mexicana. La consideración anterior puede verificarse en el siguiente criterio adoptado por el Poder Judicial de la Federación:

"DERECHO A LA SALUD. IMPONE AL ESTADO LAS OBLIGACIONES DE GARANTIZAR QUE SEA EJERCIDO SIN DISCRIMINACIÓN ALGUNA Y DE ADOPTAR MEDIDAS PARA SU PLENA REALIZACIÓN"

Del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, según el cual toda persona tiene derecho a la salud, derivan una serie de estándares jurídicos de gran relevancia. El Estado Mexicano ha suscrito convenios internacionales que

²³⁷ Como es bien sabido, en virtud de la entrada en vigor de la reforma constitucional en materia de Derechos Humanos de junio de 2011, los derechos humanos consagrados en instrumentos de carácter internacional, firmados, aprobados y ratificados por nuestro país, tienen vinculación constitucional siendo fuente primaria en materia de estos derechos, tal y como lo señala el artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

²³⁸ **GOMEZ PACHECO**, Máximo, *"Los Derechos Humanos documentos básicos"*, Santiago, Ed. Jurídica de Chile, 2000, Pp. 157

²³⁹ Ídem.

muestran el consenso internacional en torno a la importancia de garantizar al más alto nivel ciertas pretensiones relacionadas con el disfrute de este derecho, y existen documentos que esclarecen su contenido y alcance jurídico mínimo consensuado. Así, la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, por ejemplo, dispone que el derecho a la salud garantiza pretensiones en términos de disponibilidad, accesibilidad, no discriminación, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud y refiere que los poderes públicos tienen obligaciones de respeto, protección y cumplimiento en relación con él. Algunas de estas obligaciones son de cumplimiento inmediato y otras de progresivo, lo cual otorga relevancia normativa a los avances y retrocesos en el nivel de goce del derecho. Como destacan los párrafos 30 y siguientes de la Observación citada, aunque el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prevé la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representa la limitación de los recursos disponibles, también impone a los Estados obligaciones de efecto inmediato, como por ejemplo las de garantizar que el derecho a la salud sea ejercido sin discriminación alguna y de adoptar medidas para su plena realización, que deben ser deliberadas y concretas. Como subraya la Observación, la realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado periodo no priva de contenido significativo a las obligaciones de los Estados, sino que les impone el deber concreto y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia su plena realización. Al igual que ocurre con los demás derechos enunciados en el Pacto referido, continúa el párrafo 32 de la Observación citada, existe una fuerte presunción de que no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud.

AMPARO EN REVISIÓN 315/2010. Jorge Francisco Balderas Woolrich. 28 de marzo de 2011. Mayoría de seis votos. Disidentes. Sergio Salvador Aguirre Anguiano, Margarita Beatriz Luna Ramos, Jorge Mario Pardo Rebolledo, Luis María Aguilar Morales y Guillermo I. Ortiz Mayagoitia. Ponente: José Ramón Cossío Díaz. Secretarias: Francisca María Pou Giménez, Fabiana Estrada Tena y Paula María García Villegas Sánchez Cordero.

El Tribunal Pleno, el cuatro de julio en curso, aprobó, con el número XVI/2011, la tesis aislada que antecede. México, Distrito Federal, a cuatro de julio de dos mil once".²⁴⁰

Ahora bien, por lo que respecta al sujeto pasivo que deriva de la relación del Derecho Fundamental a la Salud, este debe entenderse como el sujeto obligado, es decir el ente o persona que garantizará el cumplimiento del derecho objeto de la garantía constitucional, en ese sentido el sujeto pasivo primordial es la autoridad entendida con ella a los órganos primarios del Estado, cuyos actos de autoridad deberán encaminarse a cumplimentar el derecho a la protección de la salud, así por ejemplo en el caso del Legislativo Federal una de sus obligaciones será expedir leyes en materia de salud y salubridad general, de acuerdo al artículo 4 y también a lo preceptuado por el artículo 73 F. XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En referencia al Ejecutivo Federal una de sus obligaciones será garantizar a través de los programas de salud el acceso pleno de los gobernados al sistema de salud y por lo que respecta a la profesionalización y eficacia de los

²⁴⁰ Tesis P. XVI/2011, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, Tomo XXXIV, Agosto de 2011, P. 29

servidores de la salud, el Ejecutivo Federal deberá vigilar su correcta preparación y ejercicio profesional por medio de la Secretaría de Educación Pública y de su Dirección General de Profesiones. Podríamos seguir enumerando las múltiples obligaciones y casos en el que la autoridad se encuentra obligada a garantizar la protección de la salud, sin embargo creemos que podemos concluir con esta idea, diciendo que el sujeto pasivo es la autoridad en su esfera federal o local, teniendo a su cargo la obligación correlativa de vigilar el cumplimiento del derecho a la protección de salud, siendo responsable de sus actos de autoridad o de sus omisiones.

Resta tratar aunque sea tangencialmente a la nueva corriente que vincula como autoridad responsable a los particulares, entendiendo que algunos particulares en situación fáctica de autoridad pueden vulnerar y ser responsables de garantizar el derecho a la protección de la salud.

Así para José y Miguel Carbonell, el derecho a la salud obliga también a los particulares, señalando que "*los establecimientos médicos privados están obligados a proporcionar un servicio de urgencia a cualquier persona que lo requiera, con independencia de que pueda o no pagarlo.*"²⁴¹ Como puede observarse de la lectura del pensamiento anterior, es claro que en atención al bien fundamental de la vida y en aras de cometer el delito de omisión de auxilio, los particulares tendrán el deber

²⁴¹ **CARBONELL**, José y **CARBONELL**, Miguel, "*El derecho a la salud: Una propuesta para México*", Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, 2013. P. 3

prioritario de atender emergencias médicas de este tipo, no obstante la condición social del usuario de los servicios médicos.

En el libro "Derechos Fundamentales" del Ministro Juan Silva Meza, señala que los particulares podrán ser considerados autoridades responsables, si llegan a vulnerar el Derecho a la Salud²⁴², por la práctica de una cirugía innecesaria o mal ejecutada. Así este autor refiere la dicho por la sentencia citada "I. *El derecho fundamental a la salud debe respetarse por hospitales privados y su personal médico... con base en dichas premisas el juzgador observa que los hospitales privados no deben privilegiar el lucro empresarial y/o personal de los médicos mediante cirugías innecesarias e injustificadas, por ello atenta contra los derechos humanos...*"²⁴³ Sin duda alguna la interpretación judicial referida constituye un punto de vista revolucionario al llevar al campo del derecho constitucional algo que secularmente era tratado por el derecho civil o en su caso el derecho penal, sin embargo la importancia que reviste el derecho a la protección de la salud como un bien jurídico prístino para la vida del ser humano, hace elevar su rango de protección. Lo anterior puede ser corroborado en el siguiente criterio del Poder Judicial de la Federación:

"DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. IMPONE DEBERES TANTO A LOS PODERES PÚBLICOS COMO A LOS PARTICULARES QUE SE DEDICAN AL ÁMBITO DE LA SALUD"

²⁴² Amparo Indirecto 501/2011, Juzgado Sexto de Distrito, Auxiliar, Primera Región, resuelto el 22 de diciembre de 2011. Cfr. **SILVA MEZA**, Juan, **SILVA GARCÍA**, Fernando, *"Derechos Fundamentales"*, Porrúa, México, 2013. P. 179

²⁴³ Ídem. P. 180-188.

El derecho a la salud consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos impone deberes complejos a todos los poderes públicos dentro del Estado, desde el legislador y la administración, hospitales públicos y su personal médico, hasta los tribunales; pero también a los particulares, tales como los médicos, hospitales privados, empleadores y administradores de fondos de pensiones y jubilaciones. En consecuencia, del análisis del contenido y estructura del derecho fundamental a la salud, se desprende que éste es vinculante no sólo frente a los órganos del Estado, sino que adicionalmente, posee eficacia jurídica en ciertas relaciones entre particulares. Por ello, en los asuntos de su conocimiento, los tribunales deben atender a la influencia de los valores que subyacen en el derecho a la salud, fungiendo como un vínculo entre la Constitución y los particulares al momento en que resuelven un caso concreto. Así las cosas, en virtud de la fuerza normativa de la Constitución, no resulta compatible concebir que los hospitales privados y su personal médico son regidos únicamente bajo figuras de derecho privado, en especial cuando estos sujetos obran en aras a la protección de la salud de las personas. En efecto, en virtud de la complejidad de los sistemas jurídicos en la actualidad, y de la estrecha relación entre sus componentes normativos, es claro que existen numerosos ámbitos en los cuales no se puede hacer una división clara y tajante entre derecho público y privado. Lo anterior se actualiza en el ámbito de los hospitales privados y su personal médico, ya que su actuar tiene repercusiones en la protección de la salud de los pacientes. En conclusión, no puede negarse que el objetivo consistente en proteger el derecho a la salud de los pacientes es un fin público, pues excede el mero interés de los particulares al ser una meta inherente del Estado mexicano.

Amparo en revisión 117/2012. Agustín Pérez García y otros. 28 de noviembre de 2012. Cinco votos. Ponente: Arturo Zaldívar Lelo de Larrea. Secretario: Javier Mijangos y González"²⁴⁴.

Lo anterior para los efectos de la investigación resulta interesante en virtud de que el ejercicio profesional del “Médico Cirujano”, involucrándose en lo que respecta a la elaboración de procedimientos quirúrgicos sin la especialidad de cirujano, atenta contra el Derecho Fundamental de la protección de la salud, en atención a que no se está garantizando la práctica eficiente y profesional de los servicios médicos, teniendo como responsables principalmente al Estado al no cumplir su correcta función de vigilancia del ejercicio profesional adecuado y consecuentemente a los particulares como se pretende ahora en referencia a las consideraciones antes planteadas.

Una vez reseñadas las particularidades de los sujetos que intervienen en el derecho a la protección de la salud, resulta pertinente entrar de lleno al análisis del objeto del derecho subjetivo, primado ontológico del presente apartado.

Objeto del derecho a la protección de la salud

El respeto al derecho debe ser la gran finalidad del Estado y dentro de los bienes y valores que merece especial protección destaca la salud del ser humano en su aspecto de carácter bidimensional: a) como bien jurídicamente tutelado, en el

²⁴⁴ Tesis 1a. XXIII/2013, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, Libro XVI Tomo 1, Enero de 2013, P. 626

sentido de que todo daño que se produzca en la salud del individuo será sancionado desde el campo del derecho penal^{245,246} y reparado o indemnizado en materia civil;^{247,248} y b) Como valor frente al cual el Estado debe organizar o establecer un sistema de protección, tratamiento y readaptación, para la protección eficaz de la salud en las facetas personales de individuo, socio ambientales o laborales.

La salud pertenece al grupo de bienes que no son susceptibles de encontrarse en el comercio y goza de características esenciales que refuerzan su ámbito protector tales como la inalienabilidad y la imprescriptibilidad.

Se considera que no es enajenable sin perjuicio de la existencia de regímenes laborales que la deterioran, la disminuyen o terminan finalmente por destruirla. Lo anterior resulta en una característica hasta histórica que recogió nuestra Constitución en 1917 en su artículo 123, y se explica en la naturaleza propia del derecho, al advertir que la vida es un bien primario y el cuidado de la salud resulta elemental para mantenerla, sin importar las relaciones de carácter civil o laboral que la persona eventualmente pudiera llegar a obligarse.

En referencia a la imprescriptibilidad, esta pertenece al grupo de los derechos personales a los que no se puede renunciar, total o parcialmente cuando se encuentran quebrantados por una enfermedad o una alteración orgánica o funcional. También la imprescriptibilidad se refiere a que no obstante el paso del

²⁴⁵ **CARMONA SÁNCHEZ**, Pedro Pablo. *"La responsabilidad penal del médico"*. México, 2014.

²⁴⁶ **GARCÍA RAMÍREZ**, Sergio. *"La responsabilidad penal del médico"*. Segunda Ed. Porrúa México, 2006.

²⁴⁷ **GONZÁLEZ ALCÁNTARA**, Juan Luis. *"La responsabilidad civil de los médicos"*. Ed. Porrúa 2009.

²⁴⁸ **CARRILLO FABELA**, Luz María Reyna. *"La responsabilidad profesional del médico en México"*. Edit. Porrúa, México, 2009.

tiempo, este derecho no podrá perderse y muy al contrario, jurídicamente el derecho a la salud deberá entrar en un proceso de expansión que permita su eficacia y efectividad.

La salud como bien jurídico tutelado interesa y compromete al orden público, y de ahí que la intervención estatal a nivel administrativo y judicial sea que se trate de la práctica liberal de la profesión o como actividades sociales en instituciones públicas o privadas, deberá ejecutarse siempre bajo la égida de los principios de protección a la salud individual y al bien común.

El concepto de Derecho a la protección de la salud implica que esta es una responsabilidad que comparten indisolublemente el Estado, la sociedad y los interesados.^{249,250} En el Estado mexicano los bienes jurídicos sujetos a tutela en el derecho penal como son la vida y la salud o la integridad física y mental son considerados y están promulgados en la Constitución Política de México desde su creación por el constituyente de Querétaro en 1917.

Existe aquí la confluencia o concurrencia entre el derecho como una disciplina normativa y la medicina o práctica médica, considerada como disciplina natural que no pueden estar separadas entre sí ya que el puente de unión depende del cordón umbilical entre las mismas, que deben retroalimentarse para que la sociedad se encuentre más sana y con mejor calidad de vida, puesto que ambas disciplinas,

²⁴⁹ **MAGALLÓN IBARRA**, Jorge Mario, "*Fuente Histórica de la Responsabilidad Médica*", En: Arbitraje Médico. Fundamentos teóricos y análisis de casos representativos. Ed. Trillas, México 2005.

²⁵⁰ **GARCÍA RAMÍREZ**, Sergio. "*La Responsabilidad Penal del Médico*". Ed. Porrúa, Universidad Nacional Autónoma de México, 2001, p.51

derecho y medicina tienen en común la protección integral del ser humano en su aspecto físico y psíquico.

Como hemos señalado, el derecho fundamental a la protección de la salud, reviste ciertas características propias y que forman la esencia de su ámbito de protección, en tal sentido la doctrina reconoce tres elementos constitutivos: universalidad, equidad y calidad²⁵¹.

La universalidad se refiere a que independientemente de las cualidades subjetivas de la persona, los servicios médicos deberán brindarse bajo el principio de no discriminación e inclusión, con lo cual, como corolario lógico, el derecho a la protección de la salud, pertenece a todos.

La equidad presupone la existencia de servicios médicos de carácter gratuito, con ello se pone a disposición de los grupos vulnerables el acceso al cuidado y protección de salud, cumplimentando así la esencia misma del propio derecho íntimamente ligado con la justicia social.

La calidad, debe ser un requisito intrínseco del sistema de salud, que cumpla con los propósitos de la atención médica adecuada que deben recibir los pacientes, esta característica, se erige como un elemento insoslayable para alcanzar el grado óptimo de la atención médica especializada y que, en efecto, para los fines de la presente investigación se convierte en fundamento para advertir el peligro y el incumplimiento de la obligación constitucional que representa la vulneración a este

²⁵¹ **CARBONELL**, José y **CARBONELL**, Miguel, *"El derecho a la salud: Una propuesta para México"*, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, 2013. P. 7

derecho básico, representado por “Médicos Cirujanos” que realizan procedimientos quirúrgicos, sin contar con la especialidad en cirugía.

La salud como objeto de protección del derecho que se comenta, puede entenderse de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud que establece y se considera como un estado de bienestar físico, psíquico y social, tanto del individuo como de la colectividad²⁵².

El bienestar implica a su vez la adaptación integral del medio físico, biológico y social en que el individuo vive y realiza sus actividades, por lo que tanto aquella como ésta son bienes que deben gozar de la protección del Estado y del Derecho.

La salud es el bien o espacio en el que profesionalmente el médico trabaja en los tratamientos ya sea médicos o quirúrgicos con la triple pretensión tradicional de:

- 1) Curar todas las alteraciones orgánicas y funcionales de su paciente;
- 2) Aliviar las complicaciones degenerativas ocasionadas por la enfermedad que aqueja al enfermo y/o;
- 3) Consolar al sufrido en su lecho, en último caso, ya que con los alcances actuales de la medicina no se pueda restablecerlo de sus alteraciones degenerativas o en etapas terminales de una enfermedad incurable.

Con ello se reconoce que debe ser indispensable que cada uno de los programas que se implementen en beneficio de la sociedad se perfeccionen para mejorar la

²⁵² *Ibid.* Organización Mundial de la Salud, <http://www.who.int/about/es/>

práctica médica y quirúrgica en México, que cuenten con la calidad y el profesionalismo debido en beneficio de la sociedad y que cumplan con las expectativas del mejor pronóstico para la vida y la función, que es la mística fundamental del interés del Estado.

Las obligaciones y responsabilidades tienen la extensión y la profundidad que poseen los bienes jurídicos en juego y la expectativa social en torno a ellos, y de la interacción de estos factores -que no son, desde luego, los únicos- vienen las características del régimen jurídico aplicable.

Al hablar de los bienes jurídicos tutelados en la hipótesis que nos interesa, resulta lógico aducir que el bien primario es la vida y la integridad física del titular del derecho, consecuentemente será garantizada la salud psíquica del paciente.

Señalado lo anterior, es fácilmente comprobable al ser la vida el requisito *sine qua non*, para ejercer todos los derechos que nos protege la constitución, sin ella y sin la protección de su salud, los otros derechos son inaccesibles, tal criterio es compartido por el Poder Judicial de la Federación al, considerar a la salud y a la vida como el bien jurídico fundamental:

"REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO O JUSTA INDEMNIZACIÓN. SU DETERMINACIÓN JUDICIAL EN CASO DE VULNERACIÓN AL DERECHO A LA SALUD"

El derecho a la salud es una garantía fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, pues una persona que carece de salud, o a quien se le ha determinado algún tipo de

incapacidad -con mayor razón si es total-, difícilmente podrá acceder a una fuente de trabajo y, por tanto, no puede generar ingresos para atender sus necesidades y las de su familia, lo que además implica una constante disminución de su patrimonio por los diversos tratamientos y medicamentos que requiere. Así, una persona afectada en su salud a raíz de un accidente tiene derecho a una indemnización que la compense del daño sufrido, y para que ésta sea justa, su determinación depende del daño ocasionado; en este sentido, el derecho moderno de daños mira a la naturaleza y extensión del daño, a las víctimas y no a los victimarios, por lo que las reparaciones no deben generar una ganancia a la víctima, sino otorgarle un resarcimiento adecuado. Ahora bien, limitar la responsabilidad fijando un techo cuantitativo implica marginar las circunstancias concretas del caso, el valor real de la reparación o de la salud deteriorada, esto es, una indemnización es injusta cuando se limita con topes o tarifas, en lugar de ser el juez quien la cuantifique con base en criterios de razonabilidad, porque sólo él conoce las particularidades del caso y puede cuantificarla con justicia y equidad, no así el legislador quien, arbitrariamente, fijaría montos indemnizatorios, al margen del caso y de su realidad. Por tanto, para garantizar que las indemnizaciones no sean excesivas, la autoridad judicial debe tener la facultad para determinarlas con base en el principio de reparación integral del daño y en forma individualizada, según las particularidades de cada caso, incluyendo la naturaleza y extensión de los daños causados, la posibilidad de rehabilitación del accidentado, los gastos médicos y tratamientos para su curación o rehabilitación, el posible grado de incapacidad, el grado de responsabilidad de las partes, su situación económica y demás características particulares, a fin de fijar el pago por un monto suficiente para atender las necesidades de cada caso en particular. Sin embargo, la indemnización justa no está encaminada a restaurar

el equilibrio patrimonial perdido, pues la reparación se refiere a los bienes de la personalidad, esto es, persigue una reparación integral, suficiente y justa, para que el afectado pueda atender todas sus necesidades, lo que le permita llevar una vida digna.

Amparo directo en revisión 1068/2011. Gastón Ramiro Ortiz Martínez. 19 de octubre de 2011. Cinco votos. Ponente: Jorge Mario Pardo Rebolledo. Secretaria: Rosa María Rojas Vértiz Contreras"²⁵³.

Es por ello que la medicina tiene en sus manos el bien jurídico más encumbrado, sustento de todos los restantes y las manos de la medicina son en definitiva -más allá de la retórica- las responsables de cuidar íntegramente el bien de la vida, en concreto los médicos generales y especialistas en cada una de las ramas de la medicina que asumen la responsabilidad de curar, aliviar o consolar las enfermedades y el tratamiento de los enfermos; es decir, "responden por eso".

Las constituciones y los instrumentos internacionales reconociendo al valor de la vida, ese rango incomparable, que se ve reflejado con la misma naturalidad cuando el Estado organiza los servicios de salud y cuando sanciona con las penas más graves por lo que se refiere a la privación de la vida.

Finalmente y a modo de conclusión por lo que respecta al objeto del Derecho Fundamental de la protección a la salud, podemos decir que el contenido esencial del derecho es acceder a los servicios de salud y de asistencia que colmen las

²⁵³ Tesis 1a. CXCVI/2012, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, Libro XII Tomo 1, Enero de 2013, P. 522

necesidades de la población, incluyendo las características de universalidad, equidad y calidad de los servicios aludidos, asegurando que el personal médico cuente con la educación y experiencia necesaria para realizar los procedimientos médicos que se le encomiendan.

Lo anterior se ve reforzado por el siguiente criterio del Poder Judicial de la Federación que concretiza el objeto del derecho a la salud:

"DERECHO A LA SALUD. SU REGULACIÓN EN EL ARTÍCULO 4o. DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y SU COMPLEMENTARIEDAD CON LOS TRATADOS INTERNACIONALES EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS"

Este Alto Tribunal ha señalado que el derecho a la protección de la salud previsto en el citado precepto constitucional tiene, entre otras finalidades, la de garantizar el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población, y que por servicios de salud se entienden las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad. Así, lo anterior es compatible con varios instrumentos internacionales de derechos humanos, entre los que destacan el apartado 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que señala que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que alude al derecho de toda persona al

*disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y refiere que los Estados deben adoptar medidas para asegurar la plena efectividad de este derecho; y el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador", según el cual toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. En ese sentido y en congruencia con lo establecido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, el derecho a la salud debe entenderse como una garantía fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y no sólo como el derecho a estar sano. Así, el derecho a la salud entraña libertades y derechos, entre las primeras, la relativa a controlar la salud y el cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, torturas, tratamientos o experimentos médicos no consensuales; y entre los derechos, el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Asimismo, la protección del derecho a la salud incluye, entre otras, las obligaciones de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con ella; vigilar que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, **y asegurar que los médicos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación y experiencia; de ahí que el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes,***

servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Amparo en revisión 173/2008. Yaritza Lissete Reséndiz Estrada. 30 de abril de 2008. Cinco votos. Ponente: José Ramón Cossío Díaz. Secretaria: Dolores Rueda Aguilar²⁵⁴.

Las fuentes jurídicas del derecho a la protección de la salud

Se entiende por fuente aquello de donde emana la norma jurídica, es decir el derecho en concreto, en ese sentido la fuente del derecho a la protección de la salud es amplia, si analizamos que este derecho es de los denominados de configuración legal, lo cual quiere decir que existe la necesidad imperante de que al través de la normatividad secundaria se creen los parámetros, exigencias y requisitos que se necesitan para cumplimentar el derecho a la protección de la salud.

En tal sentido, la primera y suprema fuente de donde brota el derecho a la protección de la salud es la propia Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, principalmente por lo que respecta al artículo 4 -el cual ya hemos analizado en su contenido y en los sujetos que participan- también resulta importante aludir que el

²⁵⁴ Tesis 1a. LXV/2008, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, Libro XXVIII Tomo 1, Julio de 2008, P. 457

artículo 2 Fracción III de nuestro texto supremo realiza una mención al derecho a la salud de los pueblos originarios de nuestro país²⁵⁵.

Como es bien sabido, con la entrada en vigor de la reforma constitucional en materia de Derechos Humanos de junio de 2011, los tratados en materia de Derechos Humanos adquieren una importancia especial, al reconocerles carácter constitucional, siempre y cuando no contravengan las disposiciones y restricciones contenidas en la constitución.

Es por ello que los tratados internacionales, signados y ratificados por nuestro país, entran al torrente jurídico nacional y adquieren plena vigencia, por esta razón, es que en ellos encontraremos una fuente inmediata del derecho a la protección a la salud, verbigracia la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales y el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, entre otros.

Subsecuentemente la legislación nacional tiene la tarea de completar los elementos del derecho a la protección de la salud, siendo de especial relevancia la Ley General de Salud, la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, Ley de Ayuda Alimentaria para los Trabajadores, Ley reglamentaria del artículo 5 constitucional relativo al

²⁵⁵ *Ibid.* Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, "**Artículo 2 (...) III. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil**".

Ejercicio de la Profesiones en el Distrito Federal, y los reglamentos en materia de salud, como lo son los reglamentos que derivan de la Ley General de Salud.

Así el artículo 90 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece el fundamento de la administración pública federal, pudiendo ser entendida en dos acepciones: La primera, objetiva y funcional se concreta en la actividad administrativa del Estado, en contraste y diferencia de otras tareas, funciones y atribuciones de éste; la segunda, subjetiva orgánica que apunta al personaje que asume la administración, quien se identifica ampliamente aunque no absolutamente con el poder ejecutivo federal y sus órganos.

La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal,²⁵⁶ detalla el ámbito de dicha administración, asimismo regula por diversos ordenamientos en el triple peldaño de la ley, los reglamentos y los acuerdos administrativos. Lo anterior resulta fuente del derecho a la protección de la salud, pues existen dependencias que se encargan de la vigilancia correcta y la prestación de servicios de salud a saber, la Secretaría de Salud es una dependencia directa del ejecutivo federal; el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad al Servicio de los Trabajadores del Estado son entidades descentralizadas.

Finalmente también deben ser consideradas como fuentes legales, las disposiciones administrativas y los actos que en el ejercicio de sus facultades emitan

²⁵⁶ Vid. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 1976. Última reforma publicada DOF 26-12-2013, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/loapf.htm>

las autoridades sanitarias y educativas correspondencias, siempre respetando el principio de legalidad y constitucionalidad.

Protección jurisdiccional del derecho a la protección de salud

Sin duda alguna con las recientes reformas constitucionales, la comprensión de la aplicación de derechos fundamentales de materia social ha cambiado y ha evolucionado a un mayor grado de exigibilidad ante los tribunales y su respeto como norma coercitiva.

Tradicionalmente los derechos fundamentales económico-sociales, se entendieron como una serie de aspiraciones que eran recogidas en la Constitución y que solamente servían de guía para que las autoridades estatales pudieran orientar esfuerzos para su consecución, con ello su naturaleza normativa y coercitividad era endeble, quedándose en meras declaraciones escritas sin verdadera eficacia en el mundo objetivado. Sin embargo, estamos entrando a una nueva aplicación por parte de los operadores jurídicos y el derecho a la protección de la salud deberá ser eficazmente respetado y denunciado por parte de los usuarios de los servicios de la salud, tal y como lo demuestra la siguiente tesis del Poder Judicial de la Federación:

"DERECHO A LA SALUD. SU NATURALEZA NORMATIVA"

Nuestro país atraviesa una etapa de intensa transformación en la manera de identificar la sustancia normativa de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y sus consecuencias para

la mecánica del funcionamiento del juicio de amparo. Una de las manifestaciones específicas de este fenómeno es la alteración de la comprensión, hasta ahora tradicional, de derechos como el relativo a la salud o a la educación. Esto es, a pesar de su consagración textual en la Carta Magna, estos derechos han sido tradicionalmente entendidos como meras declaraciones de intenciones, sin mucho poder vinculante real sobre la acción de ciudadanos y poderes públicos. Se ha entendido que su consecución estaba subordinada a actuaciones legislativas y administraciones específicas, en cuya ausencia los Jueces Constitucionales no podían hacer mucho. Ahora, en cambio, se parte de la premisa de que, aunque en un Estado constitucional democrático el legislador ordinario y las autoridades gubernamentales y administrativas tienen un margen muy amplio para plasmar su visión de la Constitución y, en particular, para desplegar en una dirección u otra las políticas públicas y regulaciones que deben dar cuerpo a la garantía efectiva de los derechos, el Juez Constitucional puede contrastar su labor con los estándares contenidos en la propia Ley Suprema y en los tratados de derechos humanos que forman parte de la normativa y vinculan a todas las autoridades estatales.

AMPARO EN REVISIÓN 315/2010. Jorge Francisco Balderas Woolrich. 28 de marzo de 2011. Mayoría de seis votos; votaron en contra: Sergio Salvador Aguirre Anguiano, Margarita Beatriz Luna Ramos, Jorge Mario Pardo Rebolledo, Luis María Aguilar Morales y Guillermo I. Ortiz Mayagoitia. Ponente: José Ramón Cossío Díaz. Secretarías: Francisca María Pou Giménez, Fabiana Estrada Tena y Paula María García Villegas Sánchez Cordero.

*El Tribunal Pleno, el cuatro de julio en curso, aprobó, con el número XV/2011, la tesis aislada que antecede. México, Distrito Federal, a cuatro de julio de dos mil once*²⁵⁷.

La responsabilidad del Estado, es pues, promover las condiciones para la protección de la salud de todas las personas, una responsabilidad que también involucra el espacio abarcado por los sujetos y los trabajos recogidos bajo el concepto de "Sistema Nacional de Salud" y la connotación que tienen legalmente los servicios de salud.

Por lo que respecta a las jurisdicciones internacionales, México ha reconocido expresamente la competencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, - es decir todo el Sistema Interamericano de Derechos Humanos-, con ello las violaciones a las que incurra el Estado, con motivo de la transgresión del derecho a la protección de la salud, entre otros, pueden ser justiciables a través de este sistema, la propia Suprema Corte de Justicia ha reconocido dicha consideración:

"SENTENCIAS DE LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. TODAS LAS AUTORIDADES DEL ESTADO MEXICANO, INCLUYENDO EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN, DEBEN ACATAR LO ORDENADO EN AQUÉLLAS"

²⁵⁷ Tesis P. XV/2011, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, Libro XXXIV Tomo 1, Agosto de 2011, P. 31

El Poder Judicial de la Federación tiene la obligación de acatar una orden que le incumba por estar contenida en una sentencia de un tribunal internacional, como sería el caso de juzgar a los perpetradores de violaciones de derechos humanos declaradas por el organismo internacional. Así, conforme a las obligaciones internacionales adquiridas soberanamente por México, todos sus Poderes deben cumplir con lo ordenado en las sentencias emitidas contra el Estado Mexicano. Esto tiene su fundamento en el artículo 26 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, que establece el principio “pacta sunt servanda” (los compromisos se deben cumplir), y que prescribe que todo tratado en vigor obliga a las partes y debe ser cumplido por ellas de buena fe y, para el caso específico del Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos, en el artículo 68.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos que establece que los Estados Parte se comprometen a cumplir la decisión de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en todo caso en que sean partes”²⁵⁸.

De todo lo antes referido derivan dos consideraciones fundamentales: la primera de ellas conducente al respecto irrestricto por parte de las autoridades de los ordenamientos legales, tanto constitucionales como reglamentarios, con el objetivo de optimizar el derecho a la salud, y subsecuentemente a los particulares que ejercen las actividades médicas, obligados a prestar servicios de calidad a todos los usuarios.

²⁵⁸ Tesis 1a. CXLIV/2014, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, Libro 5 Tomo 1, Abril de 2014, P. 823

Esto último es de gran importancia para el objeto de la presente investigación, pues de llegar el caso, podría ser exigible ante las autoridades jurídicas la prestación de servicios de calidad en materia médica, con el objetivo de proteger a los pacientes que se someten a procedimientos de carácter quirúrgico y cuyo médico no posea la especialización correspondiente de cirugía, en virtud de que exponen al paciente a eventuales complicaciones posoperatorias.

El caso referido es el que se aborda en la investigación al sostener que el título de “Médico Cirujano” expedido por las autoridades educativas, no llena las exigencias reales de la práctica de la cirugía, siendo necesario un rediseño de la nomenclatura del título que se expide en la licenciatura y la consecuente obligación de los discípulos de Esculapio de poseer los estudios de una especialidad en Cirugía si desean realizar procedimientos quirúrgicos, con el objetivo de salvaguardar el interés de la sociedad.

Las obligaciones que derivan del derecho a la protección de la salud

A) De las autoridades

Como lo hemos señalado durante el transcurso de la presente investigación, el sujeto pasivo que interviene de la obligación correlativa del derecho fundamental a la salud, es el Estado. Sin lugar a dudas, las autoridades son las primeras obligadas,

en cumplimentar las exigencias normativas que señala el derecho a la protección de la salud.

Las responsabilidades en materia de salud del Estado, derivan de sendos deberes: el primero de amplísimo alcance, tiene que ver con lo que llamaríamos el deber general, social y estatal, de promover el cuidado de la salud de los individuos que integran una sociedad y se hayan sujetos a la jurisdicción de un Estado; y el segundo, de carácter más puntual y específico, integra un amplio catálogo con diversos orígenes y manifestaciones, como amplias son las repercusiones de las obligaciones del derecho a la salud, verbigracia la creación de sistemas de inclusión en materia de salud y la verificación de la calidad de los servicios de salud prestados por los médicos, lo anterior es verificable a través de la obligación del Estado de vigilar la correcta observancia del ejercicio profesional.

La interpretación del régimen de responsabilidades se puede plantear gráficamente para fines expositivos como una serie de regiones y círculos concéntricos, desde las responsabilidades más intensas hasta las menos rigurosas. Estos tienen fundamentos filosófico y político, vinculados a la naturaleza y al estilo de las relaciones entre el poder público y los ciudadanos, por lo cual dependerá de cada caso concreto la constatación de las responsabilidades del Estado en materia de salud.

Sobre la reparación de los daños, el artículo primero establece: *"En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los*

*derechos humanos, en los términos que establezca la ley*²⁵⁹. Para el Jurista Sergio García Ramírez, *"la reparación es el término genérico que comprende las diferentes formas como un Estado puede hacer frente a la responsabilidad en que hubiera incurrido"*²⁶⁰ y termina precisando: *"en rigor, las reparaciones son las consecuencias jurídicas del hecho ilícito imputable al Estado, del que proviene la responsabilidad de éste: sea nacional o internacional."*²⁶¹

Lo anterior deja claro los deberes del Estado al afectar los derechos fundamentales del gobernado, en concreto los que tienen que ver con la protección de salud, sin duda la doctrina, la práctica jurídica y la práctica médica, deberán profundizar en las consecuencias de las violaciones del derecho a la salud, y en el desarrollo de recursos humanos altamente especializados para la atención médica.

B) El personal médico

Como lo hemos señalado, los particulares en concreto, el personal médico y los hospitales privados, son sujetos obligados por el derecho a la protección de la salud,

²⁵⁹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

²⁶⁰ **GARCÍA RAMÍREZ**, Sergio, *"La Reforma constitucional sobre Derechos Humanos (2009-2011)"*, 3era Edición, Porrúa, México, 2013. P. 103

²⁶¹ Ídem.

básicamente reconocemos responsabilidades de carácter público, de derecho privado y derecho penal.

Sobre las de carácter público ya las hemos abordado en el apartado de los sujetos involucrados y responsables del derecho fundamental a la salud, señalando que el Poder Judicial de la Federación considera que este derecho impone deberes a los particulares siendo vinculante también para ellos, ya que su actuar tiene repercusiones en la protección del derecho a la salud de los pacientes, siendo este mismo derecho un fin público del Estado, pues excede el mero interés de los particulares al ser una meta inherente del Estado mexicano.

Por lo que respecta a las responsabilidades médicas de carácter civil y penal, la entidad de los bienes es el primer dato para construir el régimen de los deberes y las responsabilidades, que en este primer orden de consideraciones es preciso tomar en cuenta, cuando se trata de exigir aquellas, el grado de afectación o de riesgo del bien jurídico y la forma en que esa afectación se realiza o ese riesgo se produce.

No es lo mismo suprimir de plano el bien jurídico -privar de la vida o privar de la salud-, que aproximarse a ese resultado, sin producirlo. Igualmente, hay que considerar las características de la conducta activa u omisa que genera el daño o peligro en forma deliberada o imprudente.

Para la vida y la salud, la expectativa social es enorme en las que los más íntimos y fuertes sentimientos de la sociedad militan a favor de aquellas, por eso mismo son muy grandes las expectativas y las consecuentes exigencias en torno a los

depositarios del cuidado de sus bienes; donde todos estamos obligados en cierto modo, a preservar y a respetar en las más frecuentes hipótesis tratándose de la salud y de la vida, pero esa obligación debe ser considerada más fuerte, por más reputada que se considere en el supuesto de quienes tienen una calidad especial derivada de las relaciones jurídicas o de sus conocimientos específicos que han recibido los profesionales, y de la encomienda oficial; explícita en muchos casos, implícita en otros.

Para una sociedad democrática la licitud aplica en diversos planos. El derecho moderno reconoce esos planos, los proyecta en las diferentes disciplinas y les asigna distintos efectos.

La frontera estriba en la racionalidad y la suficiencia: racionalidad en la medición de la ilicitud y suficiencia en la selección de las sanciones. Se incurriría en exceso, es decir, en autoritarismo o tiranía, si se traspasan esas fronteras que seguramente comprometerían la seguridad y la justicia si no se actuara dentro del marco de derecho.

Por lo anterior debe tomarse en cuenta la diferencia entre el bien jurídico afectado, la lesión o el peligro causado, el ánimo con el que esto ocurre o se presenta, o todo ello simultáneamente.

En el conjunto de las fuentes de obligaciones y responsabilidades a propósito de la salud hay que incorporar las disposiciones de ordenamientos genéricos sobre la

prestación de servicios y el ejercicio profesional, así como los deberes éticos y las reglas de la "*LEX ARTIS*".²⁶²

En nuestro país no se observa lo estipulado en el artículo cuatro del convenio para la protección a los derechos humanos y de la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (1997), que se refiere a dos instancias reguladoras de la conducta, es decir: toda intervención en el ámbito de la sanidad, comprendida también la investigación, deberá efectuarse dentro del respecto a las normas y obligaciones profesionales, así como a las normas de conducta aplicadas a cada caso.

Para el ejercicio profesional de la medicina y de la cirugía, la incorporación de la ética y el desempeño del servicio de salud, no supone desconocimiento o derogación de las diferencias, ampliamente exploradas, entre el deber moral y el deber jurídico, ya que las características especiales del ejercicio de la medicina y los deberes éticos han sido asumidas como obligaciones jurídicas.

En tal virtud, la observancia no se encomienda sólo a la conciencia del obligado - que podría actuar con el gobierno del imperativo moral-, si no se integra en el plano de la conducta jurídicamente regulada y concurre, en ese sentido, a ordenar el comportamiento del practicante y a determinar el ámbito de sus responsabilidades desde la perspectiva jurídica.

²⁶² **GIMÉNEZ-CANDELA**, Teresa. *"Lex artis y responsabilidad médico-sanitaria: una perspectiva actualizada"*. Universidad Nacional Autónoma de México, 2006. 18 pp.

Para el derecho positivo mexicano, entre ellos el de mayor alcance legal se localiza en el artículo 51 de la ley General de salud, que establece el derecho de los usuarios de servicios de salud, -es decir, todos los pacientes que se coloquen bajo atención médica- a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

En lo que respecta al derecho que se reconoce a los pacientes, se constituye el deber correspondiente, que incumbe a todas las personas formalmente vinculadas con el cuidado de la salud. Por ello la norma moral -expresamente juridizada- puede constituir el fundamento para la exigencia de responsabilidades y la aplicación de sanciones.

En la actualidad la "*LEX ARTIS*" se erige en una fuente de obligaciones de suma relevancia, en tanto se proyecta sobre todas o casi todas las actividades de atención de la salud -esto es, sobre el acto médico y sus conexiones-, teniendo un alcance general, pero también uno específico que es considerado "*ad hoc*", siendo este el procedimiento atendible en cada caso.

La "*LEX ARTIS*", es la regla técnica, necesariamente evolutiva y debidamente reconocida entre los "saberes y los deberes" de la profesión, aunque ese reconocimiento no se encuentre estatuido o codificado en el Derecho Positivo Mexicano, este se vincula con el orden jurídico profesional, por una parte, y por la otra con el sistema de la Ley Federal de Normalización.

En México la ley que cubre los mandatos del artículo cuarto en materia de salud es la Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 7 de

febrero de 1984 y que ha sufrido diversas reformas con posterioridad, siendo de las últimas más importantes la del 1 de septiembre de 2011 que modificó el artículo 81 y 82 de la ley General en relación a las especialidades médicas y la obligación de estar certificado para poder ejercer la profesión.

En su artículo 4, la ley establece el derecho la protección de la salud que tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;

III. La protección y el acrecentamiento de valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

IV. La extensión de actividades solidarias y responsables de la población en la prevención, conservación, mejoramiento y restauración de la salud

V. El disfrute de servicios de salud y asistencia social que satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

VI. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y la tecnología para la salud."²⁶³

²⁶³ Vid. Ley General de Salud, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>

El artículo cinco de Ley General de Salud, se refiere además a personas físicas o sea a individuos y también a las personas morales, esto es, a personas jurídicas colectivas de los sectores social y privado, que intervienen como actores en la aplicación del derecho a la protección de salud o como prestadores de servicios.

Así el artículo 25 de nuestra Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sostiene que *"Al desarrollo económico nacional concurrirán, corresponsabilidad social, el sector público, el sector social y el sector privado..."*, añade que el mencionado en primer término podrá participar *"con los sectores social y privado"* en el impulso y organización de las áreas prioritarias del desarrollo; y dispone que *"bajo criterios de equidad social y productividad se apoyará e impulsará a las empresas de los sectores social y privado de la economía"*.²⁶⁴

La prestación de los servicios médicos por el sector privado es muy amplia e importante, en la que se encuentran los profesionistas liberales, en una relación contractual en la prestación de servicios profesionales, así como las instituciones que sirven al mismo propósito, organizadas como sociedades anónimas o bajo otras formas societarias.

En ese sentido, con base en la esencia del concepto del sector social el propio artículo 25 constitucional, ha pretendido redefinir su sentido, y por ello señala que

²⁶⁴ Cfr. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, *vid.*
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum.htm>

*"la ley establecerá los mecanismos que faciliten la organización y la expansión de la actividad económica del sector social"*²⁶⁵.

El Sistema Nacional de Salud, en lo intrínseco, confiere plenitud y coherencia en las acciones sobre la protección de la salud de los habitantes en la República Mexicana, en el que se establece que el derecho a su protección como derecho humano consignado en la Constitución, tiene como obligados a quienes por cualquier motivo están en situación de atender en forma institucional o profesionalmente la salud de los particulares.

Los servicios de salud según el artículo 23 de la Ley General de Salud son *"todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de las personas y de la colectividad."*²⁶⁶

El usuario de los servicios de salud según lo establece el artículo 50 es *"toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores públicos, social y privado en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan."*²⁶⁷ Por su parte la Ley General de Salud establece en su numeral 51 que: *"Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de*

²⁶⁵ Ídem.

²⁶⁶ Vid. Ley General de Salud, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>

²⁶⁷ Ídem.

*calidad idónea, recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares"*²⁶⁸.

En tal sentido, las proposiciones y reseñas anteriores, constituyen las fuentes y obligaciones de responsabilidad de los médicos y de las entidades de salud privadas, configurando según sea el caso, consecuencias de carácter civil o penal.

Cuadro explicativo de la configuración constitucional del derecho a la protección de la salud

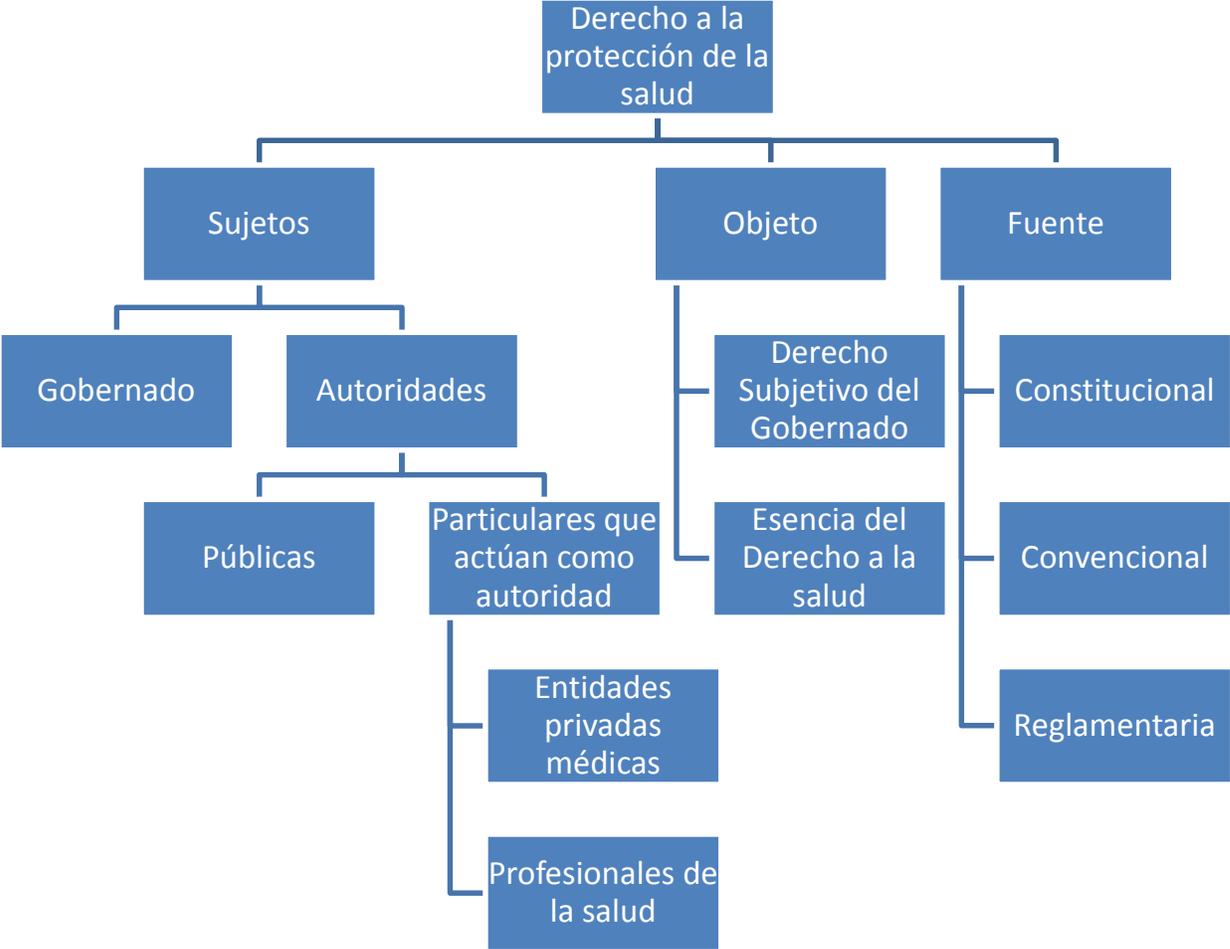
En el siguiente cuadro se expone esquemáticamente, a modo de panorama, las observaciones anteriormente vertidas referidas a la consideración como Derecho Fundamental del derecho a la protección de la salud.

En el advertiremos la configuración constitucional del derecho a la salud, con el objetivo fundamental de mostrar la estructura jurídica que a forma de verdadera garantía constitucional, reviste este derecho.

Es por ello que vemos las categorías básicas que para su desarrollo he formulado, verbigracia, los sujetos que lo componen, el objeto que es el derecho público

²⁶⁸ *Ibidem.*

subjetivo consagrado en la norma constitucional y la fuente de donde brota la esencia normativa de nuestro primado ontológico.



Reflexiones finales del capítulo

En el tema que nos ocupa, cuando el "Médico Cirujano" amparado por un título expedido por las instituciones educativas autorizadas por la ley y por una cédula profesional expedida por la Dirección General de Profesiones y que se involucre en efectuar procedimientos quirúrgicos sin tener la especialidad de cirujano, estará dicho "Médico Cirujano", exponiendo a sus pacientes a sufrir complicaciones, incapacidades, mutilaciones y muertes, sin que las autoridades de salud ejerzan su deber de velar por que se cumpla lo estipulado en el artículo 5º de la Ley General de Salud que establece que el sistema nacional de salud tiene por objeto dar cumplimiento al derecho de la protección de la salud, y el artículo 51 de esta ley especifica que los pacientes tienen el derecho a recibir prestaciones de salud de calidad idónea con atención profesional por personal éticamente responsable.

A mayor abundamiento, por lo expuesto en las líneas del presente capítulo, se está vulnerando el Derecho Fundamental del gobernado a la protección de la salud cuando los recursos humanos que lo atienden no cuentan con la especialidad correspondiente de cirugía, incumpliendo las autoridades de salud y las educativas con la obligación que le impone la Constitución y los Tratados Internacionales de brindar y formar recursos altamente especializados que puedan dar una atención médica de calidad.

De acuerdo con las modificaciones del artículo 81 de la Ley General de Salud del primero de septiembre del 2011, que especifica que para realizar procedimientos

quirúrgicos se requiere contar con la especialidad de cirugía y del artículo 82 de la misma ley dichos especialistas deben tener la cédula de especialista y la Certificación vigente. En este tema, el Estado no ejerce sus atribuciones de velar por la salud del pueblo ya que la mayoría de los médicos que efectúan anualmente las casi 5 millones de intervenciones quirúrgicas en México lo hacen sin satisfacer dicho requisito.

Si vemos lo que ocurre a lo largo y ancho del país, donde en el Sistema Nacional de Salud se efectúan más de 4 millones de intervenciones quirúrgicas y probablemente un par de millones en el sector privado, no existe autoridad que verifique las credenciales de los médicos involucrados en dichas prácticas, lo que constituye una falta de atención del Estado en este problema de salud que afecta a muchos mexicanos.

De acuerdo con el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y a los ordenamientos y convenios internacionales de los que México es parte, corresponde al Estado velar por la salud de sus habitantes y tiene la responsabilidad de gestionar que se otorgue a ellos la protección del derecho a la salud.

En lo que respecta a los médicos, que son los principales proveedores de la atención de la salud, en lo referente a su formación, tenemos en México un serio problema ya que muchos de los graduados de las más de 120 escuelas de medicina del país lo hacen con serias deficiencias en su entrenamiento y a la mayoría de ellos

se les expide un título y una cédula incorrectos, que los autoriza a ejercer la medicina y la cirugía, aunque de esta última solo tengan nociones.

La conclusión es que se requiere que el Estado asuma su responsabilidad para obligar primero a las instituciones de educación superior a mejorar la preparación de quienes proporcionan el servicio médico a la población y segundo, de exigir a quienes se ostentan como especialistas, que estén debidamente certificados y cuenten con los Consejos de la Especialidad.

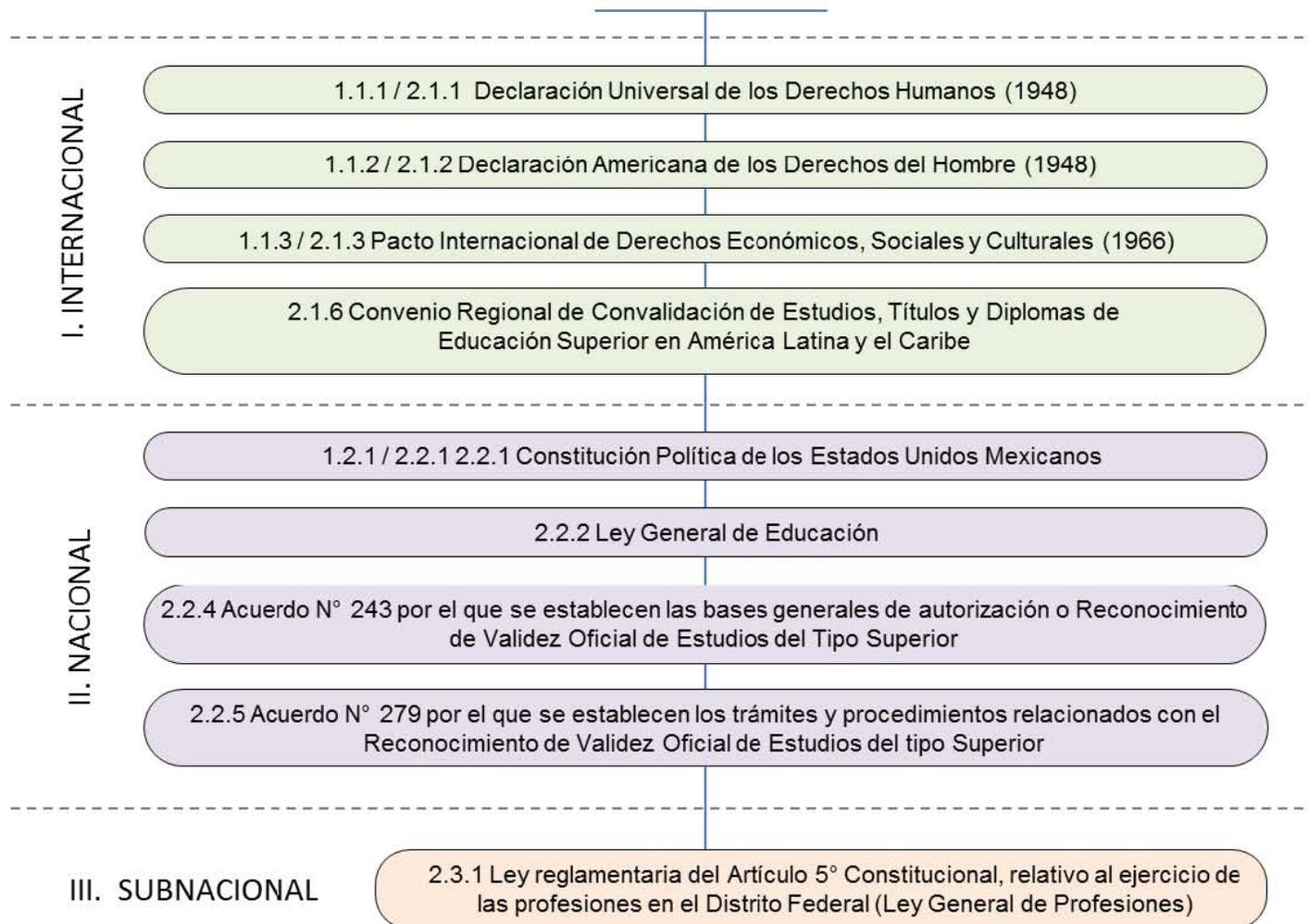
Debemos estar conscientes de la grave responsabilidad del Estado al incumplir sus obligaciones constitucionales relativas a la vigilancia correcta del ejercicio profesional y al descuidar la verificación de los planes y programas de estudios, ocasionando que se entreguen títulos incorrectos a egresados de instituciones de educación médica, habilitándolos legalmente para el ejercicio de una especialidad de la cual no están preparados. Las consecuencias para el Estado son referentes a la responsabilidad por omisión, consecuencias que pueden costar la integridad física de las personas.

Al hacer lo anterior, el Estado asumiría su papel de rector de los servicios de salud en México. Urge iniciar el movimiento para corregir la anomalía de que la mayoría de las escuelas y facultades de medicina que gradúan médicos lo hagan con títulos incorrectos. La Dirección General de Profesiones (DGP), de acuerdo a su artículo 22 debería de activar las comisiones pertinentes para estudiar el problema y proponer vías de solución al mismo.

CAPÍTULO VIII. ORDENAMIENTOS JURÍDICOS Y NORMATIVIDAD
RELACIONADA CON LA EDUCACIÓN Y LAS PROFESIONES

MARCO NORMATIVO QUE REGULA LA EDUCACIÓN Y LAS PROFESIONES EN MÉXICO

EDUCACIÓN



CAPÍTULO VIII.

ORDENAMIENTOS JURÍDICOS Y NORMATIVIDAD RELACIONADA CON LA EDUCACIÓN Y LAS PROFESIONES

RESUMEN

El artículo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a recibir educación, que la educación es una función pública y por ende es una obligación ineludible del estado. El Estado tiene el derecho y la obligación de supervisar el funcionamiento de todos los centros educativos del País. La Secretaría de Educación Pública (SEP) es la entidad que autoriza y regula el funcionamiento de las instituciones de educación elemental, media y superior; sin embargo, la SEP no tiene atribuciones sobre las entidades autónomas que expiden títulos profesionales. La Dirección General de Profesiones (DGP) tiene las facultades legales para expedir y regular las cédulas para el ejercicio de las profesiones indicadas en los títulos. Se requiere un cambio urgente en esta ley (DGP) que data del siglo pasado. El artículo quinto de la Constitución establece que a ninguna persona se le podrá impedir que se dedique a su profesión, siempre que ésta sea lícita. En este capítulo se analiza el marco normativo que regula el derecho a la educación y las profesiones (figura 26).

Nota preliminar

Sin duda alguna, por lo que respecta a la práctica profesional de la medicina y por supuesto a las diferentes gamas de profesiones que existen, el derecho fundamental a la educación contenido en nuestro artículo 3 constitucional y el libre ejercicio de la profesión consagrado en el artículo 5 respectivo, constituyen dos

pilares elementales, sobre los que se construye el edificio jurídico, que regula la vigilancia correcta del actuar profesional.

Lo anterior resulta claro si advertimos que el elemento primario de la formación de los futuros profesionales se encuentra establecido en la educación adecuada que recibirá el profesional, contenido que nos lleva a reflexionar en los elementos que la autoridad educativa deberá evaluar, tales como los planes y programas de estudios, las instalaciones educativas y la planta docente de la institución. Por otro lado, en materia educativa encontramos otro parámetro de referencia, incrustado en la correcta capacitación del estudiante y egresados a través de los diversos instrumentos de evaluación que contempla los ordenamientos reglamentarios y legales.

Subsecuentemente, una vez que el profesional, se encuentra habilitado legalmente para el ejercicio de su profesión, subsiste el actuar de la autoridad reflejado principalmente en la vigilancia del ejercicio profesional, fundado en el artículo 5 de nuestro texto supremo y pormenorizado a través de la ya vetusta Ley Reglamentaria del artículo 5 constitucional, relativa al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal.

La citada Ley reglamentaria es de naturaleza ambivalente, al regular el ámbito Federal y a la vez a la jurisdicción correspondiente al Distrito Federal, se erige en la normatividad de la cual emergen las facultades que la Dirección General de Profesiones deberá ejercitar para vigilar el ejercicio profesional correcto.

Con las dos consideraciones preliminares es claro que estudiar jurídicamente el derecho a la educación y el derecho al ejercicio profesional, resultan prioritarios para nuestro tema de investigación, en razón de que constituyen las dos sustancias normativas que regulan el actuar de los discípulos de Esculapio.

Sin embargo, el análisis que emprenderemos, aunque partirá de su conceptualización como Derecho Fundamental, se orientará prioritariamente a las repercusiones del principio ontológico de nuestra investigación, consistente en señalar las consecuencias jurídicas del ejercicio profesional del médico, que amparado en un título de “Médico Cirujano” se involucre en procedimientos quirúrgicos sin contar con la especialidad de cirugía, señalando en virtud de lo anterior médica y jurídicamente en los que se reputa como necesario la fundamentación planteada en los artículos 3 y 5 constitucionales, así como de las leyes reglamentarias que derivan, las omisiones y los yerros que cometen las autoridades en la obligación correlativa que les impone las normas aludidas.

La educación como Derecho Fundamental

La educación como Derecho Fundamental, es de vital importancia en el aspecto individual de la persona y en su función social para la memoria y trascendencia del Estado. Decía el Maestro Ignacio Burgoa en su clásico libro de las Garantías Individuales:

"La unidad de una nación, en efecto, debe ineludiblemente cimentarse en el autoconocimiento y la autocrítica. De la misma manera que para el individuo el principio socrático de "nosce te ipsum" (conócete a ti mismo) significa el fundamento de su evolución moral e intelectual, para la superación y progreso de los pueblos, el conocimiento de su ser político y social que la historia va modelando, es un factor insustituible. Por ello la autoconciencia de una nación... es la condición sine qua non de su subsistencia²⁶⁹"

El derecho a la educación encuentra por lo anterior dos motivaciones de carácter deontológico, la primera de ellas estriba en considerar como fundamental a la educación para el desarrollo intelectual del ser humano, teniendo en ella la oportunidad de superación personal y con ella, consecuentemente, la evolución ideológica de toda la sociedad.

El proceso de la educación también incluye una función de trascendencia para la sociedad misma, en ella se transmiten los avances de una generación a otra, con el objetivo elemental de lograr el desarrollo del pueblo y formar una conciencia histórica que procure el bienestar de los subsecuentes seres humanos.

El Derecho a la educación ha estado presente en las diferentes cartas constitucionales que han regido en nuestro país, así la Constitución Gaditana (de

²⁶⁹ **BURGOA ORIHUELA**, Ignacio, *"Las Garantías Individuales"*, 24ª. Ed. Porrúa, México, 2005. Pág. 433.

Cádiz, 1812) en su artículo 131, consideró la creación de centros de enseñanza en el que se propalaran las ciencias, la literatura y las bellas artes²⁷⁰. La Constitución Federal de 1824, señalaba que el Congreso General y las legislaturas de los estados tendrían la facultad de crear institutos en el que se enseñaran las ciencias naturales, exactas, las políticas y las morales así como las nobles artes y lengua²⁷¹. Las Siete Leyes Constitucionales de 1836, dejaron al arbitrio de las juntas departamentales la creación de leyes sobre la instrucción pública²⁷².

En la Constitución de 1857, por primera vez se reconoció en nuestro país, a manera de derecho público subjetivo la libertad de enseñanza en el artículo 3, incrustada en el capítulo de los Derechos del Hombre, estableciendo que: *"La enseñanza es libre. La ley determinará qué profesiones necesitan título para su ejercicio, y con qué requisitos se deben expedir"*²⁷³. Por lo que respecta a la libre enseñanza según Lara Ponte, *"es para los liberales mexicanos un aspecto prioritario de su lucha ideológica"*²⁷⁴, efectivamente el artículo anterior reviste una particular importancia por las dos innovaciones que presentaba, en primera instancia abriendo las puertas

²⁷⁰**GONZÁLEZ OROPEZA**, Manuel, *"Constitución Política de la Monarquía Española"*, Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, Edición Facsimilar. México, 2012.

²⁷¹**BURGOA ORIHUELA**, Ignacio, *"Las Garantías Individuales"*, 24ª. Ed. Porrúa, México, 2005. Pág. 434.

²⁷²**LEYES CONSTITUCIONALES**, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, Departamento de Legislación y Jurisprudencia.

²⁷³**DUBLÁN**, Manuel, *"Legislación mexicana o colección completa de las disposiciones legislativas expedidas desde la independencia de la República"*, edición oficial, México, 1877, tomo VIII, pp. 384-399

²⁷⁴**LARA PONTE**, Rodolfo, *"Los Derechos Humanos en el constitucionalismo mexicano"*, H. Cámara de Diputados, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, 1993. P.114

de la libertad a la forma de enseñanza y consecuentemente, estableciendo la necesidad de contar con título profesional para ejercer las profesiones que las leyes señalan. Finalmente los liberales buscaban que las ideas de la ilustración llegaran a la población de una forma más abierta y científica que los criterios adoptados por la iglesia católica hasta el momento.

Por lo que respecta a la constitución de 1917, el artículo tercero referente del derecho a la educación es uno de los elementos fundamentales e imprescindibles de su conformación normativa, sin duda su aspecto comprometido con la justicia social marcó el inicio de una actividad profundamente reformadora del Constituyente del 1916-1917, en ella se afirman los principios de laicidad y obligatoriedad de la enseñanza básica, principios que ahora los consideramos como apotegmas, pero que en ese entonces no estuvieron exentos de un arduo debate por parte de nuestros constituyentes.²⁷⁵

El texto original de la constitución de 1917 por lo que respecta a su artículo tercero, ha sufrido 9 reformas²⁷⁶, muchas de ellas han cambiado la ideología de su sentido, prohibido y permitido la educación impartida por instituciones particulares, y establecido los principios rectores en los que se funda la enseñanza.

²⁷⁵ **ROMERO GARCÍA**, Fernando *"Diario de los Debates del Congreso Constituyente"*, Imprenta de la H. Cámara de Diputados, T.I y T. II, México, 1922. P. 371

²⁷⁶ *Vid.* H. Cámara de Diputados, *"Reformas Constitucionales por Artículo"*, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum_art.htm

Pormenorizar en cada una de ellas no constituye el propósito de la presente investigación, sin embargo, lo que sí es trascendente señalar, aunque sea de forma somera, es el recorrido histórico que el derecho a la educación ha transitado en los textos constitucionales y que hemos realizado en las líneas previas, por lo que respecta a nuestro país.

Desde el punto de vista del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, el derecho a la educación se encuentra establecido en diversos pactos, iniciando con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, publicada en la Convención de Ginebra en 1948 donde establece en su artículo 26 que *“toda persona tiene derecho a la educación, que esta debe de ser gratuita....que la educación técnica y profesional habrá de ser generalizada y que el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos”*.²⁷⁷

La Declaración Americana de los Derechos del Hombre aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana en Bogotá, Colombia, publicada por la Organización de Estados Americanos (OEA) en 1948 establece en su artículo XII *“que toda persona tiene derecho a la educación, que debe de estar inspirada en los principios de libertad, moralidad y solidaridad humanas”*.²⁷⁸

El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de

²⁷⁷ **GOMEZ PACHECO**, Máximo, *“Los Derechos Humanos documentos básicos”*, Santiago, Ed. Jurídica de Chile, 2000, Pp. 135-138

²⁷⁸ Ídem. P. 147

1966 compromete a los estados signatarios a garantizar a sus habitantes una serie de derechos entre los que se encuentra el artículo XIII que establece: “*Los Estados partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona a la educación*”.²⁷⁹

Como podemos observar, ha existido una preocupación a nivel internacional, por establecer el derecho a la educación, como un derecho de carácter universal que propenda a propagar la cultura y el progreso científico, pero también que se convierte en una herramienta de movilidad y desarrollo social.

Contenido esencial del Derecho a la Educación

Como lo hemos venido señalando, el derecho a la educación contenido en el artículo 3 constitucional, tiene muchas aristas y constituye un verdadero semillero de derechos, que resulta interesante analizar, siempre desde luego, bajo los lineamientos de la presente investigación.

Es por ello que exclusivamente nos referiremos al derecho a la educación concerniente al nivel profesional y a las obligaciones que se desprenden de dicho derecho para las autoridades.

Básicamente en este apartado analizaremos algunos elementos que integran o guardan estrecha relación con el derecho a la educación superior, el primero de

²⁷⁹ *Ibidem*. P. 177

ellos es el objeto y los alcances del mencionado derecho a la educación superior, subsecuentemente nos referiremos a la autonomía universitaria y por último a la libertad de cátedra, en cada uno de ellos veremos las obligaciones que se derivan para las autoridades y los sujetos que intervienen.

Derecho a la educación superior

El artículo 3 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, señala:

"Artículo 3o. Todo individuo tiene derecho a recibir educación. El Estado –Federación, Estados, Distrito Federal y Municipios–, impartirá educación preescolar, primaria, secundaria y media superior. La educación preescolar, primaria y secundaria conforman la educación básica; ésta y la media superior serán obligatorias" ²⁸⁰.

Como podemos observar, en primera instancia este artículo señala que *"todo individuo tiene derecho a recibir educación"*, en él preconiza el carácter de universalidad de dicho derecho, sin distingos subjetivos, esto quiere decir que independientemente de las condiciones particulares del individuo, este tendrá el derecho de acceder a recibir educación.

²⁸⁰ *Vid.* Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/hm/1.htm>, consultado el 2 de abril de 2015.

Cuando dicho artículo constitucional señala "recibir educación", no se especifica la distinción de si esta será básica, media superior o superior, en tal sentido que, aplicando el inveterado principio general de derecho, que señala que donde la ley no distingue, no debemos distinguir, podemos colegir con seguridad que la frase constitucional, engloba como derecho fundamental del gobernado, el derecho a la educación superior. Lo aquí señalado puede ser comprobable a través del siguiente criterio del Poder Judicial de la Federación:

**"EDUCACIÓN SUPERIOR COMO DERECHO FUNDAMENTAL DE
LOS GOBERNADOS, CORRESPONDE AL ESTADO
GARANTIZARLO"**

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 3o. y 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, constituye un derecho fundamental de los gobernados, recibir la educación en las instituciones que autorice la ley. Por su parte, los tratados internacionales consagran como interés supremo el del menor, así como la obligación de dar un trato digno y sin discriminación por maestros, escuelas e instituciones similares. En tales condiciones, al ejercer un menor su derecho a recibir la educación superior, basta el hecho de que haya realizado los trámites necesarios de inscripción para ingresar a la preparatoria, para que el Estado haga cuanto esté a su alcance para proteger ese derecho fundamental. De esa manera,

si las autoridades universitarias no acreditan que él, como interesado, no obtuvo calificación aprobatoria en el examen de admisión, debe prevalecer el derecho fundamental del menor a recibir la educación superior garantizada por el Estado.

*PRIMER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA ADMINISTRATIVA
DEL CUARTO CIRCUITO.*

AMPARO EN REVISIÓN 626/2011. 2 de febrero de 2012. Mayoría de votos. Disidente: Eduardo López Pérez. Ponente: Sergio Eduardo Alvarado Puente. Secretarias: Elsa Patricia Espinoza Salas y Blanca Patricia Pérez Pérez.²⁸¹

Como todo Derecho Fundamental, el derecho a la educación superior no es absoluto, y se rige bajo los principios de los derechos de carácter social, y las reglas internas de las Instituciones de Educación Superior, es por ello que de esta circunstancia se derivan ciertas obligaciones para las autoridades.

Primariamente el Estado deberá garantizar el acceso a la educación a través de la creación de entidades de educación superior tales como las universidades públicas y autónomas, así lo señala la fracción V del artículo 3 constitucional:

²⁸¹ Tesis P. IV. 1o. A 12 A 10a/2012, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, Tomo 2, Mayo de 2012, P. 180

“Además de impartir la educación preescolar, primaria, secundaria y media superior, señaladas en el primer párrafo, el Estado promoverá y atenderá todos los tipos y modalidades educativos –incluyendo la educación inicial y a la educación superior– necesarios para el desarrollo de la nación, apoyará la investigación científica y tecnológica, y alentará el fortalecimiento y difusión de nuestra cultura”²⁸²;

Ahora bien, como lo mencionamos, este derecho fundamental no es absoluto y pueden derivarse límites constitucionales válidos, cuando el alumno no alcanza las calificaciones aprobatorias o no cumple los niveles académicos de ingreso que piden las entidades académicas, así lo ha sostenido el siguiente criterio del Poder Judicial de la Federación:

“SUSPENSIÓN PROVISIONAL TRATÁNDOSE DEL DERECHO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR. AL FIJAR LAS UNIVERSIDADES PARÁMETROS DE INGRESO EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 3o., FRACCIÓN VII, DE LA CONSTITUCIÓN FEDERAL, AL RESOLVER

²⁸²*Vid.* Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/hm/1.htm>, consultado el 2 de abril de 2015.

SOBRE AQUELLA MEDIDA DEBE PONDERARSE ENTRE LA APARIENCIA DEL BUEN DERECHO Y EL INTERÉS SOCIAL”

La interpretación de los derechos humanos, aun bajo el “principio pro personae” (la exhibibilidad inmediata e incondicional de los derechos humanos es la regla...) no tiene el alcance de que todo lo que se solicita con fundamento en ellos necesariamente deba concederse, sino que es la ponderación entre la apariencia del buen derecho y el interés social los referentes para resolver si la pretensión del quejoso de obtener la suspensión provisional del acto reclamado procede cuando se trate del derecho a la educación superior, dado que su ejercicio y concreción no es absoluto ni arbitrario, pues ni las Constituciones Federal y Estatales, ni el artículo 13, numeral 2, inciso c), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales autorizan a que el ejercicio del derecho a la educación sea ilimitado o absoluto frente al Estado, sino que es relativo por cuanto que el propio artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala que los derechos humanos reconocidos podrán restringirse y suspenderse en los casos y con las condiciones que ella establece, siendo precisamente su artículo 3o., fracción VII, el que dispone que son las universidades las que fijarán los términos de ingreso y es ahí donde se ubica aquella relatividad.

PRIMER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIAS ADMINISTRATIVA Y DE TRABAJO DEL DÉCIMO PRIMER CIRCUITO.

*Queja 73/2012. Kevin Israel Herrejón Mora. 13 de septiembre de 2012. Unanimidad de votos. Ponente: Víctorino Rojas Rivera. Secretario: Reynaldo Piñón Rangel*²⁸³.

Lo anterior como límite constitucionalmente válido constituye un punto de reflexión sobre la calidad de la educación superior y las obligaciones relacionadas con este punto que en particular comparten las autoridades. El tópico aludido lo abordaremos al final del presente apartado.

También la Constitución faculta a los particulares a prestar servicios educativos de carácter superior:

"VI. Los particulares podrán impartir educación en todos sus tipos y modalidades. En los términos que establezca la ley, el Estado otorgará y retirará el reconocimiento de validez oficial a los estudios que se realicen en planteles particulares. En el caso de la educación preescolar, primaria, secundaria y normal, los particulares deberán:

²⁸³ Tesis PXI.1o.A.T.4K , *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, Tomo 3, Abril de 2013, P. 2298

- a) *Impartir la educación con apego a los mismos fines y criterios que establecen el segundo párrafo y la fracción II, así como cumplir los planes y programas a que se refiere la fracción III, y*
- b) *Obtener previamente, en cada caso, la autorización expresa del poder público, en los términos que establezca la ley.*²⁸⁴

Finalmente podemos aducir que la educación superior que impartan los particulares deberá apegarse a los criterios constitucionales y legales que señala la Ley General de Educación en sus artículos 54 y 55 y que analizaremos con mayor detalle en las obligaciones de garantizar la calidad de la educación por parte de las autoridades.

La Autonomía Universitaria y la libertad de cátedra

Analizaremos, aunque sea de forma sucinta, la extensión y alcances de la autonomía universitaria, porque de su debida comprensión dependerá la relación que tendrá con las autoridades gubernamentales y educativas.

La autonomía universitaria se funda en la consideración consistente en dotar de autogobierno a la entidad universitaria, con el objetivo de crear sus propias

²⁸⁴ *Vid.* Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/hm/1.htm>, consultado el 2 de abril de 2015.

estructuras normativas, dentro de las cuales se establezcan los principios elementales de sus fines educativos, metodologías de la enseñanza y la forma en que elegirán y renovaran a sus autoridades internas.

En ese sentido la autonomía universitaria se convierte en una herramienta contra el dogmatismo estatal, independientemente de su ideología y garantiza la libertad de pensamiento de los alumnos y docentes, con el fin de promover los altos ideales del desarrollo cultural implícitos en la función universitaria.

Por lo que respecta a su consagración normativa, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la establece en el artículo 3 fracción VII:

"VII. Las universidades y las demás instituciones de educación superior a las que la ley otorgue autonomía, tendrán la facultad y la responsabilidad de gobernarse a sí mismas; realizarán sus fines de educar, investigar y difundir la cultura de acuerdo con los principios de este artículo, respetando la libertad de cátedra e investigación y de libre examen y discusión de las ideas; determinarán sus planes y programas; fijarán los términos de ingreso, promoción y permanencia de su personal académico; y administrarán su patrimonio"²⁸⁵.

²⁸⁵Vid. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/hm/1.htm>, consultado el 2 de abril de 2015.

La autonomía universitaria, desde luego no es un derecho fundamental, sino una garantía institucional que ayudará a la entidad educativa a cumplir con los fines que la norma constitucional le atribuye, dicha conclusión puede verificarse a través de la siguiente tesis del Poder Judicial de la Federación:

“AUTONOMÍA UNIVERSITARIA”. SU ALCANCE

El Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la tesis P. XXVIII/97, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo V, febrero de 1997, página 119, determinó que conforme al artículo 3o., fracción VII, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, las universidades públicas son organismos públicos descentralizados con autonomía especial, que implica autonormación y autogobierno, en atención a la necesidad de lograr mayor eficacia en la prestación del servicio que les está atribuido y que se fundamenta en su libertad de enseñanza, sin que ello signifique su disgregación de la estructura estatal, ya que se ejerce en un marco de principios y reglas predeterminadas por el propio Estado, restringida a sus fines. En congruencia con ese criterio, y en virtud de la autonomía que el dispositivo constitucional citado le concede a la Universidad Nacional Autónoma de México, ésta se encuentra facultada para gobernarse a sí misma, a través de sus propios órganos, así como para

autonormarse o autoregularse, es decir, aprobar las normas que habrán de regir a su interior, lo que se traduce necesariamente en la aprobación y emisión de su propia legislación, así como en la creación de sus propios órganos de gobierno, entre ellos los encargados de resolver las controversias que se deriven del incumplimiento de su propia normativa.

Amparo en revisión 337/2001. Alejandro Echavarría Zarco. 30 de enero de 2002. Cinco votos. Ponente: Humberto Román Palacios. Secretario: José de Jesús Bañales Sánchez"²⁸⁶.

Como se puede observar, la autonomía universitaria engloba las actividades académicas, tales como la elaboración de los planes y programas de estudios, la elección de sus autoridades, la elaboración de su normatividad interna, sin embargo como es bien sabido, la autonomía no implica la substracción del sistema jurídico nacional, pues los entes autónomos se encuentran limitados o acotados por las leyes y por la propia constitución.

Así la libertad de cátedra debe ser respetada en los entes educativos autónomos pues garantiza la libertad de pensamiento del profesor y la libertad para elegir los métodos académicos para la mejor transmisión de los conocimientos, sin embargo dicha libertad no exime a los profesores de seguir los planes y programas de

²⁸⁶ Tesis 1a XI/2003 , *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, Tomo XVII, Mayo del 2003, P. 239

estudios de la institución académica que los contrata, además tampoco los exenta de las evaluaciones académicas y controles documentales que requiere la institución para el logro de sus metas académicas.

La educación superior en México y sus órganos reguladores

Como lo hemos venido señalando, uno de los objetivos centrales del presente apartado es determinar las condiciones en que la autoridad educativa ejerce sus funciones de vigilancia sobre las entidades académicas de educación superior.

Lo anterior reviste fundamental importancia si consideramos que son precisamente las instituciones educativas quienes emiten los títulos de “Médico Cirujano” y como lo hemos venido sosteniendo, medicamente, ese título es incorrecto en virtud de la imperiosa necesidad de contar con la especialidad de cirugía para practicar procedimientos quirúrgicos con la garantía de que, quien los realiza, se encuentra altamente calificado para su ejecución.

Es por ello, que sobre las anteriores premisas, resulta interesante dilucidar los alcances que tiene la autoridad para poder vigilar desde el seno académico, la formación de recursos humanos que tendrán en sus manos la vida de los pacientes.

Para comenzar y por lo que respecta a las entidades que por mandato de ley se les otorga autonomía, lo cual significa como lo hemos visto la facultad de autodeterminarse por lo que respecta a su régimen interior, contenido que

comprende, desde la elección de sus autoridades hasta los planes y programas de estudios, resulta claro que las autoridades educativas y sanitarias no tienen facultades para interferir en esencia, por lo que atañe al modelo de formación académica.

Sin embargo, de acuerdo al Reglamento de la Ley Reglamentaria del Artículo 5 Constitucional, relativa al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal, las instituciones académicas de educación superior, tienen la obligación de registrar ante el Departamento de Instituciones Educativas de la Dirección General de Profesiones, los planes y programas de estudio, -que incluye desde luego la denominación de la carrera- que han aprobado en las instancias técnicas universitarias:

"Artículo 9º. Las instituciones que dentro de la República Mexicana estén dedicadas a la educación profesional tendrán las siguientes obligaciones: a) Inscribirse en la Dirección General de Profesiones; b) Proporcionar anualmente a la Dirección sus planes y programas de estudio y de servicio social; c) Rendir a la Dirección los informes que ésta les solicite, y d) Informar a la Dirección del establecimiento de nuevas carreras profesionales"²⁸⁷.

²⁸⁷ Vid. Artículo 9 del Reglamento de la Ley Reglamentaria del Artículo 5 Constitucional, relativa al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal.

http://normatecainterna.sep.gob.mx/work/models/normateca/Resource/229/1/images/reglamento_ley_reglamentaria_art_5_constitucional.pdf

De la anterior cita se colige, que independientemente de la autonomía universitaria, las instituciones de educación superior autónomas, están obligadas a registrar ante la Dirección General de Profesiones, sus planes y programas de estudios, así como rendir la información que esa unidad administrativa le solicite.

Con ello la Dirección General de Profesiones, tendría que ejercer sus facultades para tratar de resolver la problemática que se menciona en la presente investigación relativa a la evidentemente denominación incorrecta del título de “Médico Cirujano”, por lo ampliamente comentado y por la evidencia médica que se presenta en el siguiente capítulo.

A mayor abundamiento el artículo 6 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5 Constitucional, Relativa al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal, establece que:

"ARTICULO 6o.- En caso de conflicto entre los intereses individuales de los profesionistas y los de la sociedad, la presente Ley será interpretada en favor de esta última, si no hubiere precepto expreso para resolver el conflicto. Por lo que se refiere a las profesiones que implican el ejercicio de una función pública, se sujetarán a esta Ley, y a las leyes que regulen su actividad, en lo que no se oponga a este ordenamiento".²⁸⁸

²⁸⁸ Vid. Artículo 6 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5 Constitucional, relativa al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/208.pdf>

Independientemente del Derecho Público Subjetivo del gobernado, que emana del título profesional que una institución de educación superior le emitió a su favor, la Dirección General de Profesiones, puede en ejercicio del interés de la sociedad resolver en favor de ella cuando se atenten los derechos de la sociedad.

Aunque la disposición normativa es de carácter amplio, señala y posibilita el actuar de la autoridad para garantizar los intereses de la sociedad de contar con servicios profesionales de calidad.

Lo anterior es de vital importancia para el punto medular de la investigación, consistente en señalar que la Dirección General de Profesiones tiene atribuciones para tomar medidas en caso de que se ofenda el interés de la sociedad, como está ocurriendo en este momento, al emitir títulos con una denominación incorrecta, ocasionando lesiones al derecho fundamental de la salud del gobernado.

Las consideraciones anteriores se agudizan, tratándose de las instituciones privadas de educación superior, pues es la Secretaría de Educación Pública a través de su Dirección General de Educación Superior Universitaria, quien autoriza mediante los Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios (RVOE), la impartición de educación superior, previa verificación de los siguientes requisitos que establece la Ley General de Educación en su artículo 55:

"Las autorizaciones y los Reconocimientos de Validez Oficial de Estudios se otorgarán cuando los solicitantes cuenten:

I.- Con personal que acredite la preparación adecuada para impartir educación y, en su caso, satisfagan los demás requisitos a que se refiere el artículo 21;

II.- Con instalaciones que satisfagan las condiciones higiénicas, de seguridad y pedagógicas que la autoridad otorgante determine. Para establecer un nuevo plantel se requerirá, según el caso, una nueva autorización o un nuevo reconocimiento, y

III.- Con planes y programas de estudio que la autoridad otorgante considere procedentes, en el caso de educación distinta de la primaria, la secundaria, la normal y demás..."²⁸⁹

El artículo anterior plantea la obligación inexorable de la autoridad de verificar que los planes y programas de estudios de las instituciones privadas de educación superior sean procedentes y cumplan realmente con la denominación del título que han de expedir.

Resulta claro que la autoridad educativa ha errado y ha sido omisa en su actuar al no verificar y constatar que un título con una incorrecta denominación está causando perjuicios a los pacientes, pues los llamados "Médicos Cirujanos" no cuentan con

²⁸⁹ Vid. Artículo 55 de la Ley General de Educación,

<http://www.sirvoes.sep.gob.mx/sirvoes/jspMarcoNormativo.jsp>

los conocimientos de especialidad para poder realizar procedimientos quirúrgicos de calidad.

No solo la Secretaría de Educación Pública está encargada de verificar que existan médicos altamente especializados, la Secretaría de Salud a través de su Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), tiene una tarea fundamental, de acuerdo a los fines de su creación:

"Se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud con el propósito de identificar las áreas de coordinación entre las instituciones educativas y las de salud así como entre el sector educativo y el sector salud, en el proceso de formación de recursos humanos para la salud que requiera el Sistema Nacional de Salud"²⁹⁰.

Sin duda alguna, normativamente hablando, la CIFRHS es el órgano interinstitucional encargado de crear áreas de cooperación para la formación de los profesionales de la salud altamente especializados, algunas de las funciones más importantes son las siguientes:

²⁹⁰ Vid. Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, SSA-SEP, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 19 de octubre de 1983, http://www.cifrhs.salud.gob.mx/descargas/pdf/E34_marcolegal_normatividad_acuerdode_creacion.pdf

"Artículo tercero:

(...)

II. Elaborar un diagnóstico integral sobre la formación de recursos humanos para la salud y mantenerlo actualizado;

III. Propiciar que la formación de recursos humanos se oriente por las políticas del Sistema Nacional de Salud y de la Secretaría de Educación Pública;

VII. Opinar sobre los requisitos para la apertura y funcionamiento de instituciones abocadas a la formación de recursos humanos para la salud, en los diferentes niveles académicos;

VIII. Recomendar los requisitos que deban reunir las instituciones de salud para que puedan participar en la formación de recursos humanos para la salud;

XI. Promover planes y programas de estudio así como estrategias tendientes al establecimiento de un sistema de enseñanza continua para el personal de atención a la salud;

XII. Recomendar e impulsar sistemas para la evaluación de los planes y programas de estudio de las carreras en el área de salud, así como

de la docencia en los diversos niveles de enseñanza en el área de la salud" ²⁹¹

Como podemos advertir, la CIFRHS tiene las facultades fundamentales para realizar las investigaciones necesarias y consecuentemente emitir una opinión de los planes y programas de estudio en materia de salud, con el objetivo primordial de proteger el Derecho Fundamental de la Salud a través de la aplicación correcta e implementación de la calidad de la educación superior universitaria.

De las anteriores consideraciones resulta importante señalar que las autoridades educativas y sanitarias realicen efectivamente su misión y sus facultades, porque de ello depende la vida de muchos pacientes que en este momento están siendo intervenidos por "Médicos Cirujanos" al amparo de un título y un programa de estudios que no corresponde con las capacidades técnicas de especialidad que requiere la cirugía y que se deben obtener a través del estudio del grado académico de especialidad.

Con el objetivo de engarzar la educación superior con la práctica de la profesión, se estimó pertinente incluir una breve exposición del derecho al ejercicio profesional

²⁹¹ *Vid.* Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, SSA-SEP, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 19 de octubre de 1983, http://www.cifrhs.salud.gob.mx/descargas/pdf/E34_marcolegal_normatividad_acuerdode_creacion.pdf

como derecho fundamental y hablar de su estrecha relación con el interés de la sociedad, particularizándolo desde luego con el ejercicio profesional del Médico.

El ejercicio profesional como derecho fundamental

Uno de los puntos más importantes para la comprensión del marco jurídico aplicable, que regula la actividad profesional de los médicos y en general de cualquiera que trabaje al amparo del título profesional que obtuvo, es precisamente el derecho fundamental consagrado actualmente en el artículo 5 de nuestra constitución, que establece el derecho al ejercicio profesional.

El derecho al ejercicio profesional se encuentra ubicado en la clasificación de los derechos de libertad, resulta indiscutible su esencia como derecho fundamental al proteger al ser humano su capacidad de decisión para dedicarse a la profesión que más le acomode, siendo esta lícita.

La regulación del ejercicio profesional en México estuvo en primera instancia regulada a través de leyes locales, siendo competencia de los Estados diseñar los mecanismos para habilitar y vigilar la práctica correcta del ejercicio profesional.

No fue sino hasta la Constitución Federal de 1857, Constitución de carácter individual-liberal, que realizó un cambio de paradigma incuestionable, haciendo que los derechos fundamentales sean el objeto y la base de las instituciones sociales, siendo precisamente su adopción y respeto, el elemento fundacional de toda

sociedad, por lo tanto todas las leyes, las autoridades y la constitución tendrán que garantizarlas e instituir las. Este simple pero sustancioso hecho podría ser elemento de distinción y trascendencia, pero a esto se le debe añadir un amplio catálogo de libertades: como la abolición de la esclavitud, la libertad de pensamiento y de imprenta, de trabajo, de enseñanza, de profesión, de propiedad, de seguridad jurídica y de libertad política.

En efecto, la Constitución de 1857 elevó por primera vez a rango constitucional, el ejercicio profesional. Así lo establecía el artículo tercero constitucional:

"Art. 3. La enseñanza es libre. La ley determinará qué profesiones necesitan título para su ejercicio, y con qué requisitos se deben expedir".²⁹²

Para el Maestro Jaime Miguel Moreno Garavilla, la anterior consideración referente al ejercicio profesional, significó el primer intento de regular las profesiones a nivel constitucional²⁹³.

Por lo que respecta a la génesis de nuestra constitución de 1917, el artículo 5 constitucional original contenía la libertad específica de trabajo, sin lugar a dudas la expresión constitucional que consagra el constituyente tiene una fuerte carga de

²⁹² **DUBLÁN**, Manuel, "Legislación mexicana o colección completa de las disposiciones legislativas expedidas desde la independencia de la República", edición oficial, México, 1877, tomo VIII, pp. 384-399

²⁹³ **MORENO GARAVILLA**, Jaime Miguel, "El Ejercicio de las Profesiones en el Estado Federal Mexicano", Porrúa, México, 2011, P. 125

justicia social y de protección a los trabajadores, por lo que respecta a su continuación en el constituyente de 1916 - 1917, se sometió a lectura el día 11 de diciembre de 1916, cuyo redacción en el proyecto quedaba de la siguiente forma:

"Artículo 5. A ninguna persona se podrá impedir que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos, sino por determinación judicial cuando ataque los derechos de tercero, o por resolución gubernativa dictada en los términos que marque la ley, cuando ofenda los de la sociedad. Nadie puede ser privado del producto de su trabajo, sino por resolución judicial.

La ley determinará en cada Estado cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deban llenarse para obtenerlo, y las autoridades que han de expedirlo".²⁹⁴

Una idea muy interesante y que en este momento goza de actualidad, es la eficaz reglamentación del ejercicio profesional. El Diputado Constituyente Machorro Narváez, aducía que debería agregarse al artículo la idea: *"La ley reglamentará también el ejercicio de las profesiones"*²⁹⁵ señalando: *"Muchas veces cuando se solicitan los servicios de los médicos y por alguna circunstancia desagradable en él no concurren los sentimientos humanitarios que existen en otros individuos, no se*

²⁹⁴ ROMERO GARCÍA, Fernando *"Diario de los Debates del Congreso Constituyente"*, Imprenta del H. Cámara de Diputados, T.I y T. II, México, 1922. P. 373

²⁹⁵ Ídem.

le hace levantar para que vaya a prestar sus servicios"²⁹⁶ El citado diputado quería elevar a rango constitucional la responsabilidad social y la labor humanitaria de las profesiones, que no debían entenderse simplemente como un negocio, sino como una labor profundamente social.

Después de varias opiniones a favor y en contra, finalmente se procedió a votar el dictamen sin tomar en cuenta las propuestas del diputado constituyente Narváez. El artículo fue aprobado con 145 votos a favor y 7 en contra, quedando de la siguiente manera:

"Art. 5o.- A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos. El ejercicio de esta libertad sólo podrá vedarse por determinación judicial, cuando se ataquen los derechos de tercero o por resolución gubernativa, dictada en los términos que marque la ley, cuando se ofendan los derechos de la sociedad. Nadie puede ser privado del producto de su trabajo, sino por resolución judicial.

La ley determinará (sic) en cada Estado cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deban

²⁹⁶ ROMERO GARCÍA, Fernando *"Diario de los Debates del Congreso Constituyente"*, Imprenta del H. Cámara de Diputados, T.I y T. II, México, 1922. P. 550

llenarse para obtenerlo, y las autoridades que han de expedirlo"²⁹⁷.

Como puede observarse hoy, a casi 100 años de la vigencia de nuestra carta fundamental, aún nos encontramos con serios problemas para la regulación correcta del ejercicio profesional, desde la etapa de carácter académico hasta la constante profesionalización que los Médicos deben poseer para beneficio de la sociedad.

Por tanto, toda persona tiene garantizado el derecho a ejercer su profesión u oficio, limitado sólo por los aspectos éticos y morales en su actuación, y el Congreso Constituyente de 1917 reconoce que el título profesional será desde esa fecha el equivalente a la autorización otorgada para el ejercicio de la profesión.

El primer registro hecho por la Dirección General de Profesiones data del 8 de agosto de 1946.²⁹⁸ Lo que se hacía antes de esa fecha está muy confuso, suponemos que cada entidad federativa expedía cédulas, ya que legalmente, todos los Estados de la República están facultados para registrar títulos y expedir cédulas profesionales.

²⁹⁷ Diario Oficial del Órgano del Gobierno Provisional de la República Mexicana, del lunes 5 de febrero de 1917, Tomo V, 4 época, número 30,

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum/CPEUM_orig_05feb1917.pdf visto el 28 de marzo de 2014 a las 12:41 A.M.

²⁹⁸ Información proporcionada por la Dirección General de Profesiones. Agosto 31, 2011.

Finalmente, después de referir algunas consideraciones de carácter histórico, resulta procedente entrar al análisis de lleno de la estructura constitucional actual, concerniente al ejercicio profesional.

Objeto del derecho al ejercicio profesional

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 5 constitucional, establece la garantía de la libertad de trabajo y el derecho específico del ejercicio profesional, de la siguiente manera:

"Artículo 5o. A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos. El ejercicio de esta libertad sólo podrá vedarse por determinación judicial, cuando se ataquen los derechos de tercero, o por resolución gubernativa, dictada en los términos que marque la ley, cuando se ofendan los derechos de la sociedad. Nadie puede ser privado del producto de su trabajo, sino por resolución judicial.

La Ley determinará en cada Estado, cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deban llenarse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo"²⁹⁹.

²⁹⁹ Artículo 5 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>

Al analizar el artículo 5 constitucional antes descrito, debemos advertir que la libertad genérica que consagra, es precisamente la de trabajo, ella comprende a modo de descripción que *"A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos"*³⁰⁰. Con ello establece la universalidad de la libertad ocupacional en favor de todo habitante de la República.

Así el maestro Elisur Arteaga Nava, señala que: *"La libertad -ocupacional- tiene cierta generalidad; tienen derecho a trabajar todos y en todo siendo lícito..."*³⁰¹, la libertad de trabajo incluye desde luego al ejercicio profesional, en primera instancia al señalar que a nadie se le podrá impedir que se dedique a la profesión que le acomode.

Por lo tanto el artículo 5 constitucional, tiene de manera implícita una protección de igualdad, así la autoridad no podrá por virtud de ley restringirle privativamente a una persona determinada que se dedique al trabajo o profesión que decida; tal criterio lo sostiene el Poder Judicial de la Federación:

***"GARANTÍA DE IGUALDAD. ESTÁ CONTENIDA IMPLÍCITAMENTE
EN EL ARTÍCULO 5o. CONSTITUCIONAL.***

³⁰⁰ Ídem.

³⁰¹ **ARTEAGA NAVA**, Elisur, *"Garantías individuales"*, edit. Oxford, colección de textos jurídicos universitarios, México, 2014, P. 518.

El análisis del primer párrafo del artículo 5o. constitucional que establece: "A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos...", permite constatar, en principio, que este precepto garantiza a todos los gobernados, entre otras cosas, el ejercicio de las libertades de comercio y de industria que sean lícitas y, en segundo término, que esa facultad se otorga a todas las personas sin distinción alguna, es decir, sin hacer diferencias de nacionalidad, raza, religión o sexo, ya que su contenido no establece salvedad alguna al respecto; circunstancia que constituye un fundamento importante de la garantía de libertad de comercio, ya que el artículo 5o. constitucional, al permitir a todas las personas ejercer el comercio o la industria que les acomode, siempre y cuando sean lícitos y no opere alguna de las limitantes a que alude el mismo numeral, excluye implícitamente de tal prerrogativa todo trato desigual que no pueda ser justificado constitucionalmente o apoyado en el interés público, puesto que no debe soslayarse que el disfrute pleno de la garantía otorgada por la Carta Magna en el imperativo de cuenta exige necesariamente la actualización del principio de igualdad material o real entre los titulares de esa garantía, dado que jurídicamente la igualdad se traduce en que varias personas, cuyo número es indeterminado, que participen de la misma situación, tengan la posibilidad y la capacidad de ser titulares cualitativamente de los mismos derechos y obligaciones que emanen de la ley aplicable frente al Estado, lo cual estará en función de sus

circunstancias particulares. En este sentido, el numeral 5o. constitucional prevé sustancialmente ese principio fundamental de igualdad, en virtud de que tiene como finalidad colocar a todos los gobernados, cualquiera que sea su categoría o condición social, en igualdad de condiciones frente a la necesidad de vida de escoger el comercio, el oficio, el trabajo o la industria que les acomode, con las únicas salvedades de que éstos sean lícitos y de que no ataquen los derechos de terceros ni ofendan los intereses de la sociedad.

El Tribunal Pleno, en su sesión privada celebrada hoy veintinueve de mayo en curso, aprobó, con el número XC/2000, la tesis aislada que antecede; y determinó que la votación es idónea para integrar tesis jurisprudencial. México, Distrito Federal, a veintinueve de mayo de dos mil³⁰².

Lo cierto también es que el artículo establece una serie de limitantes a la libertad genérica de trabajo y con ella a la libertad específica del ejercicio profesional. Así encontramos restricciones a la libertad de ocupación, las primeras de ellas contenidas en la constitución:

1. Que la ocupación o profesión sea lícita.

³⁰² Tesis XC/2000, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, Tomo XI, Junio de 2000, P. 21

2. Que no se encuentre prohibida por una determinación judicial y que no afecte derechos de terceros.
3. Que no la prohíba una autoridad administrativa mediante una resolución por afectar los derechos de la sociedad.
4. Los que deriven del propio texto constitucional, tales como las de encargos públicos y puestos de elección popular.

Por lo que respecta al ejercicio profesional, nuestro artículo 5 señala que la ley determinará que profesiones necesitan título para su ejercicio, lo anterior implica en primera instancia un derecho público subjetivo hacia el gobernado concerniente en la capacidad para dedicarse a una profesión determinada y también la condición al gobernado de obtener el título para poder practicar dicha profesión.

También esta línea constitucional faculta a los gobernados a ejercer profesiones que no requieran título para su ejercicio, por lo cual pueden practicarla sin obstrucciones de la autoridad.

Consecuentemente, también comprende una protección a los habitantes de la república en virtud de que se pretende que a través del título y las profesiones que exigen como requisito contar con él para su ejercicio, establecer servicios de calidad para la población y evitar de esta manera repercutir en forma negativa en la esfera de derechos del gobernado.

Por otro lado el artículo referido también establece facultades a los estados para legislar sobre las profesiones que necesiten título para su ejercicio, con ello se

ratifica el sistema federal, con el objetivo de que cada estado pueda reconocer de acuerdo a sus necesidades las profesiones que necesitarán título para su ejercicio.

Lo anterior, desde luego fomenta que existan 32 regulaciones distintas en materia de ejercicio profesional, teniendo desde luego entre ella muchas divergencias y por supuesto también contradicciones.

El artículo citado, no reconoce la facultad del Distrito Federal para emitir una ley reglamentaria del artículo 5 constitucional, tampoco lo realiza el artículo 122 constitucional, siendo facultad exclusiva del Congreso de la Unión y de los estados.

Es por ello que la "Ley Reglamentaria del artículo 5 constitucional, relativa al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal", expedida por el Congreso de la Unión, contiene una ambivalencia aplicativa que abarca a la Federación y al propio Distrito Federal.

Sujetos titulares del derecho

Una vez analizado los contenidos jurídicos del derecho al ejercicio profesional, resulta pertinente hablar de los sujetos titulares del derecho antes glosado. Como lo hemos señalado, a modo de prescripción negativa, el artículo 5 señala un principio de universalidad, al admitir, que a ninguna persona podrá impedírsele que se dedique a lo profesión que elija. Es por ello que en primera instancia los titulares del derecho son todas las personas que se encuentren bajo la jurisdicción mexicana.

Por lo que respecta al ejercicio profesional de los extranjeros, existen disposiciones reglamentarias controversiales, pues el artículo 15 de la Ley Reglamentaria del artículo 5 constitucional, relativa al ejercicio de las profesiones, previene que:

"ARTICULO 15.- Los extranjeros podrán ejercer en el Distrito Federal las profesiones que son objeto de esta Ley, con sujeción a lo previsto en los tratados internacionales de que México sea parte.

Cuando no hubiere tratado en la materia, el ejercicio profesional de los extranjeros estará sujeto a la reciprocidad en el lugar de residencia del solicitante y al cumplimiento de los demás requisitos establecidos por las leyes mexicanas"³⁰³.

Con ello se podría advertir que el ejercicio profesional, en el caso de los extranjeros se encuentra limitado a la existencia de un tratado internacional o de la reciprocidad, que en esta materia tengan ambos países.

Así, el Estado Mexicano, tiene ciertos tratados internacionales en materia de reconocimiento de estudios y de ejercicio profesional, tales el Convenio Regional de Convalidación de Estudios, Títulos y Diplomas de Educación Superior en América Latina y el Caribe 1974, advirtiendo en su artículo 1º que: *"se entiende por*

³⁰³ Vid. Ley Reglamentaria del artículo 5 constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones.

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/208.pdf>

*reconocimiento de un diploma, título o grado extranjero su aceptación por las autoridades competentes de un estado contratante y el otorgamiento a los titulares de dichos diplomas, títulos o grados de derechos concedidos a quienes poseen similar diploma, título o grado académico nacional. Estos derechos se refieren a la continuación de estudios o al ejercicio de una profesión”.*³⁰⁴ Respecto a este punto, México se comprometió, con los siguientes países a homologar y revalidar en su caso los títulos profesionales correspondientes:

³⁰⁴ *Vid.* Convenio Regional de Convalidación de Estudios, Títulos y Diplomas de Educación Superior en América Latina y el Caribe, <http://www.dgb.sep.gob.mx/02-m1/05-tramites/02-revalidacion/Convenios/COREDIAL.pdf>

FIGURA 29. Convenio regional de convalidación de estudios, títulos y diplomas de educación superior en América Latina y el Caribe³⁰⁵

	ESTADO	FECHA DE DEPÓSITO DEL INSTRUMENTO	TIPO DE INSTRUMENTO
1	Bolivia	17/06/2005	Ratificación
2	Brasil	18/08/1977	Denunciado
3	Chile	07/01/1976	Denunciado
4	Colombia	23/02/1977	Ratificación
5	Cuba	23/02/1977	Ratificación
6	Ecuador	24/06/1977	Ratificación
7	El Salvador	02/05/1977	Ratificación
8	Eslovenia	05/11/1992	Notificación de sucesión
9	Ex-República Yugoslava de Macedonia	30/04/1997	Notificación de sucesión
10	México	14/05/1975	Ratificación
11	Montenegro	26/04/2007	Notificación de sucesión
12	Nicaragua	26/04/1983	Ratificación
13	Países Bajos	06/10/1977	Aceptación
14	Panamá	10/03/1975	Ratificación
15	Perú	17/02/1994	Ratificación
16	Santa Sede	30/11/1977	Aceptación
17	Serbia	11/09/2001	Notificación de sucesión
18	Suriname	10/06/1982	Ratificación
19	Venezuela	07/09/1976	Ratificación

³⁰⁵ Fuente: Convenio Regional de Convalidación de Estudios, Títulos y Diplomas de Educación Superior en América Latina y el Caribe. México, D.F., 19 de julio de 1974.

Resulta pertinente mencionar, que existen otros instrumentos internacionales que sientan las bases para establecer reciprocidad en el ejercicio profesional, sin embargo no se encuentran del todo activados por lo que respecta al intercambio de servicios profesionales sin restricciones, tales como el Tratado de Libre Comercio de América del Norte, el Tratado de Libre Comercio con la Unión Europea y los convenios de reconocimiento y convalidación de estudios con Colombia, Guatemala, Argentina y Venezuela.

No obstante las anteriores consideraciones, el punto sobre el ejercicio profesional de los extranjeros, en nuestro país sigue siendo polémico, por ejemplo algunos sostienen que no es necesaria la existencia de tratados internacionales para poder otorgarles la facultad de ejercicio profesional a los extranjeros, así el Maestro Elisur Arteaga señala que:

"La fórmula -a ninguna persona- denota que la libertad ocupacional es universal, que no tiene excepciones... un caso por virtud de las leyes, los extranjeros solo podrán desempeñar una profesión, industria o comercio, si gozan de cierta calidad migratoria. Ello es contrario a los artículo 1, 5 y 33, que sin establecer restricciones, hacen titulares de

los derechos, libertades y garantías a todos sin excepción y sin tomar en consideración su nacionalidad o calidad migratoria."³⁰⁶

El Poder Judicial de la Federación ha emitido criterios interesantes sobre este punto, señalando el Derecho Público Subjetivo de los gobernados extranjeros:

"PROFESIONISTAS EXTRANJEROS. INCONSTITUCIONALIDAD DE LOS ARTICULOS 15 Y 25 DE LA LEY REGLAMENTARIA DE LOS ARTICULOS 4o. Y 5o. DE LA CONSTITUCION FEDERAL RELATIVOS A LAS PROFESIONES EN EL DISTRITO Y TERRITORIOS FEDERALES"

El Tribunal Pleno hace suyo el criterio de la Segunda Sala en el sentido de que si los artículos 1o. y 33 de la Constitución dan derecho a los extranjeros a las garantías que otorga la misma Constitución, pues el primero no distingue para disfrutarlas entre mexicanos y extranjeros, y el segundo expresamente dispone que éstos tienen derecho a las garantías que otorga la Ley Fundamental, entre las que se encuentra la de libertad de trabajo consagrada por el artículo 5o. Según la cual a ninguna persona podrá impedírsele que se dedique a

³⁰⁶ ARTEAGA NAVA, Elisur, "Garantías individuales", edit. Oxford, colección de textos jurídicos universitarios, México, 2014, P. 519

la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos; resulta que la restricción que establece el artículo 15 de la ley de referencia, así como el artículo 25 de la misma y que no es sino una consecuencia del primero, al establecer que para el ejercicio profesional es necesario ser mexicano por nacimiento o por naturalización, se encuentran en contradicción con esos preceptos legales.

Amparo en revisión 6930/58. Gustavo Villate Alonso. 12 de noviembre de 1970. Mayoría de diez votos. Disidentes: Rafael Rojina Villegas, Enrique Martínez Ulloa, Ramón Canedo Aldrete, María Cristina Salmorán de Tamayo, Salvador Mondragón Guerra, Ernesto Aguilar Alvarez y Alfonso Guzmán Neyra. Ponente: Ernesto Solís López³⁰⁷.

Las anteriores reflexiones cobran vital importancia, al considerar que existe un numeroso flujo de médicos de escuelas extranjeras que pretenden ejercer profesionalmente en nuestro país y que la autoridad, si no verifica de forma correcta lo que acontece en la preparación académica de sus nacionales, difícilmente podrá advertir las particularidades de los títulos emitidos en el extranjero y que eventualmente al no contar con la especialidad de cirugía, pueden poner en riesgo

³⁰⁷ Tesis pleno 1970, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Séptima Época, Tomo XXIII, P. 58

a los posibles pacientes, al efectuar procedimientos quirúrgicos de calidad cuestionable.

Sujetos obligados por la libertad

El ejercicio profesional como derecho público subjetivo, tiene naturalmente sujetos obligados, que deben respetar y aplicar el derecho que emana de la norma constitucional.

En primera instancia la autoridad tiene la obligación correlativa de no impedirle a una persona dedicarse a la profesión que le acomode, si esta no se encuentra entre las que necesitan título para su ejercicio.

En tratándose de las profesiones que necesitan título para su ejercicio, la autoridad está obligada a no impedirle a esa persona que cuenta con un título profesional respectivo, dedicarse a la profesión que ampara dicho documento.

Por otro lado, las autoridades en todos los ámbitos de su competencia, se encuentran obligadas a reconocer los actos de otras autoridades, no obstante si pertenecen al ámbito federal o local, por lo tanto los títulos y cédulas profesionales, legalmente expedidos por las autoridades locales, son válidos en otros estados y en la propia federación, tal como lo señala el artículo 121 constitucional F. V:

"Artículo 121. En cada Estado de la Federación se dará entera fe y crédito de los actos públicos, registros y procedimientos judiciales de todos los otros. El Congreso de la Unión, por medio de leyes

generales, prescribirá la manera de probar dichos actos, registros y procedimientos, y el efecto de ellos, sujetándose a las bases siguientes:

(...)

V. Los títulos profesionales expedidos por las autoridades de un Estado, con sujeción a sus leyes, serán (sic DOF 05-02-1917) respetados en los otros".

Consecuentemente, de la lectura del precepto anterior se colige que los títulos y cédulas emitidos en un entidad federativa son válidos en otra, con ello se brinda seguridad jurídica al gobernado en virtud de que los estudios que representa su título tendrán validez en toda la República. Ello es una muestra y refuerza el sistema federal mexicano.

En tal sentido, también es una obligación de la autoridad establecer mecanismos de vigilancia del ejercicio profesional, puesto que un bien constitucional protegido, es precisamente salvaguardar a la sociedad, procurando que existan servicios profesionales de alta calidad con el objetivo primordial de proteger a la persona humana.

La consideración anterior adquiere especial atención tratándose de los servicios médicos, es por ello que analizaremos la función que tiene la Dirección General de Profesiones, como la encargada de vigilar el ejercicio profesional correcto y en concordancia con la metodología de la presente investigación, lo engarzaremos con el ejercicio profesional del "Médico Cirujano".

La vigilancia del ejercicio profesional en México y el ejercicio de la práctica de la medicina

La Secretaría de Educación Pública a través de la Dirección General de Profesiones, es la autoridad encargada de los aspectos relativos al ejercicio profesional, así el Reglamento Interior de la SEP, señala en su artículo 22 que:

"ARTÍCULO 22.- Corresponde a la Dirección General de Profesiones el ejercicio de las siguientes atribuciones:

*I. Vigilar el ejercicio profesional, en términos de la Ley Reglamentaria del artículo 5 Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal"*³⁰⁸;

La función de la Dirección General de Profesiones es de carácter federal y una de sus principales funciones es la registral, en donde realiza la inscripción de los títulos profesionales y los grados académicos, también el registro de las instituciones de educación superior y los planes y programas de estudios.

³⁰⁸ Vid. Reglamento Interior de la SEP, http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/5f29a659-4363-41d8-b7d2-f5886b9057c0/reglamento_interior_sep.pdf

Su función más conocida es la de expedir las cédulas profesionales que tienen efecto de patente y que autorizan el ejercicio profesional de una persona determinada:

"Artículo 22

IV. Registrar los títulos profesionales y grados académicos, así como expedir cédulas profesionales con efectos de patente;"³⁰⁹

Sin embargo, las funciones de esta unidad administrativa no se agotan en el registro de títulos profesionales, grados académicos y sus respectivas cédulas profesionales. Como bien señalamos, la Dirección General de Profesiones es la encargada de la vigilancia del ejercicio profesional, cuya prescripción normativa le entrega facultades amplias de comprobación y de exigir información a las autoridades y entidades privadas que le ayuden a dicha dependencia administrativa a cumplir su función, así lo señala el artículo 94 del Reglamento de la Ley Reglamentaria del artículo 5 constitucional, relativa al ejercicio de la profesiones en el Distrito Federal:

"Artículo 94. La Dirección General de Profesiones tendrá la más amplia facultad para ordenar la práctica de visitas y de inspecciones para constatar la autenticidad de los datos que se le hayan proporcionado; para investigar el cumplimiento a la ley a este

³⁰⁹ Ídem.

reglamento; y en general, para allegarse toda clase de datos y elementos de juicio para el mejor cumplimiento de su cometido”³¹⁰.

Dicho artículo le da una amplia facultad para poder realizar una eficaz vigilancia del ejercicio profesional, aunado a las atribuciones que la entidad administrativa realiza con los colegios de profesionistas y las reuniones en las comisiones técnicas, que tienen por objeto estudiar y dictaminar los asuntos concernientes al ejercicio profesional.

Por lo que respecta al ejercicio profesional de los médicos portadores de las 363,259 cédulas expedidas por la Dirección General de Profesiones para médicos desde su creación en 1946 hasta el 31 de agosto del 2011, entre las 15 diferentes denominaciones de títulos que tiene registrados, 98% tienen la denominación de “Médico Cirujano” con algunas variantes asociadas y sólo cinco de ellas (2%) tienen nombres sin la palabra “cirujano”.

A continuación presentamos una tabla con la nomenclatura de las carreras de médico, registradas en la Dirección General de Profesiones:

³¹⁰ Vid. Artículo 94 del Reglamento de la Ley Reglamentaria del artículo 5 constitucional, relativa al ejercicio de la profesiones en el Distrito Federal,

http://normatecainterna.sep.gob.mx/work/models/normateca/Resource/229/1/images/reglamento_ley_reglamentaria_art_5_constitucional.pdf

FIGURA 30. Diferentes denominaciones de títulos médicos registrados

Título	Número	Porcentaje
Médico Cirujano	246,809	67.94%
Médico Cirujano y Partero	102,527	28.20%
Médico General	3,335	0.91%
Médico Cirujano y Homeópata	3,132	0.86%
Médico	1,845	0.50%
Médico Cirujano Homeópata	1,492	0.41%
Médico Cirujano Militar	1,167	0.32%
Médico Cirujano Partero	1,128	0.31%
Médico Cirujano Partero Homeópata	644	0.17%
Médico Homeópata Cirujano y Partero	449	0.12%
Médico Cirujano Naval	323	0.08%
Medicina	314	0.08%
Médico Homeópata	47	0.01%
Médico Cirujano y Partero Militar	32	0.01%
Medicina General	15	0.00%
TOTAL	363,259	100%

Fuente: Dato proporcionado por la Dirección General de Profesiones, Agosto 2011.

Por lo que respecta al marco legal que regula el ejercicio profesional de los médicos, podemos mencionar las siguientes dos leyes:

1. La Ley Reglamentaria del artículo 5º Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal y su reglamento que define como actividades reguladas a los médicos, enfermeros, enfermera y parteras y cirujano dentista. Dicha ley establece la necesidad de obtener autorización de la Dirección General de Profesiones para ejercer una especialidad.

2. La Ley General de Salud³¹¹ establece que el ejercicio de las Profesiones de la Especialidad en el área de la salud debe sujetarse a la Ley de Profesiones, la coordinación entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación y las leyes estatales de profesiones, estableciendo la obligación de registrar ante la autoridad educativa competente (DGP) los títulos profesionales y los certificados de especialización.

Resulta importante destacar que de acuerdo al artículo 78 de la Ley General de Salud, aparte de las anteriores leyes, podrán aplicar las bases de coordinación que firmen las autoridades educativas y sanitarias.

³¹¹ Ley General de Salud. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Última reforma publicada DOF 17-03-2015.

El médico, al terminar sus estudios y obtener su cédula en la Dirección General de Profesiones, acude después a la Secretaría de Salud donde le otorgan un registro que ampara su actividad profesional, sin especificar límites y sin fecha de caducidad, que también lo autoriza a ejercer su profesión y a prescribir todo tipo de medicamentos, incluyendo los restringidos y los narcóticos, estos últimos mediante un recetario especial.

Las características de la Cédula Profesional expedida por la Dirección General de Profesiones de la SEP y la de los estados, son que dicha cédula es personal, es intransferible, es vitalicia y federal, lo que significa que puede ser utilizada por el profesionista en cualquier lugar de la República y que no tiene limitaciones.

La importancia de certificar el registro del ejercicio profesional se debe a que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar a la sociedad que el profesionista ejerza con conocimiento, habilidad y destreza actualizada, ya que la globalización y los crecientes adelantos en el campo de la salud exigen certeza sobre la competencia de los profesionales en este campo.

Reflexiones finales del capítulo

Los ordenamientos jurídicos relacionados con la educación, establecen claramente la responsabilidad del Estado con la obligación de garantizar servicios educativos de calidad que garanticen el máximo logro de aprendizaje para los educandos.

La Secretaría de Educación Pública Federal o estatal es la entidad que autoriza la apertura y funcionamiento de las instituciones de educación superior y les da autonomía en sus funciones y atribuciones, pero falla al no poder certificar que los graduados de dichas universidades o entidades de educación superior se gradúen después de haber cumplido el programa correspondiente con los títulos correctos y procedan a integrarse al mercado de trabajo amparados por dichos títulos y cédulas.

En tal sentido resulta indeclinable que las autoridades educativas ejerzan sus funciones de vigilancia, tal como lo hemos señalado en el apartado del derecho a la educación, con el objetivo de que cambie la nomenclatura, es decir el nombre, de la carrera de “Médico Cirujano”, en virtud de que como lo hemos señalado, la cirugía es una especialidad que requiere estudios pormenorizados y práctica en hospitales, de no hacer lo anterior, se seguirá poniendo en riesgo la salud de miles de pacientes.

Es por eso que la Dirección General de Educación Superior, la Dirección General de Profesiones, la Secretaría de Salud y la CIFRHS, deben poner en marcha las atribuciones que la ley les confiere para revisar los planes y programas de estudios, con el objetivo de que la sociedad cuente con médicos ampliamente especializados para realizar procedimientos quirúrgicos.

Respecto al ejercicio de las profesiones, la Dirección General de Profesiones, que depende de la Secretaría de Educación Pública, es la entidad que tiene las facultades para expedir y regular las cédulas para ejercer las profesiones, pero no

tiene la capacidad para certificar que el profesionista esté calificado para ejercer a plenitud la profesión indicada en el título.

El artículo 22 de la Ley de la Dirección General de Profesiones establece que ésta tiene la obligación, a través de sus comisiones técnicas relativas a cada una de las profesiones que se encargarán de estudiar y dictaminar sobre los asuntos de su competencia.

Cada comisión estará integrada por un representante de la Secretaría de Educación Pública, otro de la Universidad Nacional Autónoma de México o del Instituto Politécnico Nacional en sus respectivas ramas profesionales, y otro del Colegio de Profesionistas. Cuando en ambas instituciones se estudie una misma profesión, cada una de ellas designará a un representante.

Por lo anterior, urge corregir la anomalía de que la mayoría de las escuelas y facultades de medicina del país gradúen médicos con títulos incorrectos. La Dirección General de Profesiones, de acuerdo a su artículo 22, debería de activar las comisiones pertinentes para estudiar el problema y proponer vías de solución al mismo.

En resumen, aunque tenemos en México una serie de compromisos internacionales sobre la obligación que tiene el estado de proveer educación a sus habitantes, compromisos claramente establecidos en la propia Constitución en su artículo 3o, en la Ley General de Educación, en la Ley Reglamentaria del artículo 5o Constitucional referente a que todo individuo tiene derecho a ejercer su profesión y que para tal efecto requiere un título y que este Título sea expedido por una

institución de educación superior autorizada por el Estado, y que el ejercicio de tal profesión esté regulado por la Ley de Profesiones, vemos claramente que a pesar de tan numerosos preceptos legales se observa en el país un grave problema de proliferación de escuelas de medicina que gradúan miles de médicos con un título incorrecto que les permite ejercer la práctica de cirugía para la cual no están capacitados al graduarse de dichas instituciones.

Las implicaciones legales son numerosas en virtud de que el Estado carece de los mecanismos requeridos para verificar que los graduados de instituciones de educación superior lo hagan con los conocimientos requeridos para la profesión indicada en el título, por lo que se propone que el Estado asuma su responsabilidad de garantizar la educación de calidad en México, estableciendo un plan de trabajo para supervisar a las instituciones de educación superior, tendiente a mejorar sus programas de enseñanza, graduar a sus alumnos con la preparación requerida y que les expidan el título correcto.

Respecto a la Ley que estableció la Dirección General de Profesiones en 1945, es conveniente señalar que es urgente hacer una revisión de la misma,³¹² ya que las condiciones socioeconómicas en el país son muy diferentes en pleno siglo XXI a lo que ocurría en la primera mitad del siglo XX y de acuerdo con lo expresado por el Dr. Jaime Miguel Moreno Garavilla en su libro “El ejercicio de las profesiones en el Estado Federal Mexicano”, quien hace la propuesta para lograr una legislación

³¹² **DÍAZ PIÑA**, Antonio, “El marco legal de las profesiones en México”, Rev. Alegatos; 85: Sept 2013. Págs. 1010-1025.

moderna *“más no nos alejemos de la arraigada convicción comprobable con tan solo mirar nuestro derredor, consistente en que cualquier proyecto, por bueno que pueda ser, sin la dosis de legislación correspondiente, estaría siendo, en el mejor de los casos, irremisiblemente condenado al fracaso. Ese grado de legitimación solamente se le puede dar a un proyecto trascendente, por revolucionario, es decir, por transformador”*.³¹³

El objeto de este proyecto de investigación, con toda modestia, puede resultar trascendente, al obligar al Estado a corregir una anomalía que viene ocurriendo desde hace más de 182 años, cuando el Establecimiento de Ciencias Médicas expidió los primeros títulos incorrectos de “Médicos Cirujanos”, que en pleno siglo XXI la mayoría de las escuelas de medicina del país siguen otorgando.

³¹³ **MORENO GARAVILLA**, Jaime Miguel, *“El ejercicio de las profesiones en el Estado Federal Mexicano”*, Edit. Porrúa, 2011. Págs. 194-200.

CAPÍTULO IX. RESÚMENES DE DIEZ CASOS CLÍNICOS DE DAÑO
GRAVE CAUSADO A PACIENTES POR “MÉDICOS CIRUJANOS” SIN
LA PREPARACIÓN CORRECTA EN CIRUGÍA

CAPÍTULO IX.

RESÚMEN DE DIEZ CASOS CLÍNICOS DE DAÑO GRAVE CAUSADO A PACIENTES POR “MÉDICOS CIRUJANOS” SIN LA PREPARACIÓN CORRECTA EN CIRUGÍA

RESUMEN

En cincuenta años de actividad quirúrgica, he sido testigo en numerosas ocasiones de complicaciones, mutilaciones, tragedias y muertes de pacientes sometidos a diversas intervenciones quirúrgicas por "Médicos Cirujanos" sin la preparación en la especialidad. La serie de diez casos clínicos relatados a continuación son un claro ejemplo de la magnitud del problema, que ocurre cotidianamente en nuestro país, sin que alguna autoridad intervenga para detener esta práctica que tantos daños ha causado.

Se presentan a continuación diez casos típicos seleccionados al azar, tomados de los libros "Iatrogenia en Cirugía"³¹⁴ y "Complicaciones de Cirugía Laparoscópica"³¹⁵ publicados por el autor de la presente investigación, en los años 1992 y 2007 respectivamente.

Los diez casos fueron de pacientes internados en el Hospital ABC y tanto sus expedientes como las fotografías que los acompañan se encuentran en el resguardo

³¹⁴ **CERVANTES**, Jorge. *"Iatrogenia en Cirugía"*. Salvat, México 1991.

³¹⁵ **CERVANTES**, Jorge; **CHOUSLEB**, Alberto; **SHUCHLEIB** Samuel. *"Complicaciones en Cirugía Laparoscópica y Torácica"*. Editorial Alfil, 1ª Ed. 2007.

del archivo de la institución. El autor participó en la corrección quirúrgica de alguno de los problemas o como consultante en otros.

Estos casos son ejemplos cotidianos que se ven a lo largo y ancho del país, cuando los profesionistas con título y cédula incorrectos incursionan en el área de la cirugía. De manera habitual, cuando se presentan las complicaciones aquí señaladas, es poco o nada lo que el paciente y sus familiares pueden hacer, ya que el actual sistema legal no brinda la protección idónea al paciente.

Caso No. 1

Resección de arteria, vena y nervio femoral izquierdos durante cirugía menor para extirpar un lipoma inguinal

Mujer de 24 años con una masa en la región inguinal izquierda que no causaba molestias. Acudió con su ginecólogo; quien le dijo que era sin duda un lipoma y procedió a resecarlo bajo anestesia general en su propio sanatorio. Al recuperarse de la anestesia, la paciente se quejaba de dolor y enfriamiento de la pierna. Se le dijo que era natural tener esas molestias después de cirugía inguinal.

Continuó con dolor y sin poder mover la pierna. Recibió analgésicos y fomentos calientes. Seis días después de la operación fue visitada en el sanatorio por un joven médico que estaba haciendo su servicio social, quien al notar la grave falta de circulación del miembro inferior izquierdo, recomendó su traslado. Ingresó al

hospital con temperatura de 39°C, séptica, taquicárdica y en mal estado general. Tenía una herida longitudinal de 15 cm en el tercio superior del muslo izquierdo, inmediatamente por debajo del ligamento inguinal. No se palpaban pulsos en la extremidad, la cual estaba fría, con datos de severa isquemia, equimosis extensas y pie caído.

Una arteriografía reveló ausencia de circulación en la arteria femoral común izquierda. Se procedió de inmediato a la exploración quirúrgica y se encontró un gran absceso en la región inguinal, así como un grueso muñón pulsátil ligado en bloque, en el cual estaban incluidos la arteria, la vena y el nervio femoral. Dichas estructuras habían sido resecaadas en una extensión de 12 cm, ahí mismo se encontró otro muñón arterial sin pulso, con las estructuras antes descritas y ligadas con material de sutura muy grueso.

Se efectuó trombectomía proximal y distal, y se utilizó un segmento de vena safena invertida, obtenido del mismo muslo, para restablecer la circulación de la pierna. Se irrigó ampliamente y se dejó el espacio subcutáneo abierto. Veinticuatro horas más tarde, fue llevada a cirugía para una amputación supracondílea, ya que aunque se logró restablecer el flujo arterial al muslo, llevaba ya seis días sin circulación y existía franca necrosis isquémica de la pierna y el pie. La paciente estuvo en terapia intensiva una semana; se le efectuaron múltiples tratamientos en el tanque de remolino hasta que sus heridas granularon adecuadamente. Tres semanas después se le aplicó un injerto libre de piel para cubrir el defecto en la cara anterior del muslo y fue enviada a rehabilitación al mes de la operación. Actualmente tiene una prótesis y hace vida normal.

Comentario al caso No. 1

Toda intervención quirúrgica puede ser peligrosa si no se tienen los conocimientos adecuados. A esta joven paciente la dañó gravemente un médico irresponsable, sin conocimiento de la anatomía, quien quiso resecar un lipoma de la región y lo hizo en forma tan errónea que ligó y resecó la arteria, la vena y el nervio femoral, lo que provocó la necrosis de la pierna.

Los vasos femorales son de gran calibre y es inconcebible que el médico no los haya identificado, que los ligara primero y los resecara después. A esto no se le puede llamar cirugía. Es reprochable también la falta de interés y de responsabilidad del médico, ya que durante seis días la paciente estuvo en el sanatorio quejándose de incapacidad de movimientos, dolor y frío en la extremidad y a nadie se le ocurrió revisar los pulsos. Si lo hubieran hecho a tiempo, hubiera sido posible salvar la pierna de la paciente.

Este caso fue llevado ante los tribunales de su estado y en lugar de obtener una respuesta satisfactoria a sus demandas, la paciente y sus familiares recibieron amenazas que los obligaron a no proseguir con la denuncia, mientras que el ginecólogo que ocasionó este daño siguió con su práctica habitual en su sanatorio particular, sin consecuencias.

Caso No. 2

Perforaciones intestinales múltiples y grave peritonitis después de apendicectomía

Paciente de 33 años de edad. Inició su padecimiento con dolor en el lado derecho del abdomen y 24 horas después acudió a una clínica donde fue visto por un “Médico Cirujano”, quien le realizó una apendicetomía. La operación fue muy deficiente, por lo que el paciente evolucionó mal y nueve días después la volvió a operar; continuó peor. La situación era desesperada, el paciente se hallaba sumamente grave, con temperatura muy elevada; por varios sitios de las heridas en el abdomen drenaban pus y excremento. El médico se desentendió del problema y opinó que ya no se podía hacer nada más. Los familiares decidieron trasladarlo y lo ingresaron en otro hospital; venía en tal mal estado, que fue visto por un cirujano, un especialista en Medicina del Paciente Crítico y un Infectólogo. Fue necesario internarlo en la Unidad de Terapia Intensiva para estabilizarlo, corregir su anemia, la deshidratación y avanzada desnutrición. Tenía evidencia de neumonía bilateral y sufrimiento renal. Al día siguiente del ingreso fue operado. Se encontraron múltiples perforaciones del intestino delgado, el abdomen lleno de pus y materia fecal, con peritonitis extensa. Se le efectuó un lavado amplio de la cavidad abdominal; se resecaaron los segmentos de intestino delgado con perforaciones y se realizó una ileostomía. Debido a la infección tan extensa por la grave contaminación, se dejó la pared abdominal abierta. Tres días después, con el paciente en mejores condiciones, fue operado de nuevo y se encontró otra perforación intestinal, que fue

tratada con resección del segmento de intestino involucrado. El paciente siguió en situación muy grave; las muestras de pus del abdomen mostraron que había una infección grave causada por diferentes bacterias agresivas, por lo que requirió varios días de tratamiento con múltiples antibióticos, transfusiones y cuatro nuevos lavados quirúrgicos en la sala de operaciones. En la última revisión, su abdomen ya estaba limpio, sin pus y el intestino se veía sano. El paciente salió del hospital tres semanas después con instrucciones de continuar sus curaciones dos veces al día en su casa, lavando la herida y acudiendo al consultorio para revisión una vez por semana.

Durante todo el tiempo que estuvo internado en la Unidad de Terapia Intensiva, su intestino no funcionaba debido al grado tan severo de peritonitis, requirió alimentación especial a través de un catéter instalado en una vena central, cerca del lado derecho del corazón (alimentación parenteral).

Eventualmente, cuando terminaron de cicatrizar sus heridas y el paciente estaba en mejores condiciones, requirió otra intervención quirúrgica para retirar la ileostomía, reconectar su intestino y cierre definitivo de la pared abdominal.

Comentario al caso No. 2

Todos los problemas descritos se debieron a que fue operado por un “Médico Cirujano” que no estaba capacitado para ejercer la cirugía y además lo operó en una clínica improvisada que no reunía los elementos necesarios para este tipo de procedimientos.

Este caso fue llevado inicialmente a la CONAMED estatal y al no obtener respuesta, se presentó una demanda ante los tribunales, pero el médico que le ocasionó el problema adujo que había actuado correctamente amparado por su título de “Médico Cirujano”.

Caso No. 3

Iatrogenia en cirugía de hernia inguinal: Ligadura de arteria iliaca externa durante hernioplastía inguinal

Niño de 12 años con hernia inguinal derecha. Fue internado en un hospital pediátrico para hernioplastía. Al terminar la operación el médico que se anuncia como cirujano y pediatra informó a la familia que todo había salido bien y pidió autorización para operar el lado izquierdo, que aunque no tenía hernia, les dijo que era común la existencia de hernia inguinal bilateral y sería conveniente aprovechar la anestesia. La familia estuvo de acuerdo y el médico procedió a la operación del lado izquierdo.

Al llegar el niño de la sala de recuperación a su cuarto, la madre notó que tenía la pierna izquierda muy fría y se quejaba de intenso dolor en todo el miembro. Pidió ayuda y un médico del piso le dijo “que era natural el dolor, ya que habían operado la región inguinal y por ahí pasaban los nervios de la pierna”.

Durante el transcurso del día el dolor del miembro inferior izquierdo fue en aumento a pesar de múltiples analgésicos y de peticiones de la familia para que se le hiciera

algo. Ocho horas después de la cirugía, el cirujano pediatra se presentó y dijo que el niño “había arrojado un coágulo” a la pierna y lo llevó nuevamente a cirugía. Dos horas más tarde le informó a la familia que la pierna no tenía circulación porque existía un “grave problema de embolias, con formación de coágulos en las arterias”. Al recibir esta información, el padre del niño pidió consulta con un cardiólogo, quien informó a la familia que se requería una operación de cirugía vascular en otro hospital.

El examen a su ingreso mostró heridas inguinales bilaterales. El miembro inferior izquierdo estaba marcadamente frío, sin pulsos en toda su extensión. Fue operado de urgencia ampliando la herida inguinal izquierda y exponiendo la arteria iliaca externa por vía extraperitoneal. Se encontró la arteria iliaca extensamente dañada en una extensión de 3cm, con huellas de múltiples líneas de sutura y pinzamiento. Se resecó el segmento dañado, se efectuó trombectomía distal y se reemplazó la arteria dañada con un segmento de la arteria iliaca interna del mismo lado. Esto requirió una amplia disección pélvica y anastomosis término-terminal de las estructuras vasculares con microcirugía. El niño se recuperó satisfactoriamente y salió del hospital cuatro días después.

Comentario al caso No. 3

La decisión de operar el lado izquierdo fue incorrecta, ya que no tenía hernia en ese lugar y por lo tanto; no había necesidad de operarlo. El daño inicial a la arteria se debió al desconocimiento de la anatomía inguinal y a la disección extensa

tratando de encontrar un saco herniario inexistente. Trascurrieron ocho horas antes de que los médicos reconocieran el problema, y en lugar de haber pedido ayuda, inventaron la existencia de coágulos que obstruían la arteria. Cuando el niño estaba en la sala de operaciones por segunda vez, el médico estaba obligado a identificar el daño de la arteria iliaca y solicitar la presencia de un cirujano con experiencia en microcirugía vascular, que probablemente hubiera resuelto el problema retirando la ligadura de la arteria y realizando una simple trombectomía. En lugar de ello, procedió en forma irresponsable tratando de corregir el defecto, causando un daño irreversible a un extenso segmento de arteria iliaca externa. Esto obligó a realizar una muy difícil reconstrucción con la arteria iliaca interna de ese lado mediante microcirugía.

La enseñanza que nos deja este caso es muy clara: la ignorancia e irresponsabilidad del cirujano pediatra ocasionaron que este niño sufriera tres intervenciones quirúrgicas que pusieron en grave peligro su pierna y su vida.

Este caso fue operado por un médico que se anuncia como pediatra y cirujano, una combinación frecuente en nuestro país, en la que muchos pediatras incursionan en problemas quirúrgicos sin la preparación adecuada y ocasionan daños graves como le ocurrió a este niño. No hubo resultados a la reclamación de los familiares.

Caso no. 4

Grave insuficiencia respiratoria y obstrucción esofágica después de cirugía por hernia hiatal

Mujer de 35 años de edad. Acudió con un gastroenterólogo por molestias digestivas. Le efectuaron un estudio radiológico, le diagnosticaron hernia hiatal y recomendaron cirugía. El supuesto especialista de aparato digestivo le practicó una operación antirreflujo (“funduplicatura de Nissen”). El postoperatorio fue tormentoso, con fiebre elevada, imposibilidad para tolerar alimentos y dificultad para respirar, que se fueron agravando progresivamente hasta que dos semanas después de operada, la situación era crítica y la familia decidió sacarla de ese hospital y pedir ayuda en otro.

El examen físico a su ingreso mostró una paciente grave, séptica y con datos de insuficiencia respiratoria; los ruidos respiratorios estaban abolidos en el lado izquierdo; el abdomen estaba distendido, sin ruidos, con datos de irritación peritoneal.

Los exámenes de laboratorio mostraron anemia, leucocitosis, ictericia, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, hiponatremia, hipocalcemia y acidosis. Su placa de tórax mostró opacidad total del hemitórax izquierdo.

La paciente ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva donde fue intubada y conectada a un respirador. No fue posible introducirle una sonda de Levine al estómago. Una punción pleural reveló restos de alimentos y jugo gástrico en la

cavidad torácica. Fue operada de urgencia. Se encontró una gran colección pleural izquierda por perforación del fondo gástrico que estaba en posición intratorácica.

Se procedió al cierre de la perforación; se drenó ampliamente la cavidad pleural y se efectuó una gastrostomía en la parte distal del estómago. Mejoró mucho después de la cirugía, pues se logró la reexpansión pulmonar. Una semana después del ingreso se le administró material baritado por la boca y por la gastrostomía; se observó una angulación de 90° del esófago distal y una configuración anómala del estómago, lo que sugería una funduplicación incorrecta.

Una vez recuperada satisfactoriamente de la insuficiencia respiratoria y de la infección generalizada, la paciente estaba recibiendo nutrición parenteral total y se encontraba en mejor estado. Fue operada de nuevo. Se encontró el esófago terminal obstruido por unos puntos de seda gruesa que lo fijaban al hiato, y una funduplicación aberrante sobre la mitad del cuerpo del estómago. Se retiraron todos los puntos que causaban estos problemas y se restableció la anatomía normal. No se efectuó ningún procedimiento quirúrgico para hernia hiatal. Se recuperó satisfactoriamente, pero dos semanas después tuvo fiebre elevada. Se halló un absceso por debajo del diafragma izquierdo que fue drenado por vía posterior. Dos meses y medio después de su ingreso salió del hospital en buen estado, después de tres intervenciones de cirugía mayor y 15 días en terapia intensiva. Actualmente se encuentra asintomática, a pesar de que no se le corrigió la hernia hiatal.

Comentario al caso No. 4

La hernia hiatal es un hallazgo muy común en estudios radiológicos del tubo digestivo alto. Algunos radiólogos mencionan cifras de hasta 40% de casos de hernia hiatal en series gastroduodenales de pacientes mayores de 40 años, por lo demás asintomáticos.

La hernia hiatal no es necesariamente operable; de hecho, sólo 2 a 3% de pacientes con hernia hiatal son candidatos a cirugía y sólo cuando existe acentuado reflujo gastroesofágico con esofagitis péptica (sensación de dolor y ardor retroesternal).

La única manera de establecer este diagnóstico es por medio de una endoscopia y biopsia. Haber sometido a esta joven paciente a cirugía para hernia hiatal sin los estudios correctos fue una grave irresponsabilidad e indica falta de conocimientos sobre la patofisiología de la hernia hiatal y también en lo referente a técnicas quirúrgicas, ya que la operación de Nissen es un procedimiento relativamente sencillo y libre de complicaciones cuando se efectúa por cirujanos con capacitación adecuada. Haber ocasionado obstrucción total del esófago y una “funduplicación aberrante” sobre el cuerpo gástrico en lugar de hacerla sobre el esófago distal, indica la falta absoluta de conocimientos de cirugía de esa región.

El médico que operó a esta paciente se ostenta como “Especialista en Gastroenterología”, rama de la medicina interna que no incluye la cirugía. Desgraciadamente en nuestro medio es muy común que haya gastroenterólogos que incursionan en la cirugía y a cirujanos que se dedican a ver pacientes con diarreas, úlceras, colitis, etc., padecimientos del dominio de los gastroenterólogos.

La conducta correcta de este gastroenterólogo, al diagnosticar una hernia hiatal hubiera sido enviar al paciente a un endoscopista, quien habría determinado la presencia o no de reflujo y de esofagitis, y de ser necesario, se hubiera indicado un tratamiento médico para este problema.

Sólo en caso de no obtener respuesta al tratamiento conservador, hubiera estado indicado referirla a un cirujano. El no obrar así ocasionó un grave problema que requirió tres operaciones de cirugía mayor y dos meses y medio de internamiento en otro hospital antes de lograr su mejoría.

De hecho, la paciente nunca tuvo síntomas de reflujo gastroesofágico ni de esofagitis después de que se le corrigió la iatrogenia, lo que indica que la funduplicación que sufrió no era necesaria.

Este caso fue también sometido a tribunales pero no se logró obtener una respuesta satisfactoria a los familiares que demandaron por daños y grave sufrimiento. El gastroenterólogo responsable de esta iatrogenia fue absuelto.

Caso no. 5

Insuficiencia arterial severa del miembro superior izquierdo por ligadura de la arteria humeral durante venodisección

Niño de ocho meses de edad que ingresó al hospital con un cuadro de meningitis (infección de las cubiertas del sistema nervioso central) aguda. Su pediatra pidió

que se realizara una venodisección para poder administrarle líquidos y antibióticos. El procedimiento fue efectuado en el tercio inferior del brazo izquierdo, mediante una pequeña incisión transversal bajo anestesia local por un médico ayudante del cirujano pediatra. Al día siguiente se notó que el tercio distal del antebrazo y la mano estaban fríos y amoratados. No había pulsos radial ni cubital y el llenado capilar estaba retardado. El pediatra pidió la opinión del médico que había efectuado el procedimiento y éste explicó que lo más probable era que se tratara de un espasmo por haber trabajado cerca de la arteria durante la venodisección. Se dio la orden de cubrir el área afectada con compresas calientes y retirar el catéter de la vena. Veinticuatro horas más tarde, la mano estaba amoratada, y ante la insistencia de los padres, el pediatra pidió otra opinión.

El examen físico mostró un lactante menor con grave isquemia del antebrazo y mano izquierdos, que estaban fríos, sin llenado capilar; había extensas áreas con flictenas en mano y antebrazo. La mano estaba cianótica y sin movimiento. El niño se quejaba de mucho dolor a pesar de estar bajo el efecto de sedantes. Se percibía un latido arterial normal en los tercios superior y medio del brazo y por debajo de ese lugar no era posible obtener pulsos.

Fue operado de urgencia bajo anestesia general, empleando técnicas de microcirugía, se exploró la arteria humeral. Se encontró una doble ligadura de la misma en el tercio distal del brazo, con trombosis extensa de las arterias radial y cubital. Se retiraron las ligaduras, se efectuó trombectomía proximal y distal con sonda de Fogarty; se reseco el segmento dañado de 1cm de longitud y después de movilizar la arteria proximal y distalmente, se efectuó una anastomosis término-

terminal mediante microcirugía vascular y se restableció la circulación. En el transcurso de los siguientes días desaparecieron la mayoría de las alteraciones isquémicas, debidas a falta de circulación cutáneas del antebrazo y mano, pero había pérdida parcial de los cinco dedos. Después de cinco operaciones por un cirujano de mano y un cirujano plástico, el niño se recuperó satisfactoriamente.

Comentario al caso No. 5

Todo procedimiento quirúrgico, por pequeño que sea, tiene riesgos, razón por la que sólo el personal con adiestramiento adecuado debe efectuarlos. En casos de procedimientos menores, es práctica común que se encomiende para este tipo de maniobras a médicos sin preparación quirúrgica, ya sea porque el cirujano considere que una venodisección no requiere de su atención, o porque se piensa que no tiene ninguna importancia. El grave error que cometió este médico al confundir la arteria humeral con una vena indica la falta de conocimientos. Esta grave iatrogenia se complicó aún más cuando, al notar la severa isquemia del antebrazo y mano, el médico ordenó que le aplicaran calor local para tratar el “espasmo” arterial, lo que propició el extenso daño cutáneo que tenía la mano.

Lo anterior ejemplifica la ignorancia básica en fisiología circulatoria y cirugía vascular. Una extremidad sin circulación no debe ser sometida a la aplicación de calor local porque sufrirá graves quemaduras.

La enseñanza de este caso es clara: sólo médicos con conocimientos adecuados de cirugía deben operar, y cuando se encuentren problemas, el médico está

obligado a solicitar ayuda de inmediato, y no tratar patologías que desconoce con maniobras que pueden hacer más daño.

Otro aspecto que conviene analizar es el de la actividad, tan común en nuestro medio, de los “ayudantes” del cirujano. En este caso un cirujano pediatra fue requerido para hacer la venodisección en el lactante, y él, en forma irresponsable, encomendó dicho procedimiento quirúrgico al “ayudante”, que no estaba autorizado en ese hospital para realizar cirugía, causando el grave problema que después de múltiples operaciones, sufrimientos y gastos, terminó con la pérdida de parte de los cinco dedos de la mano de este niño.

Por lo general, la mayoría de los “ayudantes” son médicos recién egresados de la escuela de medicina, que no han hecho su especialidad y que buscan empleo temporal con algún especialista para ganar algo de dinero o para profundizar sus conocimientos.

Muchos cirujanos, como en este caso, cuando son requeridos para hacer algo en horas o días inconvenientes, encomiendan el trabajo al “ayudante” que por lo general no tiene la preparación adecuada, y no es el sustituto del cirujano. Un procedimiento quirúrgico menor puede convertirse en un problema mayor por la falta de preparación de quien lo intenta efectuar.

Para mejorar la enseñanza de la cirugía, debemos insistir en que la actuación negativa de los “ayudantes” debe desaparecer o regularse de tal manera que no sustituya al cirujano responsable y que no tomen el lugar de los internos y residentes, a quienes debemos ayudar para que logren una mejor preparación.

Este caso fue llevado ante las autoridades competentes pero ocurrió lo de siempre: no hubo responsabilidades para el ayudante ni para el cirujano pediatra que ordenó la intervención quirúrgica, ya que ambos tenían el título de “Médico Cirujano” y por lo tanto, autorizados a realizar dichos procedimientos.

Caso No. 6

Iatrogenia en cirugía de vesícula

Mujer de 30 años con historia de intolerancia a las grasas y episodios de dolor abdominal en el lado derecho. Un estudio radiológico reveló múltiples cálculos en la vesícula biliar. Fue vista por un gastroenterólogo quien le realizó una colecistectomía. Durante la operación el médico notó abundante acumulación de bilis al terminar la disección, por lo que optó por dejar un tubo rígido de 1 cm de diámetro debajo del hígado por donde en el postoperatorio inmediato drenó grandes cantidades de bilis. Al tercer día de operada, los familiares de la enferma la trasladaron a otro hospital. Tenía una herida de 15 cm en el lado derecho del abdomen por donde escurría una abundante cantidad de bilis. Una radiografía mostró llenado de conductos hepáticos derecho e izquierdo y ausencia del conducto biliar principal. Con diagnóstico de lesión de las vías biliares se reoperó. Se encontró que el gastroenterólogo había resecado el conducto biliar en su totalidad. Se reconstruyeron las vías biliares por medio de una hepático yeunostomía con Roux

en “Y”. Toleró la operación bien y salió del hospital seis días después en buen estado.

Comentario al caso No. 6

La cirugía de vesícula es la intervención más común en cirugía general, y una de las enseñanzas clásicas es que debido a la gran importancia de las estructuras anatómicas, quien haga este tipo de cirugía no debe pinzar ni ligar nada hasta no identificar las tres estructuras importantes: conducto biliar principal, conducto cístico y arteria cística.

Esto es muy sencillo en casos de cirugía electiva como era el de esta paciente. En cambio, es relativamente difícil durante una cirugía de urgencia, ya que la inflamación concomitante dificulta reconocer las estructuras del área. La persona que operó a esta paciente ignoraba las técnicas de cirugía de vesícula, ya que no reconoció una estructura tan importante como el conducto biliar principal, por lo que ocasionó el daño. Afortunadamente, al ver la acumulación de bilis en el campo operatorio, el “cirujano” dejó un tubo que permitió la salida de bilis al exterior, lo que motivó a los familiares a buscar ayuda en otro lugar, a pesar de que el gastroenterólogo había dicho que todo estaba bien.

El caso fue denunciado ante las autoridades competentes pero se determinó que el médico que causó el daño no tenía culpa, ya que su cédula de “Médico Cirujano” lo autorizaba a ejercer esa profesión.

Caso No. 7

Sección y ligadura de la arteria subclavia y la vena axilar durante mastectomía

Mujer de 56 años que tenía una masa mamaria izquierda. Consultó a su ginecólogo, quien la hospitalizó y bajo anestesia general le tomó una biopsia mamaria que fue informada como maligna en el estudio transoperatorio por congelación. El ginecólogo decidió realizar una mastectomía radical.

Al llegar la paciente a la sala de recuperación la enfermera notó que la extremidad superior izquierda estaba fría, pálida y sin pulsos, mientras que la extremidad contralateral estaba caliente, de color normal y con los pulsos presentes. De inmediato pidió ayuda. El ginecólogo no estaba presente pero autorizó que se llamara a un cirujano vascular.

La paciente fue llevada de inmediato a la sala de operaciones, se le examinó bajo anestesia general, se encontró que la arteria subclavia y la vena axilar estaban seccionadas y ligadas en la parte alta de la axila. Se retiraron las ligaduras de ambas estructuras y se restableció primero la continuidad de la vena resecaando el segmento dañado y movilizándolo para realizar una anastomosis término-terminal. Después se efectuó lo mismo con la arteria, y se hizo una trombectomía. La circulación se restableció en forma adecuada. La paciente se recuperó y salió del hospital cuatro días después.

Comentario al caso No. 7

En 1972, cuando fue operada esta paciente, la mastectomía radical clásica extirpando los músculos: pectoral mayor, pectoral menor, y haciendo una disección axilar, era el tratamiento habitual en casos de cáncer de la glándula mamaria. Durante la operación, el paso más importante es la disección axilar, en la que se identifican los ganglios linfáticos del hueco axilar, teniendo siempre a la vista la vena axilar con el cuidado de preservarla desde el ápex de la axila hasta su entrada al brazo. Durante esta disección rara vez se ve la arteria, que está inmediatamente por arriba y atrás de la vena, y por supuesto, siempre se respetan estas estructuras vitales para la extremidad superior.

Viendo este grave daño ocasionado por el ginecólogo, uno debe preguntarse: ¿Qué sucedió y cómo un médico que opera este tipo de problemas puede cometer un error de esta magnitud? La respuesta es obvia: el ginecólogo no tenía los conocimientos ni la experiencia para efectuar este procedimiento y seguramente tampoco la madurez para informar lo anterior a la paciente y enviarla con alguien capacitado para efectuar la cirugía radical de la glándula mamaria.

En la mayoría de los hospitales con programas de residencia en ginecología y obstetricia en nuestro medio, no se incluye el adiestramiento en la cirugía de mama, pero lo cierto es que frecuentemente el ginecólogo programa y efectúa todo tipo de operaciones de la glándula mamaria, muchas veces sin consecuencias pero en otras, con resultados tan negativos como el de este caso, que afortunadamente se resolvió de manera satisfactoria gracias a la intervención acertada de la enfermera

de la sala de recuperación que descubrió la falta de circulación de la extremidad afectada y solicitó rápidamente ayuda.

Cuando se discutió el caso en la sesión de Morbimortalidad, el ginecólogo fue invitado pero no acudió, e incluso amenazó al cirujano vascular que corrigió el problema.

Caso No. 8

Iatrogenia en cirugía del apéndice cecal

Hombre de 26 años que ingresó a un hospital con síntomas típicos de apendicitis aguda, de 26 horas de evolución. Un gastroenterólogo lo operó veinte horas más tarde. Se encontró un apéndice perforado y peritonitis; le efectuó apendicetomía y cerró la pared abdominal. Cuatro días después el paciente fue enviado a su casa, con fiebre. Regresó a consulta 48 horas más tarde porque se le abrió la herida por donde salió pus. Fue revisado en Urgencias; se le hizo una curación como externo. Regresó al día siguiente porque se sentía muy mal y continuaba con fiebre. Fue examinado nuevamente por su médico en la Sala de Urgencias; le dieron antibióticos por vía oral y lo enviaron nuevamente a su casa. Regresó al día siguiente. No lo quisieron recibir en Urgencias y a petición de la familia; y debido a que el enfermo continuaba con fiebre de 40°C y mal estado general, solicitó consulta en otra institución.

Ingresó en muy mal estado, con temperatura de 39.8°C, pulso 150/min., respiraciones 28/min. Tenía el abdomen distendido, sin ruidos, y una herida infraumbilical derecha abierta, por la que escurría material purulento fétido. Se palpaba una masa en el abdomen inferior. Una radiografía de abdomen mostró un posible cuerpo extraño, lo que se confirmó con una tomografía computarizada que reveló un cuerpo extraño intraabdominal, así como varios abscesos pélvicos.

Se le administraron líquidos endovenosos, triple esquema de antibióticos, y cuando mejoró su estado general fue operado. Se encontró una compresa purulenta, fétida de 60 x 40cm, así como tres abscesos; que fueron drenados. La herida se dejó totalmente abierta. Se le hicieron curaciones tres veces al día. Evolucionó bien y salió del hospital una semana más tarde.

Comentario al caso No. 8

En este caso hubo varios errores graves:

Ingresó con historia de apendicitis de 26 horas de evolución y estuvo internado 20 horas antes de ser operado por su “Médico Gastroenterólogo”. Se encontró apendicitis aguda perforada con peritonitis y se cerró totalmente la herida, acción inadmisibles. Se dejó olvidada una compresa de gasa de 60 x 40cm dentro del abdomen durante la operación, error que no debe ocurrir ni a un principiante en cirugía. Fue enviado a su casa al cuarto día de operado, con fiebre, sin investigar la

causa de la misma. Acudió nuevamente a consulta y no se le recibió en urgencias. A pesar de que se palpaba una masa intraabdominal, al parecer ninguno de los médicos responsables le examinó el abdomen, ya que sólo las enfermeras y estudiantes le hacían las curaciones.

Lo indicado en este caso hubiera sido operar al paciente inmediatamente y no 26 horas después de su ingreso, antes de que hubiera ocurrido la perforación. Durante la operación, el cirujano debe asegurarse que la cuenta de gasas y compresas esté completa antes de cerrar la incisión abdominal. Si hay peritonitis generalizada, debe drenarse adecuadamente y dejar parte o toda la herida abierta. Un paciente con fiebre no debe ser enviado a su casa, y si regresa con un absceso de la herida, ésta debe abrirse totalmente. Como la fiebre persistía, debió haberse investigado la presencia de posibles focos sépticos intraabdominales. Si se hubiera hecho lo anterior, se hubieran evitado todos los lamentables sucesos que ocurrieron.

Cuando el paciente presentó una reclamación ante la institución donde lo operaron, fue amenazado de perder sus derechos. El gastroenterólogo que lo operó no recibió sanción alguna.

Caso No. 9

Iatrogenia y muerte por apendicitis aguda

Mujer de 18 años de edad con historia de dolor abdominal por cuatro días. Consultó a un médico, quien le recetó analgésicos y antibióticos. Tres días después, el dolor era más intenso, y se acompañaba de náusea, vómitos y fiebre. Regresó con el mismo médico, quien la internó en un hospital y la operó. Encontró una peritonitis generalizada por apendicitis perforada. Se realizó una apendicetomía y se dejó una canalización en el área apendicular.

El curso postoperatorio fue tormentoso, con fiebre elevada y malestar general. Cinco días después hubo que drenar un absceso de la herida. La gravedad de la paciente animó a sus familiares a trasladarla a otro hospital.

A su ingreso se encontró una paciente en muy mal estado, con fiebre alta, soporosa, hipotensa; con taquicardia y oliguria. Los hallazgos más importantes se localizaban en el abdomen, que estaba distendido, silencioso; había crepitación en el lado derecho, así como en el muslo y la pierna del mismo lado. Tenía una herida vertical derecha suturada con puntos separados de seda y una canalización en su parte baja. Había signos francos de infección en esa región, en pubis, genitales, muslo y pierna del mismo lado. Las radiografías de miembros inferiores mostraban aire subcutáneo. Se diagnosticó fasciitis necrotizante. Se le operó de urgencia después de tomar cultivos, dar líquidos e iniciar triple esquema de antibióticos.

Se realizó una fasciotomía amplia en la pared abdominal, en la región inguinal y en el miembro inferior derecho. Falleció seis horas después de la cirugía.

Comentario al caso No. 9

En este caso se cometieron varios graves errores. El primero fue tratar con analgésicos y antibióticos un caso de dolor abdominal sin tener diagnóstico. Esta es una conducta incorrecta, especialmente el uso de antibióticos que sólo modificó el cuadro clínico, ocultando sus manifestaciones y favoreciendo las complicaciones. El uso indiscriminado de antibióticos no es correcto. Estos deben utilizarse con indicaciones precisas, adecuadas y por un tiempo suficiente.

El segundo error fue haber cerrado la herida en un caso de apendicitis aguda perforada con peritonitis. Cerrar la herida contaminada sólo favorece la progresión y extensión del proceso séptico. Lo correcto hubiera sido efectuar la apendicetomía, hacer un lavado y drenaje amplio de la cavidad, dejando la herida abierta para repetir el lavado dos o tres veces al día.

Otro error fue exteriorizar el tubo de drenaje dejado en el abdomen por una herida en la región inguinal derecha. Esto propició que el proceso séptico se extendiera al miembro inferior derecho, con los resultados funestos subsecuentes.

Por último, el error quizá más grave fue no detectar oportunamente el problema de la fasciitis necrotisante de la pared abdominal de la región inguinal y del miembro

inferior, que pasaron inadvertidos hasta que la paciente estaba casi comatosa. Fueron los familiares quienes solicitaron otra opinión.

El cirujano que opera problemas sépticos debe saber que una de las complicaciones es la extensión de la infección a la pared, a los músculos y a la aponeurosis, que si no se identifican y tratan adecuadamente, terminan con la vida del paciente. El “Médico Cirujano” que perpetró esta iatrogenia no fue sancionado.

Caso No. 10

Iatrogenia en cirugía del tubo digestivo bajo

Hombre de 73 años con historia de sangrado rectal de tres meses de evolución, acompañado de sensación de masa en el recto, malestar general y pérdida de peso de 8kg en seis meses. Pensó que tenía hemorroides y se trató con supositorios y pomadas. Al persistir sus molestias, fue enviado con un proctólogo quien le propuso una operación para sus hemorroides. No efectuó examen físico ni estudios preoperatorios. Le realizó una hemorroidectomía y lo egresó tres días después. En vista de que continuó el sangrado rectal, el enfermo pidió otra opinión.

A su ingreso a otro hospital se encontró un anciano en mal estado general, con edad aparente mayor a la real. Se palpaba una masa de 10 cm en el lado derecho del abdomen, fija a la pared, dura, no dolorosa. Al examen rectal se encontró una tumoración ulcerada a 8 cm del ano. Con endoscopia se vio que la tumoración

involucraba toda la pared posterior y el lado izquierdo del recto. El estudio radiológico del colon también mostró una lesión ulcerada y estenosante en el lado derecho del colon transverso. Una tomografía computarizada de abdomen reveló posibles metástasis hepáticas.

Después de preparar el colon y corregir su anemia fue operado. Se encontró una tumoración de 15 cm de diámetro en el lado derecho del colon transverso, un nódulo tumoral de 3 x 2 cm en el lóbulo izquierdo del hígado y varios de menor tamaño en el derecho. En la parte baja de la pelvis se palpaba el tumor rectal. En vista de los hallazgos, se efectuó sólo una colostomía derivativa y se electrofulguró la lesión ulcerada del recto por vía transanal, para evitar el sangrado. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, el paciente salió del hospital seis días después y falleció un mes más tarde.

Comentario al caso No. 10

En el tratamiento inicial de este paciente septuagenario se cometieron varios errores importantes que conviene analizar. El diagnóstico de hemorroides, hecho por el propio paciente porque tenía sangrado y sensación de masa en el recto, no fue cuestionado por el médico inicial que lo refirió con el proctólogo para hemorroidectomía. Ninguno de los dos interrogó al paciente a fondo; no dieron importancia a su pérdida de peso, su malestar general y el cambio en el tipo y

características de la evacuación, datos de gran valor diagnóstico cuando se investiga un sangrado rectal.

Igualmente grave fue la omisión del examen físico por los dos médicos tratantes. Una masa de 15 cm en el cuadrante superior derecho del abdomen y un tumor ulcerado a sólo 8 cm del ano no hubieran pasado inadvertidos a un médico cuidadoso. Es criticable lo anterior, pero aún más lo que siguió, ya que sin ningún estudio postoperatorio se internó al paciente que fue sometido a una anestesia y hemorroidectomía en forma irresponsable.

Es totalmente injustificada y censurable desde todos los puntos de vista la actitud del gastroenterólogo que aceptó el diagnóstico del paciente, lo refirió con el proctólogo quien lo operó sin el beneficio de un mínimo examen físico y estudios preoperatorios. Someter a un hombre de esta edad a anestesia y cirugía en esas condiciones es buscar problemas. Afortunadamente el paciente se recuperó bien de la cirugía y salió del hospital en 48 horas; pero siguió sangrando por el recto y pidió otra opinión.

El anestesiólogo que intervino aquí también participó activamente en la iatrogenia, ya que administró anestesia a un septuagenario con un riesgo alto sin tener siquiera una biometría, coagulograma, química sanguínea, placa de tórax y electrocardiograma. El paciente tuvo suerte, y no pasó nada; pero es imperdonable tal actitud. Un anestesiólogo responsable se hubiera negado a anestesiar a un paciente en esas condiciones y hubiera exigido los estudios indicados. Esta actuación tan negativa desgraciadamente es frecuente en nuestro medio, ya que el

anestesiólogo no se atreve a cuestionar la conducta del cirujano por temor a perder el cliente que le confía pacientes. La relación cirujano-anestesiólogo lamentablemente fue más importante que la vida del enfermo.

Una de las enseñanzas básicas en cirugía es que todo paciente con sangrado rectal requiere un estudio completo. La historia clínica es muy importante y el examen físico aún más, ya que entre 50 y 75% de los tumores de colon y recto están al alcance del dedo o del ojo con un endoscopio.

La búsqueda de lesiones metastásicas por medio de la tomografía computarizada es también de gran utilidad, ya que se determina la extensión del proceso y se puede planear mejor el tipo de operación, como en este caso, que sólo requirió cirugía paliativa con colostomía para tratar su problema obstructivo y la electrofulguración de la lesión rectal ulcerada que controló el sangrado.

La enseñanza es muy clara: por errores imperdonables de sus dos médicos, un septuagenario fue sometido a cirugía para hemorroides cuando tenía cáncer del recto, del colon y múltiples metástasis intraabdominales.

El gastroenterólogo y el proctólogo estaban actuando de acuerdo a su título y cédula de “Médico Cirujano”.

Estos diez casos son ejemplos cotidianos que se ven a lo largo y ancho del país cuando médicos amparados en un título y una cédula incorrectos incursionan en el área de la cirugía, y al no estar calificados para ello, provocan las graves complicaciones relatadas en estos ejemplos, lo que origina costos, sufrimiento e incalculables incapacidades y desgraciadamente, amputaciones y muerte.

CAPÍTULO X. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

CAPÍTULO X.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

PRIMERO.- A lo largo de la investigación se presenta evidencia contundente sobre la existencia de un grave problema en nuestro país respecto a la acreditación formal de la educación médica. Lo anterior se encuentra sustentado en la existencia de más de 120 escuelas de medicina, públicas y privadas, que gradúan cada año alrededor de 12 mil nuevos médicos, expidiéndoseles, a la gran mayoría de ellos, el título de “Médico Cirujano” o alguna variante que incluye el término “Cirujano”.

Con ese título expedido, la Dirección General de Profesiones, sea Federal o Estatal, les expide una cédula con efectos de patente que los autoriza a ejercer en todo el país la profesión indicada, es decir, la de “Médico Cirujano”. Cabe destacar que la referida cédula que se les extiende es permanente, sin caducidad y no genera la obligación de mantenerse actualizado.

SEGUNDO.- Una vez en poder del título profesional y de su respectiva cédula, el “Médico Cirujano” se incorpora al mercado de trabajo en cualquiera de las entidades federativas del país, sin que haya autoridad que verifique o certifique su preparación ni su ejercicio profesional, ni tenga que acreditar la validez del documento en cuestión ni los requisitos propios de cada Estado.

Lo anterior ocasiona un grave peligro a la sociedad, vulnerando el derecho fundamental a la salud de todo gobernado, pues como es bien sabido, dicho derecho no solo incluye el acceso a los servicios de salud, si no también, a servicios de calidad, y consecuentemente al ofertar servicios médicos, en este caso concernientes a la cirugía, sin que el médico cuente con la preparación y pericia adecuada para el ejercicio de procedimientos quirúrgicos de calidad, se pone en riesgo la salud del elemento humano del Estado.

TERCERO.- En el ámbito de la educación que obtienen los graduados en las más de 120 escuelas y facultades de medicina del país, el panorama es muy desalentador, ya que cerca de la mitad de dichas instituciones carece de la acreditación correspondiente y por lo tanto, los miles de graduados de este tipo de instituciones tienen graves deficiencias en su preparación, al egresar de dichos establecimientos sin los conocimientos elementales para el correcto ejercicio de la profesión que ostentan.

El planteamiento antes citado nos impele a afirmar la imperante necesidad, a cargo de las autoridades educativas, de regular y aplicar la legislación correspondiente ante la enorme proliferación de instituciones privadas de educación superior que amparadas por un “Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios” (RVOE), otorgado por la Secretaría de Educación Pública o por otra institución facultada por ley, las habilitan para expedir títulos profesionales, sin contar con elementos académicos mínimos para preparar correctamente a los futuros médicos, que

tendrán en sus manos la vida y salud de las personas, ocasionando así una grave problemática en materia de salud pública.

CUARTO.- En consideración a las circunstancias ya descritas, la Dirección General de Educación Superior Universitaria de la Secretaría de Educación Pública, deberá ejercitar las facultades que las leyes le confieren para otorgar el RVOE exclusivamente a las actuales y futuras instituciones de educación superior que cumplan con los requisitos que señala la Ley General de Educación en su artículo 55, el cual establece que: a) la institución educativa deberá contar con planes y programas de estudios pertinentes, b) con instalaciones que satisfagan las condiciones pedagógicas y c) con una planta docente con la preparación adecuada.

De lo contrario la autoridad correspondiente estaría fallando gravemente en el ejercicio de las obligaciones que le impone la ley, poniendo en riesgo la calidad de los servicios de salud e invariablemente la integridad de las personas.

Sí logramos que las autoridades cumplan con su función en concierto con todos los actores relacionados en materia de salud, estaremos avanzando en la correcta vigilancia de las instituciones públicas y privadas de educación superior, formadoras de los médicos que tendrán en sus manos la vida y la salud de las personas.

QUINTO.- En el caso de las instituciones de educación superior que actualmente no cumplen a satisfacción con los requisitos que establece el artículo 55 de la Ley

General de Educación, la Dirección General de Educación Superior Universitaria de la Secretaría de Educación Pública, deberá programar inspecciones de acuerdo a la ley, a efecto de garantizar la calidad en todos los aspectos de las citadas instituciones, y de llegar a existir insuficiencias se le deberá apercibir de corregirlas o en su caso se deberá proceder a la inmediata revocación del RVOE.

SEXTO.- Al inscribirse en la carrera de medicina, completar el programa de seis años (cuatro de enseñanza teórica, uno de servicio social y uno de internado), quienes se gradúan, sólo tienen nociones mínimas de cirugía general. En otras palabras, el egresado de las más de 120 escuelas y facultades de medicina del país no está calificado para ejercer la cirugía, de la que sólo ha sido expuesto a experiencias muy limitadas durante sus estudios de licenciatura.

SÉPTIMO.- Resulta indeclinable la labor de revisión de los planes y programas de estudios de las instituciones de educación superior públicas y privadas que emiten el título de "Médico Cirujano", con el objetivo de modificar la nomenclatura de la carrera y eliminar del título la palabra "cirujano", pues como ha quedado ampliamente documentado, la cirugía es una especialidad que requiere de una formación más amplia y profunda.

Las consecuencias de no hacerlo son múltiples, empezando por una flagrante omisión en el actuar de las autoridades al no ejecutar la correcta vigilancia del ejercicio profesional y desde luego, al poner eventualmente en peligro a la

población, al habilitar legalmente a médicos para el ejercicio de procedimientos quirúrgicos, sin contar con los conocimientos adecuados para realizarlos.

OCTAVO.- Para la formación en la especialidad de Cirujano General, es necesario ingresar a un programa universitario debidamente aprobado que es complejo, ya que existen en el país solo 133 sedes autorizadas para tal efecto. Cada año, más de 3,500 jóvenes médicos compiten para acceder a una de las 620 plazas de primer año para llevar a cabo un curso de cuatro años de duración con el objetivo de obtener la especialidad como Cirujano General.

NOVENO.- Una vez obtenido el grado de Cirujano General y la Cédula correspondiente, los nuevos cirujanos deben presentar un examen que les permita certificarse ante el Consejo Mexicano de Cirugía General (CMCG). Sólo el 65% de los egresados logra aprobarlo, lo que significa que 35% de los graduados estarían, cuando menos formalmente sin la posibilidad de ejercer la multicitada especialidad.

Debido a los cambios en la Ley General de Salud del 1º de septiembre del 2011, los médicos que no cuenten con un grado de especialidad legalmente expedido y con el Certificado vigente del Consejo respectivo no podrán ejercer la profesión que es objeto en dicha ley, incluyendo desde luego a la Cirugía.

DÉCIMO.- Es prioritario que se homologue la facultad legal de expedir la certificación a los cirujanos que demuestren estar en aptitud de seguir ejerciendo su profesión. La idoneidad de quien otorgue tal reconocimiento debe recaer en un solo organismo sólidamente establecido, como lo es el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM), entidad autónoma formada por miembros de la Academia Nacional de Medicina, la Academia Mexicana de Cirugía y representantes de los 47 Consejos de Especialidades Médicas.

UNDÉCIMO.- Del panorama antes planteado, hemos localizado una amplia serie de deficiencias, entre las que se pueden enumerar: 1) la autorización de la apertura de escuelas y facultades de medicina en el país, pasando por los graves problemas detectados debido a la falta de acreditación y supervisión de las mismas, 2) El gran número de graduados que egresan cada año de dichos centros de educación superior con un título y una cédula incorrectas, y 3) El elevado número de médicos que se gradúan después de efectuar una residencia de Cirugía General y que no obtienen la certificación que los autoriza a ejercer dicha profesión.

DUODÉCIMO.- En virtud de lo anterior se requiere establecer soluciones de carácter jurídico y académico como las que hemos planteado, con el objetivo de tratar de subsanar dichas irregularidades, que son causa frecuente de problemas ocasionados por médicos con preparación deficiente en todos los niveles, y que realizan intervenciones quirúrgicas sin el entrenamiento adecuado.

DÉCIMOTERCERO.- El objetivo central de este proyecto de investigación, pretende lograr que todas las escuelas y facultades de medicina del país expidan el título correcto de “Licenciado en Medicina”, “Médico General” o simplemente “Médico”, eliminando cualquier referencia a la categoría de "Cirugía", para lo cual se propone involucrar a las autoridades de Educación con el propósito de establecer mecanismos tendientes a corregir las deficiencias en la enseñanza impartida en las escuelas y facultades de medicina y de mejorar la preparación de los egresados de programas de posgrado de especialización y evidentemente verificar que se gradúen con los títulos y cédulas que correspondan realmente a los estudios cursados.

DÉCIMOCUARTO.- De acuerdo a la Ley reglamentaria del Artículo 50 Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones, la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública es la encargada y facultada para la vigilancia del ejercicio profesional (artículo 21), siendo por virtud del mandato referido la autoridad responsable y obligada para salvaguardar el interés legítimo de la sociedad de contar con profesionales calificados en las diferentes ramas del saber y en concreto, de acuerdo a nuestro tema, de médicos calificados para su desempeño profesional.

La Dirección General de Profesiones, a través de su Dirección de Colegios Profesionales, es la expresamente facultada para instalar y convocar a las

comisiones técnicas, conformadas en este caso por profesionales del área de la salud. Dicho órgano se enfoca a estudiar y dictaminar sobre los asuntos de la salud y de la profesión médica, por lo tanto es obligación de estas comisiones, estudiar y resolver el motivo de la actual irregularidad de la emisión de un título incorrecto, del cual hemos referido y de la proliferación de escuelas sin los estándares mínimos que prevé la ley.

DÉCIMOQUINTO.- Por lo tanto se recomienda que la Dirección General de Profesiones convoque al comité técnico respectivo para estudiar y resolver este problema que pone en riesgo muchas vidas. Una vez resuelta la situación relatada, con la participación de todos los sectores respectivos, la Dirección General de Profesiones Federal o Estatal que actualmente expiden la cédula de “Médico Cirujano” o alguna variante con la palabra “Cirujano” a casi todos los graduados de nivel licenciatura, se encontraría en posibilidad de dejar de hacerlo ya que las instituciones educativas facultadas para expedir los títulos respectivos lo emitieran ya con la denominación correcta.

DÉCIMOSEXTO.- Es necesario que entidades de reconocido prestigio como la Universidad Nacional Autónoma de México, la Academia Nacional de Medicina y la Academia Mexicana de Cirugía; asuman el liderazgo al poner el ejemplo y se pronuncien por declarar la imperiosa necesidad de cambiar la indebida

denominación actual del título de “Médico Cirujano”, por la correcta de “Licenciado en Medicina”, “Médico General” o simplemente “Médico”.

DÉCIMOSEPTIMO.- El ejercicio de las profesiones en México, se encuentra regulado por la Ley Reglamentaria del artículo 5 constitucional, relativa al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal, cuyo ámbito de aplicación es de carácter federal.

Esta ley fue expedida en 1945 y claramente se encuentra rebasada para normar la actualidad y complejidad del ejercicio profesional en una sociedad diametralmente diferente y que se enfrenta a las necesidades y exigencias de un mundo globalizado.

Los fenómenos que se presentan a diario dentro del campo del ejercicio profesional han desbordado el marco jurídico que pretende regular esta ley, por lo que es urgente proponer cambios que se adecúen al momento actual y eliminen prácticas obsoletas que datan desde 1842, cuando se expidieron los primeros diplomas de “Médico Cirujano”.

Si se pretende regular correctamente el ejercicio profesional se debe en primera instancia ejecutar efectivamente las facultades que las autoridades educativas ya poseen, con el objetivo elemental de revertir cuanto antes el enorme descuido que ha existido con motivo del ejercicio profesional indebido de médicos que amparados por el título de “Médico Cirujano” incursionan en la cirugía.

A la par se debe modificar y actualizar el marco jurídico aplicable, sobre todo en lo concerniente a la Ley Reglamentaria del artículo 5 constitucional relativo al ejercicio de las profesiones, pues ha quedado patente su abierta imposibilidad para resolver los retos y problemas actuales.

NOTA: Del transcurso natural de la investigación, se desprenden una serie de propuestas y sugerencias con el objetivo de lograr lo que se sustenta en la presente tesis y para ello las subsecuentes conclusiones se enumerarán siguiendo el orden de los capítulos.

DÉCIMOCTAVO.- En el capítulo 2 se aborda la formación del médico moderno, sustentando la afirmación con carácter de imperativo consistente en la adopción de cambios radicales en la educación médica actual.

Resulta fundamental acabar con la preocupante proliferación de escuelas de medicina en México y después de un estudio, siguiendo el modelo de hace más de cien años en los Estados Unidos de América, nombrar a una comisión, integrada por autoridades, instituciones educativas y de salud, que investigue el funcionamiento de las más de 120 escuelas de medicina y que en razón de sus resultados se ordene la clausura inmediata de las que no deban funcionar y que gradúan a miles de médicos con una preparación deficiente.

Es alarmante el número de escuelas-negocio que con el interés primordial de la ganancia económica ofrecen programas de estudios de muy poca calidad y consecuentemente generan egresados que poseen una escasa preparación académica.

Lo antes mencionado se puede subsanar, como se ha propuesto, al aplicar las hipótesis normativas contenidas en la Ley General de Educación, sobre todo en lo concerniente a la emisión del RVOE, el cual debe ser otorgado exclusivamente cuando se cumpla a cabalidad con las condiciones de infraestructura, planta académica, y planes y programas de estudios adecuados para la óptima formación de los recursos humanos en materia de salud.

Para mejorar la enseñanza de la medicina se deberán seguir estándares internacionales. De preferencia cada escuela de medicina tendrá que continuar ligada a un campo clínico; es decir, a un hospital universitario. Se ha demostrado plenamente que ésta es la combinación ideal: un hospital escuela, con grandes beneficios tanto para los pacientes como para los estudiantes de medicina.

Para lograr la mejor enseñanza se debe insistir en tener mentores de calidad, de preferencia profesores universitarios de tiempo completo con probada experiencia en las más modernas técnicas de educación, enseñanza y aprendizaje.

Sería deseable que se revisaran los planes de estudio y se estandarizaran los mismos para lograr un mejor resultado. De lograrse lo anterior, con especial énfasis en la calidad, y no en la cantidad, se estarían graduando médicos que al terminar su licenciatura saldrían con la preparación suficiente en los aspectos medulares de

la práctica médica moderna, expidiéndoseles el título correcto de “Licenciado en Medicina”, “Médico General” o simplemente “Médico”.

DÉCIMONOVENO.- En el capítulo 3 de la presente investigación, que versa sobre la formación del especialista en Cirugía General, se enfatiza la necesidad de insistir en que se deben mejorar los programas de selección y se considere solo a los que hayan acreditado los exámenes requeridos, comprometiéndose a cumplir un estricto programa académico de 4 años de duración, y que al terminar se les exija como meta obligatoria el obtener la certificación del Consejo Mexicano de Cirugía General y la Re-Certificación cada 5 años.

En esta era de tantos y tan revolucionarios avances en todo el campo del saber profesional, es necesario verificar que las sedes universitarias con programas de formación de cirujanos cuenten con las herramientas requeridas para preparar a verdaderos profesionales. Esto se traduce materialmente hablando en laboratorios de cirugía experimental, instalaciones para prácticas en modelos anatómicos y rotaciones a programas que tengan servicios no disponibles en sus propios hospitales.

Los programas ideales de formación de cirujanos deben ser piramidales, no horizontales ya que en estos últimos se premia la ineficiencia y no se estimula la competencia y la superación, caso contrario a los programas de carácter piramidal en los que solo acceden a los años superiores los alumnos que logran las mejores calificaciones.

VIGÉSIMO.- En el capítulo 4 se expone la práctica de la cirugía en México, documentando una anarquía absoluta al respecto, ya que de las 5 millones de intervenciones quirúrgicas que se practican cada año en el país, se tiene poco control sobre quién y cómo las está efectuando. El Estado debe de asumir su responsabilidad y en este aspecto, hacer que se cumplan las disposiciones legales aprobadas en materia de salubridad.

A la par debemos considerar que la obligación que primordialmente corresponde al Estado, debe compartirse entre todos los actores relacionados, para cumplir a cabalidad el derecho a la protección de la salud de todos los gobernados, siendo indispensable la participación de las instituciones médicas y de los propios profesionales de la salud, para crear un control efectivo de las intervenciones quirúrgicas, con el objeto elemental de brindarle una mayor protección al paciente.

VIGÉSIMOPRIMERO.- El capítulo 5 versa sobre los Consejos de las Especialidades Médicas. Este es quizá el órgano integrado por pares más importante respecto a la práctica de la cirugía, ya que después de muchos esfuerzos se logró, el 01 de septiembre de 2011 la modificación al artículo 81 de la Ley General de Salud que establece la necesidad de que los especialistas cuenten con la certificación que los autoriza a ejercer su profesión, dictamine y emita el referido Consejo de Especialidad. De lograrse el cumplimiento a cabalidad de este artículo, traería grandes beneficios a la población mexicana que requiera servicios quirúrgicos al

garantizar que quien los realiza, estaría adecuadamente calificado para ello, evitando así muchas tragedias.

VIGÉSIMOSEGUNDO.- En el capítulo 6 se aborda la estructura de la CONAMED. Se advierte que dicho organismo no solo debe brindar atención a los pacientes que presentan quejas por una mala práctica médica, sino también es fundamental indagar sus causas; es decir, ir a la raíz del problema, que debe llevar hasta la investigación de la calidad académica de las instituciones que están formando a los médicos causantes de dichas malas prácticas. Se necesita, entonces, un estudio profundo de las actuales escuelas de medicina y proponer el cierre inmediato de las que son notoriamente fraudulentas.

VIGÉSIMOTERCERO.- En el capítulo 7 se aborda el derecho a la protección de la salud, como derecho inalienable de todas las personas, cuyo obligado esencial es el Estado, el cual debe garantizar, a través de su estructura gubernamental el eficaz acceso a los servicios de salud, pero también y esto es fundamental, garantizar que esos servicios de salud sean altamente calificados.

Como lo hemos referido en el capítulo respectivo, el derecho a la protección de la salud, desde el punto de vista teórico, corresponde a la categoría de los derechos sociales que históricamente fueron e iniciaron su desarrollo desde nuestra Constitución de 1917.

Uno de los problemas jurídicos a los que se enfrentaba su aplicación consistía en su difícil exigibilidad, esto es, la forma en que serían demandados de cumplimiento a las autoridades responsables del derecho que emanaba de la norma constitucional. Por ello algunos tratadistas de mediados del siglo pasado argumentaban que el derecho expuesto no tenía coercibilidad, con lo cual se convertía en meras aspiraciones o declaraciones constitucionales sin aplicabilidad alguna.

Sin embargo, las nuevas tendencias constitucionales que fructificaron en el desarrollo jurisprudencial y la inclusión de la normatividad de carácter internacional, sobre todo después de la reforma de derechos humanos de junio de 2011, cambió el paradigma antes descrito. En efecto, los derechos humanos y en concreto el derecho a la salud, deben ser garantizados efectivamente por el Estado, por virtud del mandato imperativo del artículo primero constitucional, en el cual se obliga a todas las autoridades, en el ámbito de su competencia, a garantizar el derecho a la protección de la salud, siendo exigibles, de llegarse a violentar, a través del juicio de amparo. Como señalamos en el capítulo VII, la jurisprudencia mexicana ha reconocido que las autoridades administrativas deben cumplir con la obligación correlativa que emana del derecho a la protección de la salud, siendo responsables en primera parte, de desarrollar un sistema de salubridad al cual puedan acceder todos los gobernados y consecuentemente que cumpla con las características de profesionalización y eficacia.

Es por ello que, para que el Estado cumpla con la obligación de proteger eficazmente el derecho a la salud, no basta con presentar una gama de servicios

médicos a la población, debe además, asegurarse que dichos servicios sean verdaderamente profesionales y cuenten con la calidad pertinente. Esta obligación del Estado, está fundamentada en la jurisprudencia mexicana e internacional, tal como lo mencionamos en el capítulo respectivo.

Las consideraciones anteriores, impelen a las autoridades a revisar que los títulos de carácter médico que expiden las instituciones educativas y los entes facultados por ley, estén acordes a los conocimientos que avalan. Por ello es fundamental que las autoridades, a través de sus facultades, exijan que únicamente se expida el título correcto de “Licenciado en Medicina”, “Médico General” o simplemente “Médico” a los egresados de sus programas de licenciatura, dejando a la cirugía como una especialidad que deberá forzosamente cursarse, aprobarse y certificarse para que se pueda ejercer profesionalmente.

De no hacerlo, las autoridades serían omisas en la aplicación de la ley, en primera instancia por violación al derecho a la protección de la salud, seguido de omisiones en la aplicación legal de la vigilancia del ejercicio profesional y consecuentemente en la regulación de las instituciones educativas que emiten los títulos respectivos.

La Ley General de Salud establece claramente las condiciones sobre a quién y cómo se le debe ofrecer todo tipo de ayuda médica. Si el Estado no cumple a esta función, estará faltando a la obligación correlativa de atender este derecho básico de toda persona.

VIGÉSIMOCUARTO.- El capítulo VIII, referente a la educación, nos lleva al meollo del actual problema: la deficiente preparación de los estudiantes de las más de 120 escuelas de medicina en México. Se debe insistir en lo básico, calidad sobre cantidad. Menor número de escuelas con mejores médicos.

En este capítulo explicamos acerca de cómo se entiende el derecho a la educación expresado en el artículo 3 de nuestra constitución, el cual comprende el derecho público subjetivo del gobernado a tener acceso desde la educación inicial hasta la formación superior, siendo obligación del Estado la disposición de servicios educativos a todas las personas que integran el elemento humano del Estado. Lo importante, para el objetivo de la presente investigación, fue determinar que la responsabilidad de las autoridades obligadas por el mandato constitucional, no se agota en prestar servicios educativos, sino debe además, garantizar a través de las autoridades administrativas, que la educación que se imparta sea de calidad y corresponda a los avances científicos de la actualidad.

Como señala el propio artículo tercero constitucional, los particulares están facultados para impartir educación en todas sus modalidades, siendo obligación de la autoridad vigilar que cumplan con el total de los requisitos que establece la normatividad en materia educativa. Como se ha advertido en esta investigación, existe una proliferación de escuelas y facultades de medicina que no cumplen con los requisitos mínimos que señala la Ley General de Educación, otorgándose RVOE'S, sin verificar presencialmente los planes y programas de estudio, la planta docente y las instalaciones de las instituciones educativas. Lo anterior desencadena omisiones por parte de la autoridad federal o local, al no aplicar la ley,

siendo preocupante el riesgo a la salud de las personas que serán atendidos por médicos egresados de dichas instituciones sin la preparación adecuada.

Los datos internacionales colocan a México en el sexto lugar entre los 193 países registrados en la Organización de las Naciones Unidas (ONU) con el mayor número de escuelas de medicina.

Lo recomendable, de acuerdo a la OCDE sería tener una escuela por cada 2 millones de habitantes. Así para una población actual de 120 millones, idealmente solo serían necesarias entre 55 a 60 escuelas de medicina, no más, que tuvieran altos estándares de calidad, en lugar de las más de 120 que hoy existen.

Debemos insistir de nuevo en que las autoridades educativas ejerzan las facultades que les confiere la Ley General de Educación, para investigar a las escuelas que ofertan estudios de medicina y que no cuentan con los requisitos de infraestructura y de fundamentos académicos, para que lo corrijan de inmediato o se les revoque el RVOE.

Por lo que respecta al ejercicio de las profesiones, este debe entenderse no sólo como el legítimo derecho del graduado a ejercer la carrera que ha estudiado, sino como un servicio al pueblo, en la cual se debe anteponer en todo momento el interés de la sociedad.

El artículo 5 de nuestra constitución establece la garantía de todo gobernado a dedicarse a la profesión que decida. Los estados determinarán cuáles son las profesiones que requieren título para su ejercicio.

En efecto, la primera restricción que se impone al gobernado para el ejercicio de una profesión, es contar con el título respectivo, si la ley así lo determina. En el ámbito Federal, la ley que estipula la vigilancia del ejercicio profesional, es la Ley Reglamentaria del artículo 5 constitucional, relativa al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal y en el ámbito de sus competencias, las leyes locales.

Corresponde a las Secretaría de Educación Pública, a través de su Dirección General de Profesiones, implementar lo que se señala en su artículo 22 y establecer las comisiones técnicas encargadas de analizar la nomenclatura de los títulos para proponer las denominaciones correctas, en los casos que señalamos en el transcurso de la presente investigación.

Lo anterior permitiría delimitar específicamente la dimensión que debe guardar el título de licenciado en medicina y expedir la cédula profesional correspondiente, de tal forma que se pueda proteger el interés de la sociedad y la salud de los gobernados.

De no existir consenso para cambiar la nomenclatura de la carrera de medicina por parte de las instituciones educativas, la Dirección General de Profesiones, de acuerdo al artículo 6 de la Ley Reglamentaria del artículo 5 constitucional, deberá anteponer el interés de la sociedad y en determinado caso, dejar de registrar los títulos incorrectos, que ponen en riesgo la integridad física de las personas, al permitir que individuos sin la pericia técnica ejerzan una profesión para la cual se requiere cursar una especialidad.

Precisamente el interés de la sociedad de acceder a servicios de salud de calidad, obliga a la autoridad a revisar a fondo el problema del ejercicio de la medicina y de la práctica de la cirugía, por parte de médicos que no cuentan con la especialidad en materia quirúrgica. A la par corregir la expedición de los títulos incorrectos, a los que nos hemos referido.

Por otro lado dejar constancia de forma clara, que las intervenciones quirúrgicas deben realizarse por médicos que cuenten con la especialidad de Cirugía y con la respectiva certificación y re certificación correspondiente, tal como ya lo establece la Ley General de Salud.

VIGÉSIMOQUINTO.- En el capítulo 9 se presenta una lista de diez tragedias de pacientes afectados por una malograda intervención quirúrgica, efectuada por "Médicos Cirujanos" sin los estudios adecuados. De llegar a implementarse las propuestas que hemos referido, dejaría de presentarse el problema concerniente a médicos operando con títulos y cédulas incorrectas.

Es por ello que insistimos en la imperante necesidad de eliminar la nomenclatura actual, sustituyéndola por la de "Licenciado en Medicina", "Médico General" o simplemente "Médico", eliminando cualquier referencia al término "cirugía", campo exclusivo de la especialidad que debe cursarse en estudios independientes y de mayor profundidad tanto académica como práctica, características de los estudios superiores de cualquier otra rama del saber médico.

A la par se debe informar a la sociedad a través de campañas y de sistemas de educación en masa, de la importancia de conocer la diferencia entre un Médico

General recién egresado y un Cirujano General Certificado. Lo anterior se traduce en una tarea en conjunto, donde autoridades, instituciones educativas, instituciones médicas y profesionales de la salud, deberán coadyuvar para la protección de uno de los bienes jurídicos más preciados para la persona humana: su vida y su salud.

ANEXO 1. LISTA DE ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA EN
MÉXICO

LISTA DE ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA EN MÉXICO

Información proporcionada por la Facultad de Medicina; División de Estudios de Posgrado, Subdivisión de Educación Continua. Facultades y Escuelas de Medicina. Mayo, 2011.

#	ENTIDAD FEDERATIVA	MUNICIPIO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	TÍTULO
1	Aguascalientes	Aguascalientes	Universidad Autónoma de Aguascalientes	Médico Cirujano
2	Aguascalientes	Aguascalientes	Universidad Cuauhtémoc	Médico Cirujano Integral
3	Baja California	Ensenada	Centro de Estudios Universitarios Xochicalco	Médico Cirujano
4	Baja California	Tijuana	Centro de Estudios Universitarios Xochicalco	Médico Cirujano
5	Baja California	Ensenada	Universidad Autónoma de Baja California	Médico
6	Baja California	Mexicali	Universidad Autónoma de Baja California	Médico
7	Baja California	Tecate, Valle de la Palma	Universidad Autónoma de Baja California	Médico
8	Baja California	Tijuana	Universidad Autónoma de Baja California	Médico
9	Campeche	Campeche	Universidad Autónoma de Campeche	Médico Cirujano
10	Chiapas	Tapachula	Instituto de Estudios Superiores de Chiapas	Médico Cirujano
11	Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	Instituto de Estudios Superiores de Chiapas	Médico Cirujano
12	Chiapas	Tapachula	Universidad Autónoma de Chiapas.	Médico Cirujano

13	Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	Universidad Autónoma de Chiapas.	Médico Cirujano
14	Chihuahua	Chihuahua	Universidad Autónoma de Chihuahua	Médico Cirujano Partero
15	Chihuahua	Cd. Juárez	Universidad Autónoma de Ciudad Juárez	Médico Cirujano
16	Coahuila	Saltillo	Universidad Autónoma de Coahuila	Médico Cirujano
17	Coahuila	Torreón	Universidad Autónoma de Coahuila	Médico General
18	Colima	Colima	Universidad de Colima	Médico Cirujano Partero
19	Distrito Federal	Gustavo A. Madero	Centro Cultural Universitario Justo Sierra	Médico Cirujano
20	Distrito Federal	Cuauhtémoc	Escuela Libre de Homeopatía de México	Médico Homeópata Cirujano y partero
21	Distrito Federal	Coyoacán	Escuela Médico Naval	Médico Naval
22	Distrito Federal	Milpa Alta	Instituto Politécnico Nacional - Ciencias de la Salud CICS	Médico Cirujano y Partero
23	Distrito Federal	Gustavo A. Madero	Instituto Politécnico Nacional - Escuela Nacional de Medicina Homeopática	Médico Cirujano Partero y Homeópata
24	Distrito Federal	Miguel Hidalgo	Instituto Politécnico Nacional - Escuela Superior de Medicina	Médico Cirujano y Partero
25	Distrito Federal	Coyoacán	Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey	Médico Cirujano

26	Distrito Federal	Coyoacán	Universidad Autónoma Metropolitana	Lic. en Medicina
27	Distrito Federal	Miguel Hidalgo	Universidad del Ejército y Fuerza Aérea	Médico Cirujano Militar
28	Distrito Federal	Tlalpan	Universidad La Salle	Médico Cirujano
29	Distrito Federal	Coyoacán	Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Medicina-Ciudad Universitaria	Médico Cirujano
30	Distrito Federal	Iztapalapa	Universidad Nacional Autónoma de México FES-Zaragoza	Médico Cirujano
31	Distrito Federal	Benito Juárez	Universidad Panamericana	Médico Cirujano
32	Distrito Federal	Cuajimalpa	Universidad Westhill	Médico Cirujano
33	Durango	Durango	Universidad Autónoma de Durango	Lic. en Medicina
34	Durango	Durango	Universidad del Norte de México	Lic. en Medicina
35	Durango	Durango	Universidad Juárez del Estado de Durango	Lic. en Medicina
36	Durango	Gómez Palacio	Universidad Juárez del Estado de Durango	Lic. en Medicina
38	Guanajuato	Celaya	Universidad de Celaya	Lic. en Medicina
39	Guanajuato	León	Universidad De Guanajuato	Médico Cirujano
40	Guanajuato	Celaya	Universidad Latina de México	Médico Cirujano
41	Guanajuato	Irapuato	Universidad Quetzalcóatl	Médico Cirujano
42	Guerrero	Acapulco	Centro Universitario Hipócrates	Médico Cirujano

43	Guerrero	Acapulco	Universidad Autónoma de Guerrero	Médico Cirujano
44	Hidalgo	Pachuca	Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo	Médico Cirujano
45	Jalisco	Zapopan	Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey	Médico Cirujano
46	Jalisco	Zapopan	Universidad Autónoma de Guadalajara	Médico Cirujano
47	Jalisco	Guadalajara	Universidad Cuauhtémoc.	Médico Cirujano
48	Jalisco	Tepatitlán de Morelos	REDUDG Centro Universitario de los Altos	Médico Cirujano
49	Jalisco	Guadalajara	REDUDG Centro Universitario de Ciencias de la Salud	Médico Cirujano
50	Jalisco	Puerto Vallarta	REDUDG Centro Universitario de la Costa	Médico Cirujano y Partero
51	Jalisco	Zapotlán el Grande	REDUDG Centro Universitario del Sur	Médico Cirujano y Partero
52	Jalisco	Guadalajara	Universidad Guadalajara LAMAR	Lic. Medicina
52	Jalisco	Zapopan	Universidad del Valle de México	Médico Cirujano
53	Jalisco	Zapopan	Universidad del Valle Atemajac	Lic. En Medicina Homeopática
54	México	Naucalpan de Juárez	Escuela de Medicina Tominaga Nakamoto	Médico Cirujano
55	México	Huixquilucan	Universidad Anáhuac	Médico Cirujano
56	México	Toluca	Universidad Autónoma del Estado de México	Médico Cirujano

57	México	Iztacala	Universidad Nacional Autónoma de México FES-Iztacala	Médico Cirujano
58	Michoacán	Morelia	Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo	Médico Cirujano y Partero
59	Michoacán	Zamora	Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo	Médico Cirujano y Partero
60	Michoacán	Morelia	Universidad Vasco de Quiroga	Médico General
61	Morelos	Cuernavaca	Universidad Autónoma Edo. Morelos	Médico Cirujano
62	Morelos	Cuernavaca	Universidad Latinoamericana	Médico Cirujano
63	Nayarit	Tepic	Universidad Autónoma de Nayarit	Médico Cirujano
64	Nuevo León	Monterrey	Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey	Médico Cirujano
65	Nuevo León	Monterrey	Universidad Autónoma de Nuevo León	Médico Cirujano y Partero
66	Nuevo León	Monterrey	Universidad de Montemorelos	Médico Cirujano
67	Nuevo León	Monterrey	Universidad de Monterrey	Médico Cirujano y Partero
68	Oaxaca	Oaxaca	Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca	Médico Cirujano
69	Oaxaca	Oaxaca	Universidad Regional del Sureste	Médico Cirujano
70	Puebla	Tepeaca	Centro de Estudios Superiores de Tepeaca	Médico Cirujano y Partero
71	Puebla	Puebla	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	Lic. En Medicina
72	Puebla	Tehuacán	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	Lic. En Medicina

73	Puebla	Cholula	Fundación Universidad de las Américas Puebla	Lic. Médico Cirujano
74	Puebla	Puebla	Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla	Médico Cirujano
75	Querétaro	Querétaro	Universidad Autónoma de Querétaro	Médico General
76	Querétaro	Juriquilla	Universidad del Valle de México	Médico Cirujano
77	San Luis Potosí	San Luis Potosí	Universidad Autónoma de San Luis Potosí	Médico Cirujano
78	Sinaloa	Culiacán	Universidad Autónoma de Sinaloa	Médico General
79	Sinaloa	Los Mochis	Universidad Autónoma de Durango	Lic. en Medicina
80	Sonora	Hermosillo	Universidad de Sonora	Lic. en Medicina
81	Sonora	Hermosillo	Universidad del Valle de México	Médico Cirujano
82	Tabasco	Villahermosa	Universidad Autónoma de Guadalajara	Médico Cirujano
83	Tabasco	Villahermosa	Universidad Juárez Autónoma de Tabasco	Médico Cirujano
84	Tabasco	Villahermosa	Universidad del Valle de México	Médico Cirujano
85	Tamaulipas	Cd. Madero	Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas	Médico Cirujano
86	Tamaulipas	Matamoros	Universidad Autónoma de Tamaulipas	Médico Cirujano
87	Tamaulipas	Tampico	Universidad Autónoma de Tamaulipas	Médico Cirujano
88	Tamaulipas	Reynosa	Universidad México Americana del Norte	Médico Cirujano Partero
89	Tamaulipas	Tampico	Universidad del Noreste	Médico Cirujano

90	Tamaulipas	Cd. Victoria	Universidad Valle del Bravo	Médico Cirujano Partero
91	Tamaulipas	Reynosa	Universidad Valle del Bravo	Médico Cirujano Partero
92	Tlaxcala	Zacatelco	Universidad Autónoma del Estado de Tlaxcala	Médico Cirujano
93	Veracruz	Veracruz	Universidad Autónoma de Veracruz "Villa Rica	Médico Cirujano
94	Veracruz	Veracruz	Universidad Cristóbal Colón	Médico Cirujano
95	Veracruz	Cd. Mendoza	Universidad Veracruzana	Médico Cirujano
96	Veracruz	Minatitlán	Universidad Veracruzana	Médico Cirujano
97	Veracruz	Poza Rica	Universidad Veracruzana	Médico Cirujano
98	Veracruz	Veracruz	Universidad Veracruzana	Médico Cirujano
99	Veracruz	Xalapa	Universidad Veracruzana	Médico Cirujano
100	Yucatán	Mérida	Universidad Autónoma de Yucatán	Médico Cirujano
101	Yucatán	Mérida	Universidad Anáhuac Mayab, A. C.	Médico Cirujano
102	Zacatecas	Zacatecas	Universidad Autónoma de Durango	Lic. en Medicina
103	Zacatecas	Zacatecas	Universidad Autónoma de Zacatecas	Médico Cirujano

ANEXO 2. COPAES: ESCUELAS DE MEDICINA PÚBLICAS Y
PRIVADAS CON ACREDITACIÓN

Lista de las 14 escuelas privadas de medicina registradas en COPAES

#	INSTITUCIÓN	UNIDAD ACADÉMICA	ESTADO	PROGRAMA	ORGANISMO ACREDITADOR	VIGENCIA ACREDITACIÓN
1	Universidad Anáhuac	Escuela de Medicina	Estado de México	Licenciatura de Médico Cirujano	COMAEM	25/06/2014
2	Universidad de Monterrey	Facultad de Medicina	Nuevo León	Médico Cirujano y Partero	COMAEM	08/11/2012
3	Universidad Panamericana	Escuela de Medicina	Distrito Federal	Cirujano	COMAEM	08/11/2012
4	Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla	Facultad de Medicina	Puebla	Médico Cirujano	COMAEM	06/12/2012
5	Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey	Escuela de Medicina	Nuevo León	Médico Cirujano	COMAEM	06/12/2012
6	Universidad Valle de Bravo	Escuela de Medicina	Tamaulipas	Médico Cirujano	COMAEM	19/06/2013
7	Universidad del Mayab A.C.	Escuela de Medicina	Yucatán	Médico Cirujano	COMAEM	19/11/2013
8	Centro de Estudios Universitarios Xochicalco	Escuela de Medicina	Baja California	Médico Cirujano	COMAEM	26/03/2014

9	Universidad Autónoma de Guadalajara	Facultad de Medicina	Jalisco	Médico Cirujano	COMAEM	25/06/2014
10	Universidad La Salle	Facultad Mexicana de Medicina	Distrito Federal	Médico Cirujano	COMAEM	01/06/2014
11	Universidad Westhill	Facultad de Medicina "Santiago Ramón y Cajal"	Distrito Federal	Médico Cirujano	COMAEM	25/11/2014
12	Universidad de Montemorelos	Carrera de Medicina	Nuevo León	Médico Cirujano y Partero	COMAEM	24/11/2015
13	Universidad Regional del Sureste	Facultad de Medicina y Cirugía	Oaxaca	Carrera de Médico Cirujano	COMAEM	22/04/2015
14	Universidad del Valle de México	Departamento de Ciencias de la Salud	Querétaro	Licenciatura de Médico Cirujano	COMAEM	16/02/2016

Lista de las 30 escuelas públicas de medicina registradas en COPAES

#	INSTITUCIÓN	UNIDAD ACADÉMICA	ESTADO	PROGRAMA	ORGANISMO ACREDITADOR	VIGENCIA ACREDITACIÓN
1	Universidad Juárez del Estado de Durango		Durango	Médico Cirujano	COMAEM	08/11/2012
2	Universidad Juárez Autónoma de Tabasco		Tabasco	Médico Cirujano	COMAEM	08/11/2012
3	Universidad Autónoma de Nuevo León	Escuela de Medicina	Distrito Federal	Cirujano	COMAEM	06/12/2012
4	Universidad Autónoma del Estado de México	Facultad de Medicina	Estado de México	Médico Cirujano	COMAEM	06/12/2012
5	Universidad Autónoma de Guerrero	Facultad de Medicina	Guerrero	Médico Cirujano	COMAEM	31/01/2013
6	Universidad Autónoma de Coahuila	Facultad de Medicina	Coahuila	Médico Cirujano	COMAEM	31/01/2013
7	Universidad Autónoma de Nayarit	Unidad Académica de la Universidad Autónoma de Nayarit	Nayarit	Médico Cirujano	COMAEM	31/01/2013
8	Universidad Autónoma de Querétaro	Facultad de Medicina	Querétaro	Médico Cirujano	COMAEM	31/01/2013
9	Universidad Autónoma de San Luis Potosí	Facultad de Medicina	San Luis Potosí	Médico Cirujano	COMAEM	31/01/2013
10	Universidad Veracruzana	Facultad de Medicina "Miguel Alemán Valdés" Unidad Veracruzana	Veracruz	Médico Cirujano	COMAEM	31/01/2013
11	Instituto Politécnico Nacional	Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud	Distrito Federal	Cirujano y Partero	COMAEM	28/02/2013
12	Universidad Autónoma de Baja California	Facultad de Medicina y Psicología	Baja California	Médico	COMAEM	19/06/2013
13	Universidad Nacional Autónoma de México	Facultad de Medicina C.U.	Distrito Federal	Médico Cirujano	COMAEM	19/11/2013

14	Universidad Nacional Autónoma de México	Facultad de Estudios Superiores Zaragoza	Distrito Federal	Médico Cirujano	COMAEM	20/01/2014
15	Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca	Facultad de Medicina	Oaxaca	Médico Cirujano	COMAEM	20/01/2014
16	Universidad Autónoma de Aguascalientes	Centro de Ciencias Biomédicas	Aguascalientes	Médico Cirujano	COMAEM	26/03/2014
17	Universidad Autónoma de Chihuahua	Facultad de Medicina	Chihuahua	Médico Cirujano	COMAEM	26/03/2014
18	Instituto Politécnico Nacional	Escuela de Medicina y Homeopatía	Distrito Federal	Médico Cirujano y Homeópata	COMAEM	01/04/2014
19	Universidad de Colima	Facultad de Medicina	Colima	Médico Cirujano y Partero	COMAEM	25/06/2014
20	Universidad Autónoma de Yucatán	Facultad de Medicina	Yucatán	Licenciatura de Médico Cirujano	COMAEM	25/08/2014
21	Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo	Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "DR. Ignacio Chávez"	Michoacán	Médico Cirujano y Partero	COMAEM	25/11/2014
22	Universidad Nacional Autónoma de México	Carrera de Medicina, Facultad de Estudios Superiores Iztacala	Estado de México	Médico Cirujano	COMAEM	19/01/2016
23	Universidad de Sonora	División de Ciencias Biológicas y de la Salud	Sonora	Licenciatura de Medicina	COMAEM	21/04/2015
24	Instituto Politécnico Nacional	Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía	Distrito Federal	Carrera de Médico Cirujano y Partero	COMAEM	30/03/2016
25	Universidad Autónoma de Tlaxcala	Facultad de Ciencias de la Salud	Tlaxcala	Licenciatura de Médico Cirujano	COMAEM	30/03/2016
26	Universidad Autónoma de Chiapas	Facultad de Medicina Humana "Dr. Manuel Velazco Suárez" Campus II	Chiapas	Médico Cirujano	COMAEM	22/06/2016
27	Universidad Autónoma de Baja California	Medicina	Baja California		COMAEM	23/11/2016

28	Instituto Politécnico Nacional	Escuela Superior de Medicina	Distrito Federal	Médico Cirujano y Partero	COMAEM	23/11/2016
29	Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo	Instituto de Ciencias de la Salud	Hidalgo	Médico Cirujano	COMAEM	14/12/2016
30	Universidad de Guadalajara	Centro Universitario de Los Altos	Guadalajara	Carrera de Médico Cirujano y Partero	COMAEM	27/06/2017

**ANEXO 3. LISTA DE LAS 133 SEDES CON PROGRAMAS DE
RESIDENCIAS DE CIRUGÍA GENERAL EN MÉXICO**

#	Institución	Entidad Federativa	Unidad Hospitalaria	Universidad Que Avala
1	Secretaría de Salud	Aguascalientes	Hospital General" Miguel Hidalgo	UAAGS
2	Instituto Mexicano del Seguro Social	Aguascalientes	Hospital General De Zona 1/Medicina Familiar	UAAGS
3	Instituto Mexicano del Seguro Social	Aguascalientes	Hospital General De Zona 1 Aguascalientes, Ags.	UAAGS
4	Secretaría de Salud	Baja California Sur	Hospital General De La Paz " Dr. Juan Ma. De Salvatierra	UNAM
5	Secretaría de Salud	Baja California	Hospital General Mexicali	UABC
6	Secretaría de Salud	Baja California	Hospital General de Tijuana	UABC
7	Instituto Mexicano del Seguro Social	Baja California	Hospital General Regional/ Med. Fam. 20 Tijuana	UABC
8	Secretaría de Salud	Campeche	Hospital General de Campeche "Álvaro Vidal Vera"	UACAMP
9	Instituto Mexicano del Seguro Social	Chiapas	Hospital General de Zona 2 Tuxtla Gutierrez	UACHIS
10	Instituto Mexicano del Seguro Social	Chiapas	Hospital General de Zona No. 1 Tapachula, Chiapas	UACHIS
11	Secretaría de Salud	Chihuahua	Hospital General de Ciudad Juárez	UACJ
12	Instituto Mexicano del Seguro Social	Chihuahua	Hospital General de Zona 6 Ciudad Juárez• Rez	UACHIH
13	Instituto Mexicano del Seguro Social	Chihuahua	Hospital General Regional 1	UACHIH

14	Secretaría de Salud	Coahuila	Hospital General Universitario de Saltillo	UACOAH
15	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coahuila	Hospital General de Zona 16 Torreón	UACOAH
16	Instituto Mexicano del Seguro Social	Colima	Hospital General de Zona 1/Medicina Familiar	UCOL
17	Secretaría de Salud	Distrito Federal	Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	UNAM-IPN
18	Secretaría de Salud	Distrito Federal	Hospital General de México	UNAM
19	Secretaría de Salud del Distrito Federal	Distrito Federal	Hospital General " Dr. Rubén Leñero"	UNAM
20	Secretaría de Salud	Distrito Federal	Hospital General Juárez de México	UNAM
21	Secretaría de Salud	Distrito Federal	Hospital General "La Villa"	UNAM
22	Secretaría de Salud	Distrito Federal	Instituto Nacional de Ciencias Médicas Y Nutrición "Dr. Salvador Zubirán"	UNAM
23	Centro Hospitalario Nuevo Sanatorio Durango	Distrito Federal	Centro Hospitalario Nuevo Sanatorio Durango	UNAM
24	Centro Médico ABC	Distrito Federal	Centro Médico ABC	UNAM
25	Fundación Clínica Médica Sur A.C.	Distrito Federal	Fundación Clínica Médica Sur A.C.	UNAM
26	Hospital Ángeles de Las Lomas	Distrito Federal	Hospital Ángeles de Las Lomas	UNAM
27	Hospital Ángeles Mocel	Distrito Federal	Hospital Ángeles Mocel	
28	Hospital Ángeles del Pedregal	Distrito Federal	Hospital Ángeles del Pedregal	UNAM
29	Hospital Central Cruz Roja	Distrito Federal	Hospital Central Cruz Roja	UNAM
30	Pemex	Distrito Federal	Hospital Central Norte Pemex	UNAM

31	Pemex	Distrito Federal	Hospital Central Sur Pemex	UNAM
32	Hospital Español de México	Distrito Federal	Hospital Español De México	UNAM
33	Hospital Médica Sur Lomas	Distrito Federal	Hospital Médica Sur Lomas	UNIVERSIDAD ANAHUAC
34	Hospital Oftalmológico "Nuestra Señora de la Luz"	Distrito Federal	Hospital Oftalmológico "Nuestra Señora de la Luz"	UNAM
35	Instituto Mexicano del Seguro Social	Distrito Federal	Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" C.M.N. La Raza	UNAM
36	Instituto Mexicano del Seguro Social	Distrito Federal	Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepulveda Gutierrez" C.M.N. Siglo XXI	UNAM
37	Instituto Mexicano del Seguro Social	Distrito Federal	Hospital de Gineco Obstetricia "Tlaltelolco" 27 Noreste	UNAM
38	Instituto Mexicano del Seguro Social	Distrito Federal	Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza" C.M.N. La Raza	UNAM
39	Instituto Mexicano del Seguro Social	Distrito Federal	Hospital General de Zona 1a Los Venados	UNAM
40	Instituto Mexicano del Seguro Social	Distrito Federal	Hospital General de Zona 30 Iztacalco	UNAM
41	Instituto Mexicano del Seguro Social	Distrito Federal	Hospital General de Zona N° 32 Villa Coapa	UNAM
42	Instituto Mexicano del Seguro Social	Distrito Federal	Hospital General Regional 1 Dr. Carlos Mcgregor Sánchez Navarro	UNAM

43	Instituto Mexicano del Seguro Social	Distrito Federal	Hospital General Regional 25	UNAM
44	Secretaría de Salud	Durango	Hospital General de Durango	UJADGO
45	Secretaría de Salud	Durango	Hospital General de Gómez Palacio	UJADGO
46	Instituto Mexicano del Seguro Social	Durango	Hospital General de Zona 1 Medicina Familiar	UADGO
47	Secretaría de Salud	Estado de México	Hospital General "Dr. Gustavo Baz Prada" Cd. Neza	UAEMEX
48	Secretaría de Salud	Estado de México	Hospital General "Nicolás San Juan" Toluca	UAEMEX
49	Secretaría de Salud	Estado de México	Hospital General de Atizapán "Dr. Salvador González Herrejón"	UAEMEX
50	Secretaría de Salud	Estado de México	Hospital General de Talnepantla Valle de Ceylán	UAEMEX
51	Secretaría de Salud	Estado de México	Unidad Enfermos Crónicos "Dr. Gustavo Baz Prada" Tepexpan	UAEMEX
52	Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios	Estado de México	Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios	UAEMEX
53	Instituto Mexicano del Seguro Social	Estado de México	Hospital General Regional 72 "Santos Guajardo"	UNAM

54	Instituto Mexicano del Seguro Social	Estado de México	Hospital General Regional / Medicina Familiar 220	UNAM-UAEM
55	Secretaría de Salud	Guanajuato	Hospital Regional de León	UAGTO
56	Pemex	Guanajuato	Hospital Regional Salamanca Pemex	UAGTO
57	Instituto Mexicano del Seguro Social	Guanajuato	Hospital De Especialidades No.1 C.M.N.	UAGTO
58	Instituto Mexicano del Seguro Social	Guanajuato	Hospital General de Zona / Medicina Familiar 2 Irapuato	UAGTO
59	Instituto Mexicano del Seguro Social	Guanajuato	Hospital General de Zona / Medicina Familiar 21 León	UAGTO
60	Secretaría de Salud	Guerrero	Hospital General de Acapulco	UNAM
61	Secretaría de Salud	Hidalgo	Hospital General de Pachuca	UAEHGO
62	Instituto Mexicano del Seguro Social	Hidalgo	Unidad de Medicina Familiar 1, Pachuca	UAEHGO
63	Secretaría de Salud	Jalisco	Hospital General Civil de Guadalajara " Fray Antonio Alcalde"	UDG
64	Secretaría de Salud	Jalisco	Hospital General de Occidente Zapopan	UDG
65	Secretaría de Salud	Jalisco	O.P.D. Hospital General Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca"	UDG
66	Hospital Angel Leaño	Jalisco	Hospital Angel Leaño	UAG

67	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jalisco	Hospital de Especialidades C.M.N. Occidente	UDG
68	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jalisco	Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente	UDG
69	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jalisco	Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Occidente	UNAM
70	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jalisco	Hospital General Regional 110 Oblatos	UDG
71	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jalisco	Hospital General Regional 45 Ayala	UDG
72	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jalisco	Hospital General Regional 45, Guadalajara	UDG
73	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jalisco	Hospital General Regional 46, Guadalajara	UDG
74	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jalisco	Hospital General Zona 46 Lázaro Cardenas	UDG
75	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jalisco	Unidad De Medicina Familiar 171, Zapopan	UDG
76	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jalisco	Unidad De Medicina Familiar 51, Guadalajara	UDG
77	Secretaría de Salud	Michoacán	Hospital General de Morelia "Dr. Miguel Silva"	UNAM
78	Secretaría de Salud	Morelos	Hospital General de Cuernavaca, Morelos	UAMOR
79	Instituto Mexicano del Seguro Social	Morelos	Hospital General Regional 1, Morelia	UMSNHGO
80	Secretaría de Salud	Nayarit	Hospital General de Tepic	UANAY
81	Instituto Mexicano del Seguro Social	Nayarit	Hospital General de Zona No. 1 Tepic, Nayarit	UANAY

82	Secretaría de Salud	Nuevo León	Hospital Metropolitano de Monterrey "Dr. Bernardo Sepulveda"	UANL
83	Secretaría de Salud	Nuevo León	Hospital Universitario de Monterrey "Dr. José Eleuterio González"	UANL
84	Hospital Christus Murgueza Alta Especialidad	Nuevo León	Hospital Christus Murgueza Alta Especialidad	UANL
85	Hospital San José, Nuevo León	Nuevo León	Hospital San José, Nuevo León	ITESM
86	Instituto Mexicano del Seguro Social	Nuevo León	Hospital General de Zona 33 Monterrey	UANL
87	Instituto Mexicano del Seguro Social	Nuevo León	Hospital de Especialidades 25, Monterrey	UANL
88	Instituto Mexicano del Seguro Social	Nuevo León	Hospital General de Zona /Medicina Familiar 6 San Nicolás de los Garza	UANL
89	Secretaría de Salud	Oaxaca	Hospital General de Oaxaca "Dr. Aurelio Valdivieso"	UABJO
90	Secretaría de Salud	Oaxaca	Hospital General de Juchitan	UABJO
91	Secretaría de Salud	Puebla	Hospital General de Puebla "Dr. Eduardo Vázquez Navarro"	BUAP
92	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Estados de Puebla	Puebla	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Estados de Puebla	BUAP
93	Hospital Universitario de Puebla	Puebla	Hospital Universitario de Puebla BUAP	BUAP

94	Instituto Mexicano del Seguro Social	Puebla	Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Puebla	BUAP
95	Instituto Mexicano del Seguro Social	Puebla	Hospital General Regional 36, Puebla	BUAP
96	Secretaría de Salud	Querétaro	Hospital General de Querétaro	UAQRO
97	Instituto Mexicano del Seguro Social	Querétaro	Hospital General Regional 1	UAQRO
98	Secretaría de Salud	Quintana Roo	Hospital General de Cancún	UADY
99	Secretaría de Salud	Quintana Roo	Hospital General de Chetumal	UADY
100	Instituto Mexicano del Seguro Social	Quintana Roo	Hospital General Regional N° 17 Cancún	UAYUC
101	Secretaría de Salud	San Luis Potosi	Hospital General "Dr. Ignacio Morones Prieto"	UASLP
102	Instituto Mexicano del Seguro Social	San Luis Potosi	Hospital General De Zona / Medicina Familiar 2	UASLP
103	Secretaría de Salud	Sinaloa	Hospital General "Los Mochis"	UASIN
104	Secretaría de Salud	Sinaloa	Hospital General de Mazatlán	UASIN
105	Hospital Civil de Culiacan	Sinaloa	Hospital Civil de Culiacan U.A. de Sinaloa	UASIN
106	Instituto Mexicano del Seguro Social	Sinaloa	Hospital General Regional 1 Culiacán	UASIN
107	Secretaría de Salud	Sonora	Hospital General Ciudad Obregón	UNAM
108	Secretaría de Salud	Sonora	Hospital General del Estado De Sonora	UNAM
109	Instituto Mexicano del Seguro Social	Sonora	Hospital General de Zona 2 Hermosillo.	UASIN
110	Instituto Mexicano del Seguro Social	Sonora	Unidad De Medicina Familiar 1 Cd. Obregón	UASIN

111	Secretaría de Salud	Tabasco	Hospital General "Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez"	UJATAB
112	Secretaría de Salud	Tabasco	Hospital General "Dr. Juan Graham Cassaus"	UJATAB
113	Instituto Mexicano del Seguro Social	Tabasco	Hospital General De Zona / Medicina Familiar 46 Villahermosa	BUAP
114	Secretaría de Salud	Tamaulipas	Hospital General Ciudad Victoria "Dr. Norberto Treviño Zapata"	UATAMPS
115	Secretaría de Salud	Tamaulipas	Hospital General de Matamoros "Dr. Alfredo Pumarejo"	UATAMPS
116	Secretaría de Salud	Tamaulipas	Hospital General de Nuevo Laredo	UATAMPS
117	Secretaría de Salud	Tamaulipas	Hospital General de Tampico "Dr. Carlos Canseco"	UATAMPS
118	Pemex	Tamaulipas	Hospital Regional de Pemex Ciudad Madero	UATAMPS
119	Instituto Mexicano del Seguro Social	Tamaulipas	Hospital General Regional 6 Ciudad Madero	UATAMPS
120	Instituto Mexicano del Seguro Social	Tamaulipas	Hospital General de Zona No. 11 Nuevo Laredo Tamaulipas	UATAMPS
121	Secretaría de Salud	Tlaxcala	Hospital General de Apizaco	UJATAB
122	Secretaría de Salud	Tlaxcala	Hospital General de Tlaxcala	UJATAB

123	Instituto Mexicano del Seguro Social	Tamaulipas	Hospital General de Zona No. 11 Nuevo Laredo Tamaulipas	UATAMPS
124	Secretaría de Salud	Veracruz	Hospital de Especialidades "Dr. Rafael Lucio" Jalapa	UV
125	Secretaría de Salud	Veracruz	Hospital General "Luis F. Nachón"	UV
126	Secretaría de Salud	Veracruz	Hospital General de Río Blanco	UV
127	Instituto Mexicano del Seguro Social	Veracruz	Hospital General de Zona 11 Jalapa	UV
128	Instituto Mexicano del Seguro Social	Veracruz	Hospital General De Zona 1 Orizaba	UV
129	Secretaría de Salud	Yucatán	Hospital De Especialidades "O Horán" de Mérida	UAYUC
130	Instituto Mexicano del Seguro Social	Yucatán	Hospital General Regional N° 1 Lic. Ignacio García Téllez	UADY
131	Instituto Mexicano del Seguro Social	Yucatán	Hospital General Regional 12 "Benito Juárez" Mérida	UADY
132	Secretaría de Salud	Zacatecas	Hospital General de Zacatecas	UAZAC
133	Instituto Mexicano del Seguro Social	Zacatecas	Hospital General de Zona / Medicina Familiar 1 Zacatecas	UAZAC

ANEXO 4. SÍNTESIS DEL MARCO LEGAL QUE REGULA LA
PROTECCIÓN A LA SALUD

MARCO JURÍDICO Y NORMATIVIDAD REFERENTE A LA PROTECCION DE LA SALUD			
Normas relevantes relacionadas con el Derecho a la protección a la salud, a nivel internacional, nacional y subnacional.			
LEYES	ARTÍCULOS	FRACCIONES	CONTENIDO
1.1 INTERNACIONAL			
1.1.1 Declaración Universal de los Derechos Humanos	25		Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.
1.1.2 Declaración de Ginebra (1948)	Único		Base moral para todos los médicos que actualiza el juramento hipocrático.
1.2.3 Declaración Americana de los Derechos del Hombre	1		Derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad e integridad de la persona.

	11		Derecho a la preservación de la salud y al bienestar.
	12		Derecho a la educación.
1.2 NACIONAL			
1.2.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	4		Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, Toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar.
	73	XVI	El Congreso tiene facultad para dictar leyes sobre salubridad general de la República.
		Apartado 1a	El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República y y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

1.2.2 Ley General de Salud	1		La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud
	2		El derecho a la protección de la salud tiene como finalidades: I. El bienestar físico y mental, II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana, III crear condiciones que contribuyan al desarrollo social.
	5		El Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la

			<p>protección de la salud.</p> <p>Está constituido por dependencias de la Administración Pública, federal y local, personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, y por los mecanismos de coordinación de acciones.</p>
	23		<p>Servicios de salud son las acciones en beneficio del individuo y de la sociedad, para proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad</p>
	24		<p>Existen tres tipos de servicios de salud: I. De atención médica; II. De salud pública, y III. De asistencia social</p>

	51	BIS	Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.
--	----	-----	--

DECRETO por el que se reforman los artículos 81, 83, 271 y se adiciona el artículo 272 Bis, 272 Bis 1, 272 Bis 2, 272 Bis 3 de la Ley General de Salud	81		<p>La emisión de diplomas de especialidades médicas le corresponde a las universidades e instituciones de salud conjuntamente. Para realizar procedimientos quirúrgicos se requiere contar con la especialidad. El Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas supervisará el cumplimiento. Los Consejos de Especialidades Médicas están facultados para otorgar certificaciones.</p>
	83		<p>Los médicos cirujanos deben exhibir al público la documentación que compruebe su reconocimiento oficial para ejercer actividades quirúrgicas</p>

	272		<p>Para realizar procedimientos quirúrgicos de especialidad, los profesionales deben demostrar contar con cédula de especialista y certificación por algún consejo de cirugía.</p>
		BIS 2	<p>La oferta de servicios relacionada con la práctica quirúrgica deberá prever lo mencionado en los artículos 83, 272 Bis, 272 Bis 1 y en lo previsto en el Capítulo Único del Título XIII de esta Ley</p>
		BIS 3	<p>Las sociedades, asociaciones, colegios o federaciones de profesionistas pondrán a disposición de la Secretaría de Salud, un directorio electrónico,</p>

			<p>con acceso al público que contenga los nombres, datos de los profesionistas que lleven a cabo procedimientos médico-quirúrgicos y certificado de especialización vigente, además de proporcionar el nombre y datos de la Institución y/o Instituciones educativas, que avalen su ejercicio profesional.</p>
<p>1.3.1 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal</p>	<p>39</p>		<p>A la Secretaría de Salud, corresponden los siguientes asuntos:</p>
		I	<p>Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general y coordinar los programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal.</p>

		VIII	Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud por parte de los Sectores Público, Social y Privado, y verificar su cumplimiento
--	--	------	--

**ANEXO 5. SÍNTESIS DEL MARCO LEGAL QUE REGULA LA
EDUCACIÓN Y EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN**

MARCO JURÍDICO Y NORMATIVIDAD RELACIONADA CON LA EDUCACIÓN Y EL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES			
Normas relevantes relacionadas con el Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios del Tipo Superior; revalidación y equivalencia, y ejercicio profesional que aplica la Secretaría de Educación Pública del Gobierno Federal.			
LEYES	ARTÍCULOS	FRACCIONES	CONTENIDO
2.1 INTERNACIONAL			
2.1.1 Convenio Regional de Convalidación de Estudios, Títulos y Diplomas de Educación Superior en América Latina y el Caribe.			Este convenio fue creado para: a) permitir la mejor utilización de los medios de formación de la región, b) asegurar la mayor movilidad de profesores, estudiantes, investigadores y profesionales dentro del marco de la región, c) allanar las dificultades que encuentran al regreso a sus países de origen las personas que han recibido una formación en el exterior, d) favorecer la mayor y más eficaz utilización de los recursos humanos de la región con el fin de asegurar el pleno empleo y evitar la fuga de talentos atraídos por países altamente industrializados;

<p>2.1.2 Recomendación sobre la Convalidación de los Estudios, Títulos y Diplomas de Enseñanza Superior</p>			<p>La siguiente recomendación fue creada para favorecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el aumento general del número de personas que pueden beneficiarse de la enseñanza superior, - la utilización óptima de los medios de enseñanza y formación por todos los países y el desarrollo de los recursos humanos, - una mayor movilidad de profesores, estudiantes, investigadores y profesionales, - la reducción de las dificultades con que tropiezan, en los países en que desean continuar sus estudios o ejercer una profesión, las personas que han recibido formación o enseñanza en el extranjero, - el acercamiento y la mejor comprensión entre culturas y pueblos, con un espíritu de mutuo respeto de su diversidad, <p>Considerando que los seis convenios regionales sobre convalidación de estudios y títulos de enseñanza superior que han sido ya adoptados con los auspicios de la UNESCO han demostrado el valor de la cooperación internacional en este campo, y que, para poder acercarse al objetivo final señalado por la Conferencia General, esos convenios deben completarse con un instrumento normativo de carácter universal</p>
--	--	--	--

<p>2.1.3 Recomendación Revisada relativa a la Enseñanza Técnica y Profesional</p>			<p>La siguiente recomendación persigue entre sus propósitos:</p> <p>3. Recomendar que, al desarrollar y mejorar la enseñanza técnica y profesional, los Estados Miembros adopten las medidas legislativas o de otra índole que sean necesarias para dar efecto, en los territorios en que se ejerce su jurisdicción, a los principios establecidos en esta Recomendación;</p> <p>4. Recomendar también a los Estados Miembros que comuniquen esta Recomendación a las autoridades y órganos que se ocupan de la enseñanza técnica y profesional;</p>
<p>2.1.4 Y 2.1.5 Convenios bilaterales de cooperación educativa y cultural con países de Europa, América del Sur, Asia Pacífico, África, América Central, el Caribe, Medio Oriente y América del Norte (81 convenios).</p>	<p>Con América del Sur</p>		<p>2.1.4 Convenio de Reconocimiento Mutuo de Títulos, Diplomas y Grados Académicos de Educación Superior entre los Estados Unidos Mexicanos y la República Argentina. Suscrito el 30 de mayo de 2001 durante la visita a México de la Presidenta de Argentina, Cristina Fernández. 2.1.5 Memorándum de Entendimiento entre los Estados Unidos Mexicanos y la República de Chile para el inicio de negociaciones de un Acuerdo de Mutuo Reconocimiento de Títulos Profesionales y Grados Académicos.</p>
<p>2.2 NACIONAL</p>			

2.2.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	3	V	Además de impartir la educación preescolar, primaria y secundaria señaladas en el primer párrafo, el Estado promoverá y atenderá todos los tipos y modalidades educativos - incluyendo la educación inicial y a la educación superior- necesarios para el desarrollo de la nación, apoyará la investigación científica y tecnológica, y alentará el fortalecimiento y difusión de nuestra cultura.
		VI	Los particulares podrán impartir educación en todos sus tipos y modalidades. En los términos que establezca la ley, el Estado otorgará y retirará el reconocimiento de validez oficial a los estudios que se realicen en planteles particulares. En el caso de la educación preescolar, primaria, secundaria y normal, los particulares deberán: a) Impartir la educación con apego a los mismos fines y criterios que establecen el segundo párrafo y la fracción II, así como cumplir los planes y programas a que se refiere la fracción III, y b) Obtener previamente, en cada caso, la autorización expresa del poder público, en los términos que establezca la ley.

	5	Segundo párrafo	La Ley determinará en cada Estado, cuales son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deban llenarse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo.
	73	XXV	[El Congreso tiene facultad:] Para establecer, organizar y sostener en toda la República escuelas rurales, elementales, superiores, secundarias y profesionales; de investigación científica, de bellas artes y de enseñanza técnica, escuelas prácticas de agricultura y de minería, de artes y oficios, museos, bibliotecas, observatorios y demás institutos concernientes a la cultura general de los habitantes de la nación y legislar en todo lo que se refiere a dichas instituciones; para legislar sobre vestigios o restos fósiles y sobre monumentos arqueológicos, artísticos e históricos, cuya conservación sea de interés nacional; así como para dictar las leyes encaminadas a distribuir convenientemente entre la Federación, los Estados y los Municipios el ejercicio de la función educativa y las aportaciones económicas correspondientes a ese servicio público, buscando unificar y coordinar la educación en toda la República. Los Títulos que se expidan

			por los establecimientos de que se trata surtirán sus efectos en toda la República.
	121	V	Los títulos profesionales expedidos por las autoridades de un Estado, con sujeción a sus leyes, serán respetados en los otros.
	133		Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los Tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión. Los jueces de cada Estado se arreglarán a dicha Constitución, leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las Constituciones o leyes de los Estados.
2.2.2 Ley General de Educación	37	Tercer párrafo	El tipo superior es el que se imparte después del bachillerato o de sus equivalentes. Está compuesto por la licenciatura, la especialidad,

			la maestría y el doctorado, así como, por opciones terminales previas a la conclusión de la licenciatura. Comprende la educación normal en todos sus niveles y especialidades.
	54		<p>Los particulares podrán impartir educación en todos sus tipos y modalidades. Por lo que concierne a la educación primaria, la secundaria, la normal y demás para la formación de maestros de educación básica, deberán obtener previamente, en cada caso, la autorización expresa del Estado. Tratándose de estudios distintos de los antes mencionados, podrán obtener el Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios.</p> <p>La autorización y el reconocimiento serán específicos para cada plan de estudios. Para impartir nuevos estudios se requerirá, según el caso, la autorización o el reconocimiento respectivos.</p> <p>La autorización y el reconocimiento incorporan a las instituciones que los obtengan, respecto de los estudios a que la propia autorización o dicho reconocimiento se refieren, al sistema educativo nacional.</p>

	55		<p>Las autorizaciones y los Reconocimientos de Validez Oficial de Estudios se otorgarán cuando los solicitantes cuenten:</p> <p>I.- Con personal que acredite la preparación adecuada para impartir educación y, en su caso, satisfagan los demás requisitos a que se refiere el artículo 21;</p> <p>II.- Con instalaciones que satisfagan las condiciones higiénicas, de seguridad y pedagógicas que la autoridad otorgante determine. Para establecer un nuevo plantel se requerirá, según el caso, una nueva autorización o un nuevo reconocimiento, y</p> <p>III.- Con planes y programas de estudio que la autoridad otorgante considere procedentes, en el caso de educación distinta de la primaria, la secundaria, la normal y demás para la formación de maestros de educación básica.</p>
	56		<p>Las autoridades educativas publicarán, en el órgano informativo oficial correspondiente, una relación de las instituciones a las que hayan concedido autorización o Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios. Asimismo publicarán, oportunamente y en cada caso, la inclusión o la supresión en dicha lista de las instituciones a las que otorguen, revoquen o retiren las</p>

		<p>autorizaciones o reconocimientos respectivos. Los particulares que impartan estudios con autorización o con reconocimiento deberán mencionar en la documentación que expidan y en la publicidad que hagan, una leyenda que indique su calidad de incorporados, el número y fecha del acuerdo respectivo, así como la autoridad que lo otorgó.</p>
	57	<p>Los particulares que impartan educación con autorización o con Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios deberán:</p> <ul style="list-style-type: none"> I.- Cumplir con lo dispuesto en el artículo 3o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en la presente Ley; II.- Cumplir con los planes y programas de estudio que las autoridades educativas competentes hayan determinado o considerado procedentes; III.- Proporcionar un mínimo de becas en los términos de los lineamientos generales que la autoridad que otorgue las autorizaciones o reconocimientos haya determinado; IV.- Cumplir los requisitos previstos en el artículo 55, y V.- Facilitar y colaborar en las actividades de evaluación, inspección y vigilancia que las autoridades competentes realicen u ordenen.

	59		Los particulares que presten servicios por los que se impartan estudios sin reconocimiento de validez oficial, deberán mencionarlo en su correspondiente documentación y publicidad.
	61		Los estudios realizados fuera del sistema educativo nacional podrán adquirir validez oficial, mediante su revalidación, siempre y cuando sean equiparables con estudios realizados dentro de dicho sistema. La revalidación podrá otorgarse por niveles educativos, por grados escolares, o por asignaturas u otras unidades de aprendizaje, según lo establezca la regulación respectiva.
2.2.3 Ley para la Coordinación de la Educación Superior	3		El tipo educativo superior es el que se imparte después del bachillerato o de su equivalente. Comprende la educación normal, la tecnológica y la universitaria e incluye carreras profesionales cortas y estudios encaminados a obtener los grados de licenciatura, maestría y doctorado, así como cursos de actualización y especialización.
	7		Compete a la Federación vigilar que las denominaciones de los establecimientos de educación superior correspondan a su naturaleza.

	18		Los certificados, diplomas, títulos y grados académicos que expidan los particulares respecto de estudios autorizados o reconocidos requerirán de autenticación por parte de la autoridad que haya concedido la autorización o reconocimiento o, en su caso, del organismo público descentralizado que haya otorgado el reconocimiento.
2.2.4 Reglamento para la prestación del servicio social de los estudiantes del nivel superior y medio superior	Comentario		En la República Mexicana para poder obtener un título profesional es necesario cumplir con el requisito del servicio social, se entiende por el mismo al trabajo de carácter temporal y mediante retribución que ejecuten y presten los profesionistas y estudiantes en interés de la sociedad y el Estado.
2.2.5 Acuerdo N° 243 por el que se establecen las bases generales de autorización o Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios del Tipo Superior	Comentario		El objeto de este Acuerdo Secretarial es brindar certeza jurídica a los particulares que pretenden impartir estudios en México con validez oficial del gobierno mexicano, brindándoles la garantía de que la autoridad no podrá exigir mayores requisitos que los establecidos en este Acuerdo y en el Acuerdo específico del nivel educativo de que se trate.

<p>2.2.6 Acuerdo N° 279 por el que se establecen los trámites y procedimientos relacionados con el Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios del tipo Superior</p>	<p>Comentario</p>		<p>Este Acuerdo es específico para el tipo educativo superior, el cual comprende la licenciatura, la especialidad, la maestría, el doctorado, así como las opciones terminales previas a la conclusión de la licenciatura. En esta norma podrán encontrarse las definiciones de cada uno de los estudios que comprenden el tipo superior, los créditos que deben satisfacer los planes de estudio, así como los requisitos para que una institución pueda ostentar la denominación de Universidad, entre otros aspectos.</p>
<p>2.3 SUBNACIONAL</p>			
<p>2.3.1 Ley reglamentaria del Artículo 5° Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal</p>	<p>1</p>		<p>Título profesional es el documento expedido por instituciones del Estado o descentralizadas, y por instituciones particulares que tengan Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios, a favor de la persona que haya concluido los estudios correspondientes o que haya demostrado tener los conocimientos necesarios de conformidad con esta Ley y otras disposiciones aplicables.</p>
	<p>2</p>		<p>Las leyes determinarán las actividades profesionales que necesitan título y cédula para su ejercicio</p>

	3		Toda persona a quien legalmente se le haya expedido título profesional o grado académico equivalente, podrá obtener cédula de ejercicio con efectos de patente, previo registro de dicho título o grado.
	5		Para el ejercicio de especialidad, se requiere autorización de la Dirección General de Profesiones
	8		Para obtener título profesional es indispensable acreditar los requisitos académicos previstos por las leyes
	10		Las instituciones que impartan educación profesional deberán cumplir los requisitos que señalen las leyes y disposiciones reglamentarias
	11		Sólo las instituciones a que se refiere el artículo anterior están autorizadas para expedir títulos profesionales
	12		Los títulos profesionales expedidos por las autoridades de un Estado, serán registrados de conformidad con la fracción V del artículo 121 de la Constitución.
	13		El Ejecutivo Federal, por conducto de la SEP, podrá unificar el registro profesional para: I.- Instituir un solo servicio para el registro de títulos profesionales. II.- Reconocer la cédula expedida por la SEP en los Estados para reconocer el ejercicio profesional en el DF III.-

		Establecer los requisitos para el reconocimiento de los títulos profesionales, así como los de forma y contenido que los mismos deberán satisfacer
15		<p>Los extranjeros podrán ejercer en el Distrito Federal las profesiones que son objeto de esta Ley, con sujeción a lo previsto en los tratados internacionales de que México sea parte.</p> <p>Cuando no hubiere tratado en la materia, el ejercicio profesional de los extranjeros estará sujeto a la reciprocidad en el lugar de residencia del solicitante y al cumplimiento de los demás requisitos establecidos por las leyes mexicanas.</p>
17		<p>Los títulos expedidos en el extranjero serán registrados por la Secretaría de Educación Pública, siempre que los estudios correspondientes al título profesional sean iguales o similares a los que se impartan en instituciones que formen parte del sistema educativo nacional.</p> <p>En los casos, en que resulte imposible establecer la igualdad o similitud de estudios en la forma prevista en los términos del párrafo anterior, se establecerá un sistema de equivalencia de estudios, sometiendo, en su</p>

		caso, a los interesados a pruebas o exámenes, para la comprobación de conocimientos.
	21	Se establecerá la Dirección General de Profesiones, dependiente de la SEP, encargada de la vigilancia del ejercicio profesional y será el órgano de conexión entre el Estado y los colegios de profesionistas
	22	La DGP tendrá comisiones técnicas para todas las profesiones, encargadas de estudiar y dictaminar sobre asuntos de su competencia. Cada Comisión tendrá un representante de la SEP, otro de la UNAM o del IPN y otro del Colegio de Profesionistas.
	23	Son facultades y obligaciones de la Dirección General de Profesiones: I.- Registrar los títulos de profesionistas, II.- Llevar la hoja de servicios de cada profesionista, III.- Autorizar para el ejercicio de una especialización, IV.- Expedir la cédula personal correspondiente para el ejercicio profesional y su identidad en todas sus actividades profesionales, XIV.- Integrar y mantener una base de datos actualizada con la información de sanciones,

			registros y cancelaciones de títulos profesionales
	24		Se entiende por ejercicio profesional a la prestación de cualquier servicio propio de cada profesión a título oneroso o gratuito
	25		Para ejercer en el DF cualquier profesión se requiere: I.- Estar en pleno goce y ejercicio de los derechos civiles, II.- Poseer título legalmente expedido y registrado, y III.- Obtener de la DGP patente de ejercicio
	33		El profesionista está obligado a poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio de su cliente
	34		En caso de inconformidad por parte del cliente por el servicio realizado, el asunto se resolverá mediante juicio de peritos, judicial o privado Se tomarán en consideración: I.- Si el profesionista procedió correctamente dentro de los principios científicos y técnicos III.- Si durante el trabajo se tomaron todas las medidas indicadas para obtener éxito; IV.- Si se dedicó el tiempo necesario para desempeñar correctamente el servicio convenido

	36		Todo profesionista estará obligado a guardar estrictamente el secreto de los asuntos de sus clientes.
	42		La publicidad que un profesionista haga de sus actividades no deberá rebasar los conceptos de ética profesional que establezca el Colegio respectivo. Deberá expresar la institución docente donde se obtuvo el título
	43		Las autoridades judiciales deberán comunicar oportunamente a la DGP las resoluciones sobre inhabilitación o suspensión en el ejercicio profesional, cuando éstas hubiesen causado ejecutoria
	55		Los planes de preparación profesional, según la naturaleza de la profesión y de las necesidades sociales que se trate de satisfacer, exigirán a los estudiantes de las profesiones a que se refiere esta Ley, como requisito previo para otorgarles el título, que presten servicio social durante el tiempo no menor de seis meses no mayor de dos años.

GLOSARIO DE TÉRMINOS MÉDICOS

El presente glosario es elaborado con el propósito de facilitar la comprensión de los términos médicos más utilizados en la presente investigación. Su contenido es de carácter comprensible, constituyendo en su esencia una redacción asequible para el lector lego en Medicina.

Amputación supracondílea	Procedimiento quirúrgico por el que se reseca una extremidad inferior que tiene grave daño.
Anatomopatología	Estudio de los órganos involucrados en enfermedades.
Anemia	Patología caracterizada por baja en la hemoglobina y en los glóbulos rojos.
Apendicetomía	Extracción quirúrgica del apéndice cecal.
Catéter	Dispositivo que se emplea para introducir medicamentos o instrumentos por arterias o venas.
Certificado de Competencia	Documento que avala la preparación del médico en su especialidad.
Contexto iatrogénico	Daño ocasionado por la actividad del médico.
Esofagitis péptica	Enfermedad ocasionada por reflujo del contenido ácido del estómago al esófago.
Espacio subcutáneo	Se localiza por debajo de la piel.
Falla orgánica múltiple	Insuficiencia de varios órganos o sistemas del cuerpo.
Farmacopea	Lo referente al estudio de los medicamentos.

Flebotomista	Sujeto que efectuaba extracciones sanguíneas a pacientes en la Nueva España.
Funduplicatura de Nissen	Procedimiento quirúrgico para evitar el reflujo gastroesofágico.
Hernia hiatal	Patología diafragmática por donde suele introducirse parte de las vísceras abdominales.
Hernia umbilical	Orificio central en la pared abdominal por el que se puede introducir contenido intraabdominal.
Hernioplastia inguinal	Corrección quirúrgica de un orificio herniario en la ingle.
Hernioplastia umbilical	Corrección quirúrgica de un orificio herniario en el ombligo.
Hiato	Orificio central en el diafragma.
Hipoalbuminemia	Baja en la concentración de albúmina en la sangre.
Hipocalcemia	Baja en la concentración de calcio en la sangre.
Hiponatremia	Baja en la concentración de sodio en la sangre.
Hipoproteinemia	Baja en la concentración de proteínas en la sangre.
Hospital de enseñanza	Institución ligada a una universidad con fines de educación a los médicos internos y residentes.
Iatrogenia	Daño ocasionado por el médico; hace referencia a toda alteración del estado del paciente producida por el médico.
Iatrogenias quirúrgicas	Lesiones causadas por la actividad del cirujano.
Ictericia	Aumento en la sangre de bilirrubina.
Ileostomía	Exteriorización de un segmento de intestino delgado a través de la pared abdominal.
Informe Flexner	Informe publicado por Abraham Flexner en 1910.
Insuficiencia respiratoria	Padecimiento por el cual el paciente no puede aportar el oxígeno requerido al organismo.
Irritación peritoneal	Patología intraabdominal de causas diversas.
Juramento hipocrático	Obligación de no hacer daño que adquiere el médico al graduarse.

Lavado quirúrgico	Procedimiento efectuado en el quirófano para remover tejido dañado o infectado.
Leucocitosis	Elevación de glóbulos blancos (células de defensa) generalmente asociados a problemas sépticos o inflamatorios.
Lex Artis	Conjunto de prácticas médicas aceptadas generalmente como adecuadas para tratar a los pacientes.
Lipoma	Presencia de masa de tejido adiposo anómalo en alguna parte del cuerpo.
Médico	Quien terminó la licenciatura de Medicina.
Médico cirujano	Título incorrecto que se emplea en 98% de los egresados de escuelas y facultades de medicina de México.
Médico cirujano y partero	Antigua denominación de los títulos a los graduados de escuelas de medicina.
Modelo Flexeriano de educación médica	Resultado de la investigación de Abraham Flexner sobre la enseñanza en medicina que data de 1910.
Necrosis isquémica	Daño a los tejidos, ocasionado por falta de irrigación sanguínea.
Paciente comatosa	Que no responde a estímulos, generalmente condición <i>pre mortem</i> .
Paciente séptica	Persona con grave problema infeccioso causado por microorganismos patógenos.
Patología	Enfermedad de un órgano o sistema.
Peritonitis	Inflamación severa de la cubierta interna de los órganos abdominales.
Peritonitis fecal	Presencia generalizada de excremento o heces en la cavidad peritoneal.
Placa de tórax	Radiografía simple de la cavidad torácica.
Primer nivel de atención	El que proporciona el médico general al paciente en su comunidad.

Protomedicato	Institución del Estado que supervisaba la actividad de los médicos en la Nueva España.
Protomédico	Médico de la etapa colonial en México.
Punción pleural	Procedimiento empleado para extraer aire, sangre o líquido de la cavidad pleural.
Residente	Médico en etapa de formación para adquirir una especialidad.
Sonda de Fogarty	Dispositivo empleado por vía intravascular para extraer coágulos sanguíneos.
Sonda de Levine	Tubo de plástico utilizado para drenar o descomprimir el estómago.
Tanque de remolino	Dispositivo de fisioterapia que emplea agua caliente a presión para tratar diversas patologías.
Terapéutica médica	Todo tipo de aplicaciones medicamentosas y recomendaciones realizadas por el médico.
Trombectomía (proximal y distal)	Extracción de coágulos del sistema arterial o venoso por medios quirúrgicos.
Vía extraperitoneal	Lo que se localiza fuera del peritoneo.

GLOSARIO DE TÉRMINOS JURÍDICOS

El presente glosario es elaborado con el propósito de facilitar la comprensión de los términos jurídicos más utilizados en la presente investigación. Su contenido es de carácter comprensible, constituyendo en su esencia una redacción asequible para el lector lego en derecho.

Término	Definición
Acto de autoridad	Es la materialización del despliegue del poder público, cuyas características son la unilateralidad, la imperatividad y la coercitividad.
Autonomía Universitaria	Es la facultad de autodeterminarse en lo concerniente a su régimen interior, incluyendo la aprobación de planes y programas de estudios y la elección de sus autoridades.
Constitución	Es el conjunto de normas jurídicas supremas que regulan la estructuración de los órganos primarios del Estado y reconoce los derechos fundamentales de las personas, además contiene los principios elementales en los que se funda el pueblo con el objetivo de aspirar a la felicidad.
Criterios del Poder Judicial de la Federación	Son aquellas interpretaciones legales que sobre la norma, emite el Poder Judicial de la Federación, con el objetivo de resolver casos en particular. Pudiendo dividirse en Jurisprudencias y Tesis Aisladas, publicadas en el Semanario Judicial de la Federación.

Deontología	El deber ser de la norma jurídica y del actuar de los operadores jurídicos.
Derecho Fundamental	Todos aquellos derechos subjetivos que corresponder universalmente a todos los seres humanos en cuanto dotados del status de personas, de ciudadanos o de personas con capacidad de obrar.
Derecho Público Subjetivo	Es la potestad que tiene el hombre, reconocida, y protegida por el ordenamiento jurídico en cuanto se dirige a un bien o un interés.
Diputado Constituyente	Integrantes del Poder Constituyente, que son encargados de redactar una Constitución.
Ejercicio profesional	Se entiende por ejercicio profesional, la realización habitual a título oneroso o gratuito de todo acto o la prestación de cualquier servicio propio de cada profesión, aunque sólo se trate de simple consulta o la ostentación del carácter del profesionista por medio de tarjetas, anuncios, placas, insignias o de cualquier otro modo.
Estado	Es la organización compuesta por territorio, población y gobierno, con poder de mando objetivado en una norma fundamental.
Fuente jurídica	Se llama fuente jurídica, al hecho o documento de donde emana la norma.
Gobernado	Es aquella persona física o jurídica que se encuentra bajo la potestad del Estado, susceptible de afectar su esfera jurídica a través de un acto de autoridad.
Grado académico	Es el documento emitido por una institución de educación superior o por una entidad facultada por ley para ello, que sigue a los estudios profesionales. Pudiendo ser de especialidad, maestría o doctorado.
Interés Público	Es el concepto que preconiza el bien supremo de la sociedad.

Justicia social	Es la ideología que nace a principios del siglo XX, en la cual se protegen los intereses de los sectores más desprotegidos de la sociedad.
Ley Federal	Las Leyes Federales son aquellas que deberán ser aplicadas a todas las personas en el territorio nacional, por autoridades federales.
Ley General	Las Leyes Generales versan sobre materias que son de aplicación obligatoria, tanto para las autoridades federales como para las autoridades locales, es decir, son de competencia concurrente y establecen obligaciones y facultades en cada uno de los niveles de gobierno.
Ley Reglamentaria	Es aquella norma jurídica que pormenoriza una disposición de carácter constitucional.
Liberalismo	Es la ideología que nace en el siglo XVIII, concerniente a elevar al máximo la libertad del individuo y establecer la menor intervención Estatal.
Omisión de la autoridad	Cuando la autoridad, no realiza las obligaciones que le impone la norma jurídica.
Poder Constituyente	Es el órgano encargado de crear una Constitución.
Reforma constitucional	Es el mecanismo especial de reforma a la constitución, a través de un órgano que se compone del Congreso de la Unión y de las Legislaturas de los Estados.
Reforma legal	Es el mecanismo a través del cual se adecúa una norma jurídica, siendo el encargado de realizarlo el poder legislativo, local o federal, dependiendo el ámbito de su atribución.
Registro Nacional de Profesionistas	Sistema mediante el cual, se pública a través de internet, las cédulas expedidas y a quién pertenecen.

Reglamento	Se entiende por reglamento a aquella norma jurídica emitida generalmente por la autoridad administrativa, que tiene como fin particularizar la aplicación de otras normas.
Responsabilidad Profesional	Son las consecuencias jurídicas derivadas del indebido actuar profesional, pudiendo ser en su mayoría civiles y penales.
RVOE	Es el Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios (RVOE) que se otorga a las Escuelas Particulares para ofrecer planes y programas de estudio registrados por la autoridad federal, y se otorga mediante solicitud y cumplimiento de los requisitos respectivos ante la autoridad educativa federal.
Sistema Federal	El sistema federal es una forma de Estado, en donde existen competencias exclusivas, compartidas y concurrentes, entre los diferentes niveles de gobierno.
Sistema Internacional de los Derechos Humanos	Es el mecanismo de protección internacional de los Derechos Humanos, a través de la aplicación de los Tratados Internacionales y de las Cortes de Derechos Humanos Internacionales.
Teleología	La finalidad que persigue la norma.
Título profesional	El título profesional es el documento expedido por una institución educativa de carácter superior, o por las entidades facultadas por la ley, que avala los estudios cursados por el titular del mismo.
Tratado internacional	Es el instrumento jurídico, en el que se plasman las voluntades sobre algún tema en particular de los sujetos de derecho internacional y sujeto a las propias normas internacionales.